

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

PAMELA CAROLINA PASQUALOTTO ROSSETTO

**A REALIDADE DO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
NA SAÚDE: O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO COMO PROCESSO DE
INVESTIGAÇÃO, INTERVENÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.**

Porto Alegre

2016

PAMELA CAROLINA PASQUALOTTO ROSSETTO

**A REALIDADE DO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
NA SAÚDE: O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO COMO PROCESSO DE
INVESTIGAÇÃO, INTERVENÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Serviço Social da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alzira Maria Baptista
Lewgoy.

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Rossetto, Pamela Carolina Pasqualotto
A REALIDADE DO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: O ESTÁGIO CURRICULAR
OBRIGATÓRIO COMO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO,
INTERVENÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL. / Pamela
Carolina Pasqualotto Rossetto. -- 2016.
56 f.

Orientador: Alzira Maria Baptista Lewgoy.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Direito à Saúde. 2. Projeto Ético-Político
Profissional. 3. Estágio curricular obrigatório . I.
Lewgoy, Alzira Maria Baptista , orient. II. Título.

PAMELA CAROLINA PASQUALOTTO ROSSETTO

**A REALIDADE DO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
NA SAÚDE: O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO COMO PROCESSO DE
INVESTIGAÇÃO, INTERVENÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Serviço Social da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alzira Maria Baptista
Lewgoy.

Aprovado em 07 de julho de 2016 pela Banca Examinadora.

Conceito: A

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Alzira Maria Baptista Lewgoy

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Míriam Thaís Guterres Dias

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Marco Antônio Rossetto e Fátima Pasqualotto Rossetto, por não medirem esforços para que eu concretizasse a tão sonhada formação acadêmica por mais difícil que pudesse parecer esta caminhada em meio aos obstáculos que a vida apresentou. Em especial, pela maior herança recebida: a consciência de que não importa onde você está e sim, aonde você quer chegar. Dedico esta conquista a vocês!

Aos que me fizeram confiar de que eu era capaz de passar no vestibular da UFRGS, algo que sempre me pareceu tão distante. Agradeço a vocês por todo o incentivo. Serei eternamente grata a vocês!

Aos meus amigos e familiares que apoiaram a minha escolha e entenderam a minha ausência em muitos momentos.

Aos docentes do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aos meus supervisores de campo do estágio curricular obrigatório em Serviço Social realizado na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Vanessa Panozzo e Larri Viega, por me proporcionarem momentos de reflexão e compreensão do quão sério e imenso é o produto do nosso trabalho.

Agradeço especialmente à minha querida orientadora, a professora Alzira Lewgoy e ao meu querido supervisor de campo do estágio curricular obrigatório em Serviço Social, o assistente social Larri Viega, por me acolherem nas horas de anseios, medos e inquietações, e por todo o carinho e a atenção dedicados a mim para que eu pudesse concretizar este processo de formação e principalmente este trabalho. E a querida professora Míriam Dias por aceitar o convite para compor a minha Banca Examinadora.

Às queridas colegas, amigas e companheiras, Dulce, Gabriela, Juliana, Karla, Mara e Carmem por compartilharem comigo momentos de reflexões, alegrias e tristezas. E principalmente por estarem presentes nos momentos em que eu mais precisei de um ombro amigo. Muito obrigada por tudo!

À turma de Serviço Social 2012 pelos momentos de desconstrução e construção, e principalmente de descontração.

Ao grupo do Projeto de Extensão “InterSossego” do Grupo Saúde Urbana da UFRGS por me proporcionar a vivência de trocas de saberes entre a academia e a comunidade. Aprendizagem que não está na sala de aula e nem nos livros. Lavarei comigo!

Há todo um velho mundo ainda por destruir e todo um novo mundo a construir.

Rosa Luxemburgo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais demandas, intervenções e sua relação com os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, e considerações a partir das manifestações dos usuários da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica	38
Quadro 2 - Direitos Sociais do Paciente Oncológico esclarecidos, encaminhados e acessados durante o estágio curricular obrigatório.....	42

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COMPESQ/	Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do
UFRGS	Rio Grande do Sul
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEMHAB	Departamento Municipal de Habitação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ICI-RS	Instituto do Câncer Infantil- Rio Grande do Sul
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NEPSS	Núcleo de Estudos e Pesquisa do Serviço Social
PAP	Programa de Apoio Pedagógico
PNAD	Política Nacional Por Amostra de Domicílios
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL E DEVER CONSTITUCIONAL	11
2.1	REFORMA SANITÁRIA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE	12
2.2	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA: DESAFIOS ATUAIS	19
3	PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA: SIGNIFICADOS E DESAFIOS	24
3.1	O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL.....	25
3.2	O PROJETO ÉTICO- POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA	28
4	A UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA COMO CAMPO DE FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO: A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO CURRICULAR EM SERVIÇO SOCIAL	31
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO, GEOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO.....	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: “UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIECONÔMICO, GEOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO”	55
	APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PROJETO DE PESQUISA.....	56

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho expõe a continuidade de um processo de investigação e intervenção iniciado durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, realizado na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A partir desta experiência de formação, propõe-se no segundo capítulo apresentar a compreensão sobre o tema Saúde como direito social e dever constitucional com base na Constituição Federal de 1988, ressaltando as garantias constitucionais do direito à Saúde, conquistadas por meio do Projeto da Reforma Sanitária, em especial o Sistema Único de Saúde, e dentro dos seus princípios, o significado da Integralidade no cuidado em saúde. Ainda se tratará neste segundo capítulo sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica, a começar pela definição de Política Pública e Política Social, posteriormente explicitando sua organização, objetivo, princípios e diretrizes, assim como seus desafios atuais.

No terceiro capítulo se tem por finalidade abordar a relação do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social com o Projeto da Reforma Sanitária, desde o conceito de projeto societário e projeto profissional, mas em especial o projeto profissional que norteou a intervenção profissional do Serviço Social durante o estágio curricular obrigatório, que vai para além do fazer profissional, já que visa à Transformação Social por uma sociedade mais justa e igualitária.

No quarto capítulo pretende-se descrever analiticamente a experiência de estágio curricular obrigatório apresentando o espaço onde foi realizado, a Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica, como campo de formação e explicitar de maneira crítica qual é o trabalho do assistente social neste espaço permeado por diversas expressões da Questão Social que se somam ao estigma de uma doença como o Câncer. Além disso, apresenta-se a proposta do projeto de pesquisa construído com a finalidade de caracterizar o perfil socioeconômico, geográfico e epidemiológico dos usuários do serviço que não foi possível ser apresentada neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em virtude de questões burocráticas para o acesso às informações dos pacientes e diante de todo o trâmite necessário para dar continuidade à coleta e à análise dos dados.

E por último, as considerações finais abordando a concepção de que o assistente social diante dos desafios, limites e possibilidades da profissão, deve ter clareza em relação ao Projeto Ético-Político Profissional que é o norteador de sua intervenção profissional junto à articulação intersetorial e interdisciplinar, para que se possam delinear as estratégias necessárias para a viabilização do acesso ao direito à Saúde.

2 A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL E DEVER CONSTITUCIONAL

Não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que sonhávamos, mas há muito mais a caminhar, e ainda há riscos de que num futuro, pressionados pelo estrangulamento de recursos públicos e/ou pela difusão das ideias ofertadas por algumas agências internacionais, os caminhos do SUS se afastem da concepção originária de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde.

Ruben Araújo de Mattos (2009)

Este capítulo pretende discorrer sobre o direito à Saúde no Brasil com base na Constituição Federal de 1988, marco que define a saúde como um direito social e dever do Estado e ainda, brevemente sobre o tripé da Seguridade Social ao qual a Saúde está integrada junto à Previdência e à Assistência Social, relacionando o tema à experiência do estágio obrigatório. Esta discussão terá como cenário de referência a Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local em que foi realizado o estágio curricular obrigatório em Serviço Social.

Partindo da concepção de seguridade social, esta “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1991), que se materializam através das políticas sociais. Contudo, a seguridade social não extingue as desigualdades sociais, apenas ameniza a extrema pobreza, uma vez que as políticas disponibilizadas pelo Estado servem como possibilidade de enfrentamento da Questão Social e não de sua superação.

E assim, partindo da concepção de que as políticas de seguridade social são concebidas na ordem capitalista sendo resultantes de disputas políticas, nessa arena de conflitos as políticas sociais são resultados de lutas e conquistas das classes trabalhadoras e passam a ser contraditórias onde ao garantir direitos sociais, podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, mesmo não alterando estruturalmente o capitalismo (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009, p. 18). Por isso, afirma-se que as políticas sociais podem diminuir a extrema pobreza, mas não podem erradicá-la.

No que se refere à Política de Saúde, esta teve na concepção da Reforma Sanitária um novo paradigma de assistência, como será abordado a seguir, uma vez que visou o fortalecimento do setor público em oposição ao modelo privado, de modo que se pudesse consolidar o acesso universal à saúde, garantindo-a como direito social.

A Constituição Federal de 1988 define em seu art. 6º como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]. E quanto ao direito à Saúde, em seu art. 196º, afirma que,

[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

E partindo dessas duas considerações afirma-se a necessidade da articulação entre as demais políticas sociais para a efetivação deste direito, necessidade esta, que ficou evidenciada na realidade das intervenções vivenciadas neste campo, como será discutida mais adiante.

Entretanto, apesar da Saúde ser considerada um direito social e dever constitucional sob a responsabilidade do Estado, ainda se faz necessária a continuidade de lutas sociais objetivando a concretização do que preconiza a Constituição Federal de 1988. A Saúde permanece sendo campo de luta, onde trabalhadores, sociedade e população usuária reivindicam a materialização dos princípios do SUS nos serviços públicos oferecidos opondo-se ao projeto de privatização da saúde, concepção esta que mobilizou o Projeto de Reforma Sanitária construído na década de 80. No próximo subcapítulo se aprofundará a discussão sobre a reforma sanitária, o sistema único de saúde (SUS) e o princípio da integralidade.

2.1 REFORMA SANITÁRIA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A política de saúde na década de 80 passa a ter a participação de novos sujeitos sociais no debate das condições de vida da população brasileira, bem como das propostas governamentais apresentadas para o setor, deixando de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia, permeando a sociedade civil (BRAVO, 2009). Entre os personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se:

[...] os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2009, p. 8-9).

E em meio a este contexto, as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

Ainda conforme a autora, o fato marcante e fundamental para o debate da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal, sendo um marco na discussão deste direito. As temáticas centrais problematizavam: Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor. Destaca-se ainda que no contexto de transformações e crises que ocorriam na escala global desde a década de 70 existiram no Brasil na década de 80, junto à dinâmica sociopolítica e econômica internacional dois grandes projetos, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (NETTO, 1990 apud BRAVO, 2009).

O Projeto de Reforma Sanitária construído na década de 1980 foi o produto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde articulados ao movimento popular, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) uma de suas propostas que consistiu na premissa da Saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2009). A Reforma Sanitária inicialmente, enquanto uma ideia, “[...] vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo.” (PAIM, 2009, p. 31). Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), “a Reforma Sanitária configura-se como um ‘projeto’ em seu relatório final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas” (PAIM, 2009, p. 31), sendo inscrito parte da formalização desse projeto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (PAIM, 2009, p. 31).

Já o Projeto Privatista articulado ao mercado ou ao modelo médico assistencial privado, consiste na Política de Ajuste que tem como principais objetivos: a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central; a contenção dos gastos com a racionalização da oferta; e a focalização, além de parcerias com a sociedade, responsabilizando-a para assumir os custos da crise (BRAVO, 2009).

Estes dois projetos de saúde se diferenciam quanto à sua efetividade no acesso ao direito à saúde. Pode-se constatar na Unidade de Internação da Oncologia Pediátrica que alguns pacientes após recebimento do diagnóstico, mesmo tendo iniciado o processo de investigação pelo plano privado de saúde, acabavam por optar pelo SUS para a continuidade no tratamento, pois pelos planos privados de saúde havia demora na aprovação e liberação da realização de alguns exames e procedimentos médicos necessários ao tratamento. Os usuários que iniciaram seu tratamento utilizando os planos privados migravam para o vínculo de internação pelo SUS durante a internação, em virtude da agilidade do acesso ao tratamento médico sugerido.

Quanto à principal proposta da Reforma Sanitária, cabe destacar a defesa da “universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009, p. 19). E nessa direção ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como,

[...] melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009, p. 19).

Entretanto, no final da década de 1980 surgem algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar:

[...] a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988. (BRAVO, 2006, p. 99).

E ainda há a crítica de que o movimento da Reforma Sanitária reduziu-se ao SUS e de que “[...] limitou-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário.” (PAIM, 2009, p. 34). Porém, o autor destaca que o SUS

continua sendo a maior conquista da mobilização da população brasileira.

Em relação à mobilização dos usuários da Unidade de Internação da Oncologia Pediátrica, evidenciou-se que a partir do momento em que se tornavam conhecedores dos seus direitos sociais, ocorria um movimento e um tencionamento para a efetivação do acesso aos seus direitos sociais. Tal fato evidencia a relevância do trabalho do assistente social no que tange ao trabalho na saúde e na relação com os usuários dos serviços¹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) se embasa na compreensão de um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, desta forma, pela saúde. Ao ser considerado uma política de saúde de natureza macro-social, também articula um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) desenvolvendo distintas práticas de saúde (PAIM, 2009). Esta proposta tem como fundamentos,

[...] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001 apud CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009, p. 19).

A partir da Lei Orgânica da Saúde de 1990, surge então um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais relevantes na história das políticas de saúde do Brasil. A descentralização que incorporou novos atores ao cenário nacional junto à universalidade do acesso aos serviços de saúde, possibilitou o surgimento de ricas e distintas experiências locais centradas na integralidade (PINHEIRO, 2009). A partir da LOS, o SUS passa a ser constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais (de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados, e equipamentos para saúde), da administração direta e indireta, assim como das fundações mantidas pelo Poder Público. E a participação da iniciativa privada poderá ser realizada em caráter complementar (BRASIL, 1990^a).

No que se refere aos níveis de saúde que expressam a organização social e econômica do país, estes passam a ter a Saúde como conceito ampliado tendo como determinantes e

¹ Ressalta-se que há usuários que chegam à Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica tendo conhecimento sobre seus direitos sociais. Constata-se que isso ocorre seja por meio dos profissionais das equipes que atendem (do HCPA ou de outros hospitais ou serviços) a esses usuários, os instrumentalizando quando chegam ao(s) serviço(s) ou pela própria iniciativa dos usuários na busca da informação.

condicionantes, entre outros, [...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013).

E quanto aos objetivos do SUS, estes se constituem pela: a) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º da lei; c) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990ª).

Ainda de acordo com a Lei, cabe ao orçamento da seguridade social destinar ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. As ações e serviços públicos de saúde tal como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal de 1988, obedecendo aos seus princípios (BRASIL, 1990ª).

Dentro dos princípios e diretrizes do SUS que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, se tem a Integralidade de assistência que é entendida “[...] como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990ª).

Não obstante, para Cecílio (2009) a integralidade da atenção, na especialidade de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o empenho da equipe de saúde de revelar e atender da melhor forma possível, tais necessidades quais sejam, pela oferta que os serviços oferecem como consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames ou pela busca de resposta para as más condições de vida como o desemprego, à violência no lar, a procura de um vínculo tanto afetivo quanto efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia sobre sua vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível capaz de melhorar e prolongar sua qualidade vida. Estas são necessidades sempre complexas que exigem ser apreendidas em sua expressão individual.

Ainda conforme o autor, que aborda uma definição ampliada de integralidade da atenção a partir das necessidades de saúde, a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da maneira mais completa possível, que segundo ele, pode ser em uma dimensão de “integralidade focalizada” ou em uma dimensão de

“integralidade ampliada”.

Na primeira dimensão, a integralidade deve ser produto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e de diferentes níveis de atenção dos serviços de saúde, onde poderia ser denominada de “integralidade focalizada” de modo em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde (CECÍLIO, 2009).

E na segunda dimensão, a “integralidade ampliada”, seria a articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos a partir das necessidades reais das pessoas, o que o autor caracteriza como a integralidade no “micro” refletida no “macro”. Refere-se refletir a organização do “macro” de maneira que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. Ter como foco, objeto de cada serviço de saúde e do “sistema”, as múltiplas e singulares necessidades de cada pessoa. E assim, essa seria a integralidade ampliada, seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. O autor ainda destaca a necessidade de um maior entendimento da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade. A integralidade não se realiza em um serviço, a integralidade é objetivo de rede, todos os serviços em seus diferentes níveis de atenção, possuem igual responsabilidade (CECÍLIO, 2009, grifos do autor), a responsabilidade não seria apenas do serviço da atenção primária, que muitas vezes é culpabilizada pelo atendimento realizado.

Trazendo esta perspectiva de integralidade para a realidade vivenciada na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica, afirma-se que se encontraram fragilidades em relação à ao entendimento deste conceito. Na Unidade, havia profissionais da equipe multiprofissional que pareciam desconhecer a relevância da identificação das necessidades dos usuários, que acabavam focando somente na doença e não visualizando o que implicava o processo saúde-doença. Por assim dizer, a compreensão do conceito ampliado de saúde não estava sendo evidenciada naquela prática. Houve ainda profissionais de outras instituições que desconheciam os direitos sociais do usuário e que afirmavam fazer “um favor” ao usuário, sendo que na verdade estavam cumprindo o que preconiza a legislação. Foi possível observar no contato com alguns municípios de origem de usuários, que alguns profissionais não possuíam o necessário entendimento do conceito ampliado de saúde e as suas múltiplas dimensões na busca pelo cuidado integral.

Quanto à integralidade ampliada, que abrange a organização da rede dos serviços oferecidos, ao contatar com os demais serviços para o processo do retorno do usuário aos serviços das demais políticas sociais de sua cidade de origem, encontravam-se serviços desarticulados e precarizados como, por exemplo, a insuficiência de automóveis para o transporte dos usuários, a ausência de articulação e do regresso das informações solicitadas aos Conselhos Tutelares, aos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), aos Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), entre outros serviços. Porém, é necessário que os profissionais e os municípios não sejam responsabilizados pela precarização dos serviços oferecidos. Nesse sentido é imperativo que seja problematizado junto aos profissionais e os usuários sobre a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, Lei de Diretrizes Orçamentárias, que dispõe sobre o equilíbrio entre receitas e despesas, assim como sobre os critérios e a forma de limitação de empenho. Se o município não está ofertando os recursos necessários para o acesso à saúde da população será em virtude da limitação prescrita na Lei.

Partindo desta premissa, pode-se afirmar que pensar sobre a integralidade da atenção à saúde, significa também compreender o usuário em sua totalidade e jamais de maneira fragmentada. A prática em saúde deve ser realizada da mesma forma integrada já que o usuário está inserido em um contexto social no qual permeiam diversas questões que influenciam no tratamento de saúde.

Da mesma forma, para que o trabalho do assistente social possa viabilizar o acesso aos direitos sociais do paciente oncológico, fundamentalmente necessita-se da integralidade do atendimento. O cuidado integral viabiliza o acesso ao direito à saúde, mas para que este se concretize, necessita-se da disponibilidade de investimento público, recursos humanos, qualificação profissional, melhoria nas condições dos trabalhadores, tecnologia, bem como políticas públicas que respondam às necessidades e demandas dos usuários.

Ao refletirmos sobre o SUS real percebe-se que se está distante do SUS constitucional. Há um distanciamento entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS consolidou-se como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009). Relacionando esta afirmativa com a realidade vivenciada no estágio curricular obrigatório, observou-se a ampliação do número de atendimentos pelos profissionais do Serviço Social aos usuários que necessitavam do SUS. Esta necessidade se refere ao motivo da população não conseguir manter os planos privados de saúde devido à perda do vínculo empregatício dos familiares, ocasionando uma perda de

subsídios para o pagamento do plano privado e uma transferência do privado para o público. E esse não é o SUS idealizado. O SUS idealizado é o SUS público com qualidade na oferta de serviços para toda a população, não somente para aqueles que não possuem condições de acesso aos serviços privados de saúde. O SUS deve ser para todos.

Sendo assim, os assistentes sociais que são profissionais que lutam pela defesa de direitos sociais, devem participar de forma propositiva na formulação, gestão e execução da política social por meio da participação nos espaços democráticos de discussão sobre o tema, assim como pela problematização do cotidiano deste campo de trabalho, quer seja pela pesquisa, quer seja pela sistematização dos trabalhos desenvolvidos e pelos desafios postos nesta realidade.

2.2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA: DESAFIOS ATUAIS.

A discussão proposta neste momento nos exige a definição preliminar de duas categorias importantes no contexto de trabalho do assistente social. Dessa forma pontuamos que as políticas públicas costumam ser entendidas como sinônimos de políticas sociais, entretanto, são:

[...] diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

Já a política social constitui um produto institucional que provê:

[...] benefícios e serviços sociais, financiados pelo Estado e regulados administrativamente. Diferencia-se da política econômica por visar à coesão social e à melhoria das condições de vida de indivíduos e grupos; e divide-se em setores também classificados como sociais: saúde, educação, habitação, previdência, assistência social, emprego, dentre outros. Algumas de suas provisões são contributivas (pagas antecipadamente pelos próprios beneficiários), assumindo a forma de seguro, cujo melhor exemplo é a previdência social; entretanto, existem provisões não contributivas, denominadas serviços sociais, que são bancados por um fundo público, constituído de tributos (impostos, taxas e contribuições) e gerenciado pelo Estado. É por meio desses serviços que a política social presta atendimentos – que podem ser universais ou seletivos, dependendo do regime de bem-estar em vigência – nos seus diferentes setores e nos três níveis de governo municipal, estadual, federal. (PEREIRA, 2016, p. 204).

Assim, a partir do acesso às políticas sociais cujo objetivo é “reduzir desigualdades sociais concretas e, embora seja reformista e restrita à democracia parlamentar, estimula

práticas distributivas ou redistributivas de recursos e rendas” (PEREIRA, 2016, p. 206), tem-se por finalidade dar respostas à Questão Social, sendo esta apreendida como,

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. [...] sendo desigualdade também é rebeldia, por envolver os sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. (IAMAMOTO, 2012, p. 27-28).

E o trabalho do assistente social ocorre “[...] nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência.” (IAMAMOTO, 2012, p. 28). Por isso são necessárias a luta e a defesa por políticas sociais que possam reduzir as desigualdades, porém, a ampliação da resistência pela efetivação do acesso aos direitos sociais deve seguir como horizonte da utopia.

Quanto a Política de Saúde, através da Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080 de setembro de 1990, esta passa a dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. E a Lei 8.142 de dezembro de 1990 versa sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de outras providências (BRASIL, 1990^a).

E no ano de 2013, a Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 institui a nova Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atualizando a discussão travada na Política Nacional de Atenção Oncológica de 2005.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer define em seu art.2º como objetivo,

[...] a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (BRASIL, 2013).

Sobre a organização da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, de acordo com o seu art. 3º esta é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante,

[...] a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A prestação de serviços oncológicos ocorre em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e em Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), distribuídos por todo país (BRASIL, 2005).

No estado do Rio Grande do Sul, a atenção oncológica constitui-se por 3 Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), sendo eles o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o Hospital de Caridade de Ijuí, e por 24 Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), dispostas em 20 municípios. Dentre eles, há 4 municípios que disponibilizam o tratamento oncológico pediátrico: em UNACON- Caxias do Sul, Passo Fundo, Porto Alegre e Santa Maria; e em CACON- Porto Alegre (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016^a).

No que tange aos princípios e diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, de acordo com seu art. 4º esta é constituída a partir de princípios relacionados: à promoção da saúde; à prevenção do câncer; à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; ao cuidado integral; à ciência e à tecnologia; à educação; e à comunicação em saúde.

Em relação aos princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, em seu art. 5º, estes constituem:

- I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo;
- III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política;
- IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e
- V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE). (BRASIL, 2013).

Ao problematizar sobre o acesso ao tratamento oncológico por meio dos três níveis de atenção conforme a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, com base nos casos atendidos na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica, constatou-se situações em que os pacientes chegavam ao hospital em estado avançado da doença ocasionando o diagnóstico clínico e tratamento tardio. O que pode estar relacionado às fragilidades dos recursos oferecidos e necessários para a prática profissional em saúde, tendo em vista a dificuldade encontrada pelo profissional para diagnosticar os sintomas presentes mediante a

ausência dos equipamentos especializados. De acordo com Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA (2016), o câncer é o nome dado “[...] a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo”. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016b). Portanto, há um leque de exames necessários para o diagnóstico da doença que exigem equipamentos especializados para tal.

Em relação ao tratamento oncológico, este pode ser longo podendo vir a durar muitos anos dependendo do tipo de câncer e dividido em: quimioterapia; cirurgia; radioterapia e transplante (transplante de medula óssea ou transplante de órgãos, como por exemplo, o câncer de fígado e rins). Destaca-se que há transplantes que são realizados exclusivamente pelo o SUS, como o transplante renal, por exemplo, o que afirma a capacidade do SUS em proporcionar o acesso à saúde com qualidade na mesma direção da demanda existente para atender aqueles que necessitam deste tipo de tratamento. Salienta-se que o paciente só é considerado curado do câncer se estiver em remissão (remediar ou abrandar os sintomas de uma doença por um período temporário) por 5 anos. Entretanto, os usuários da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica do HCPA seguem em acompanhamento por 10 anos, chamado de *follow up*, para um melhor acompanhamento e confirmação da remissão da doença, por meio da realização de consultas e de exames durante o período de acompanhamento.

O câncer é a primeira causa de morte, representando 7% do total, por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos para todas as regiões do Brasil, mas cerca de 70% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. Para o ano de 2016, a estimativa do Câncer no Brasil é de que se deverá registrar mais de 596 mil novos casos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016c).

No entanto, apesar da existência de uma Política Nacional de Atenção Oncológica voltada para uma doença de tal magnitude, ainda se tem desafios a serem superados como o diagnóstico ou tratamento tardio², que podem estar relacionados à necessidade de qualificação profissional ou principalmente à insuficiência de equipamentos tecnológicos que supram as necessidades para a prática profissional atendendo as demandas da população, ampliando o acesso aos exames e ao tratamento médico.

² Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.: Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica [...].

O acesso ao tratamento oncológico é de grande relevância e durante o seu cumprimento os aspectos psicossociais da doença também devem ser considerados, visando o bem-estar e a qualidade de vida tanto do paciente quanto da sua família, assim como a cura da doença. A família necessita de uma intervenção profissional que identifique as circunstâncias da vida que refletem sobre ela e sobre cada indivíduo que dela faz parte e principalmente em situações de adoecimento pelo câncer (ELSEN et al., 2013). Intervenção profissional no qual se identificam as circunstâncias da vida ligadas ao processo do adoecimento que estão intrinsecamente vinculadas ao conceito ampliado de saúde.

Conceito que também deve abarcar a intervenção do assistente social na viabilização do acesso aos Direitos Sociais do Paciente Oncológico, descritos pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA (2016d), a saber: a) saque do FGTS; b) saque do PIS/PASEP; c) aposentadoria por invalidez; d) Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS); e) isenção do imposto de renda na aposentadoria; f) quitação do financiamento da casa própria; g) isenção de IPI na compra de veículos adaptados; h) laudo médico para afastamento de trabalho; i) auxílio-doença.

Destaca-se que a existência do direito social ou até mesmo de legislação, não garante o acesso imediato ao direito social, sendo muitas vezes necessária a intervenção judicial para o acesso ao direito, como por exemplo, a necessidade de aquisição de medicação que ainda não consta na lista de medicamentos disponibilizados pelo SUS.

A partir da identificação das necessidades dos usuários, da instrumentalização dos mesmos quanto aos seus direitos sociais e possibilidades de intervenção, tendo o usuário como o protagonista das decisões sobre a intervenção a ser realizada, o assistente social deve realizar o seu trabalho profissional pautado na articulação das três dimensões do Serviço Social: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa como uma forma de enfrentamento dos desafios atuais na viabilização do acesso do usuário aos seus direitos sociais e principalmente no fortalecimento do Projeto Ético-Político Profissional.

3 PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA: SIGNIFICADOS E DESAFIOS.

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda Vilela Iamamoto (2012)

Desafios que também estão presentes na construção coletiva do Projeto Ético- Político Profissional do Serviço Social, tendo em vista ser este uma projeção coletiva que envolve sujeitos “[...] individuais e coletivos em torno de uma valoração ética que está intimamente vinculada a determinados projetos societários presentes na sociedade que se relacionam com os diversos projetos coletivos.” (REIS, 2004, p. 406). Os projetos coletivos estão interligados com diferentes particularidades que envolvem diversos interesses sociais existentes em uma determinada sociedade, e assim, reporta-se ao gênero humano, haja vista que, “[...] como projeções socio-históricas particulares, se vinculam aos interesses universais presentes no movimento da sociedade.” Ou se vinculam aos “[...] interesses particulares de determinados grupos sociais, como os assistentes sociais, que não existem independentemente dos interesses mais gerais que movem a sociedade.” (REIS, 2004, p. 406).

Reis (2004) aponta que os projetos coletivos são constituídos e articulados por questões culturais, políticas e, fundamentalmente econômicas. Dessa forma, não há como pensá-los sem relacioná-los a estas questões e aos projetos societários, pois estes projetos de maior abrangência (projetos de sociedade) estão presentes na dinâmica de qualquer projeto coletivo.

Em relação aos projetos societários, o autor destaca que estes projetos podem ser transformadores ou conservadores. Dentre os projetos societários transformadores, existem várias posições que estão ligadas às táticas e estratégias de transformação social. Dessa forma se tem um pressuposto essencial do projeto ético-político profissional qual seja “[...] a sua relação ineliminável com os projetos de transformação ou de conservação da ordem social.” (REIS, 2004, p. 407). Em face disto, o projeto profissional ao vincular-se ao projeto societário da transformação social, remete à categoria profissional a premissa da luta no enfrentamento das desigualdades sociais por meio da viabilização do acesso aos direitos sociais através das políticas sociais.

É nesse contexto que o Projeto Ético-político Profissional do Serviço Social dialoga com o Projeto da Reforma Sanitária. Ambos objetivam o acesso aos direitos sociais que

resultem na transformação social e não apenas no acesso à saúde. Sendo assim, objetiva-se a partir desta inter-relação, discorrer sobre a perspectiva do Projeto Ético- Político Profissional do Serviço Social e sua relação com o projeto de Reforma Sanitária.

3. 1 O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

Desde o final da década de 70, o Serviço Social brasileiro vem arquitetando um projeto profissional empenhado com os interesses da classe trabalhadora. Destaca-se que a transição para um Serviço Social renovado por meio de um processo de ruptura teórica, política, sendo inicialmente mais político-ideológica do que teórico-filosófica, com o tradicionalismo, estruturou-se a partir da chegada dos princípios e ideias do Movimento de Reconceituação que repercutiu em diversos países latino-americanos, ligados ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (REIS, 2004). O autor salienta que este processo politicamente teve seu marco na realização do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) ficando conhecido como o “Congresso da Virada”, onde organizadamente uma vanguarda profissional virou uma página na história do Serviço Social brasileiro ao extinguir a mesa de abertura composta por nomes oficiais da ditadura, trocando-a por nomes advindos do movimento dos trabalhadores.

Portanto, a gênese do projeto ético-político da profissão está no III CBAS avançando nos anos 80, consolidando-se nos anos 90, mas estando ainda em construção, fortemente tencionado pelos rumos neoliberais da sociedade tendo em vista uma nova reação conservadora no seio da profissão na década que transcorre (REIS, 2004). Rumo que tende a agudizar-se no momento atual em que vivemos, tendo em vista os últimos acontecimentos ocorridos na conjuntura do país.

Retomando um pouco da história na década de 80, o avanço do projeto profissional se expressa no Código de Ética de 1986, onde a profissão afirma o compromisso com a classe trabalhadora. Contudo, este documento se constituía mais como uma carta de princípios e de compromisso ideo-políticos do que um código de ética que, por si só, exige certo teor prático-normativo. Ainda nesta década, há avanços em relação ao projeto ligados à produção teórica que progride tanto quantitativamente quanto qualitativamente, ao destacar temas fundamentais ao processo de renovação como a questão da metodologia, das políticas sociais e dos movimentos sociais (REIS, 2004).

Todavia é na década de 90 que pode ser circunscrito a consolidação do projeto ético-político profissional. Ficam explícitas a maturidade profissional e política-organizativa da

categoria por meio da ampliação da produção de conhecimento com as pós-graduações e através de suas entidades e fóruns deliberativos. Os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) dos anos 90 expressaram a produção de conhecimento e a grande participação dos assistentes sociais (REIS, 2004). A década que se inicia apresenta dois processos inter-relacionados: “A continuidade do processo de consolidação do projeto ético-político e as ameaças que sofre diante das políticas neoliberais.” (REIS, 2004, p. 411).

Com base nestas problematizações históricas, é possível chegar a algumas conclusões acerca do projeto ético-político profissional do Serviço Social. Em relação à dimensão política do projeto profissional, é claramente enunciada, tendo em vista que ele se posiciona:

[...] a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida. (NETTO, 1999, p. 16).

Em suma, o projeto profissional articula entre si os seguintes elementos constitutivos: “Uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc.” (REIS, 2004, p. 411). Os elementos constitutivos que atribuem materialidade ao projeto podem decorrer a partir de três dimensões articuladas entre si: a) a dimensão da produção de conhecimento no interior do Serviço Social; b) a dimensão político-organizativa da categoria; c) dimensão jurídico-política da profissão (REIS, 2004, p. 412).

A dimensão da produção de conhecimento no interior do Serviço Social se refere “À esfera de sistematização das modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional e especulativos e prospectivos em relação a ele.” (REIS, 2004, p. 412). Ou seja, como diz o autor, esta dimensão investigativa da categoria tem como horizonte, as tendências teórico-críticas do pensamento social, não podendo ser abordado no projeto ético-político contemporâneo, posturas teóricas conservadoras ligadas aos pressupostos filosóficos da manutenção da ordem. A produção do conhecimento dentro da categoria profissional é relevante para a socialização e reflexão da prática profissional. O que serviu de base para a reflexão diária do trabalho do assistente social na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica, junto ao aparato jurídico-político da profissão que será explicitado a seguir.

A dimensão político-organizativa da categoria da profissão, conforme Reis (2004) compõem os fóruns de deliberação e as entidades representativas da profissão: Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social (CFES/CRESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); e as demais associações político-profissionais, como também do movimento estudantil representado pelo conjunto de Centros e Diretórios Acadêmicos das escolas de Serviço Social (CA's e DA's) e pela Executiva Nacional de Estudante de Serviço Social (ENESSO). Nessa dimensão ressalta-se, como uma experiência vivenciada, a participação no Encontro Regional de Estudantes de Serviço Social (ERESS) que apresenta anualmente pautas definidas previamente pelo Conselho Regional de Entidades Estudantis de Serviço Social (CORESS) com a finalidade de aprofundar a discussão das prioridades da Coordenação Regional da ENESSO.

E a última dimensão, a dimensão jurídico-política da profissão, que abrange “O aparato jurídico-político e institucional da profissão que envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio da profissão.” (REIS, 2004, p. 412-413). O autor afirma que nesta dimensão há duas esferas diferenciadas que, no entanto, se articulam: “um aparato político-jurídico de caráter estritamente profissional; e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente”. O primeiro se refere a “[...] componentes construídos e legitimados pela categoria como o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e as Diretrizes Curriculares.” (REIS, 2004, p. 414). E o segundo, seria o conjunto de leis da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, produto de lutas que não foram exclusivas da categoria de assistentes sociais, mas que faz parte do cotidiano profissional como instrumento viabilizador de direitos por meio das políticas sociais executadas ou planejadas pelos assistentes sociais (REIS, 2004).

Partindo dessa concepção, salienta-se a importância do aparato jurídico-político e institucional da profissão para a intervenção do assistente social, o que se evidenciou presente em todas as intervenções realizadas na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica. São estes aparatos político-jurídico de caráter estritamente profissional e de caráter mais abrangente que articulados às demais dimensões, constituem a argumentação do profissional e orientam sua intervenção.

Estas dimensões articuladas entre si materializam o projeto ético-político profissional, que deve ser compreendido como uma construção coletiva que possui uma direção social “[...] que envolve valores, compromissos sociais e princípios que estão em permanente discussão exatamente porque é participante do movimento vivo e contraditório das classes na sociedade.” (REIS, 2004, p. 414). Nessa direção, afirma-se que o sucesso do projeto

profissional depende de [...] análises precisas das condições subjetivas e objetivas da realidade para sua realização bem como de ações políticas coerentes com seus compromissos e iluminadas pelas mesmas análises (REIS, 2004, p. 415).

Assim, do ponto de vista ético-político, pode-se afirmar que o trabalho do assistente social na Saúde é ético porque atua no campo dos valores, partindo do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e é político porque almeja o protagonismo e emancipação, da população atendida, bem como de seus familiares, compreendendo a relação saúde, doença, cuidados (MARTINELLI, 2011).

Em resumo, o projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro, serve como diretriz para o trabalho do assistente social, uma vez que se inserem na discussão os valores e princípios construídos em um coletivo profissional, que objetiva a transformação social que é vinculada a um projeto societário.

3.2 O PROJETO ÉTICO- POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA

Nos anos 80, a sociedade brasileira passou por um período de importante mobilização política e de aprofundamento da crise econômica em meio à ditadura militar. Paralelo a esta conjuntura, houve um movimento expressivo na saúde coletiva, que também ocorreu no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (BRAVO; MATOS, 2006).

Além disso, a Constituição Federal de 1988, uma das maiores conquistas da década de 80, corrobora incluindo no modelo de proteção social, a Saúde, pensada em uma perspectiva de integração dos serviços de saúde, organizada de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único de saúde. No entanto, destaca-se que é evidente que esta conquista não foi dada, na medida em que no processo constituinte foi visível:

[...] a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das indústrias farmacêuticas (internacionais) que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se a eficácia da Plenária, via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades. (TEIXEIRA, 1989; BRAVO, 1996 apud BRAVO; MATOS, 2006, p. 203).

O Serviço Social em meio a esta conjuntura, sem dúvidas recebeu influências da mesma (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira). Isso levou a um processo interno de revisão do Serviço Social Tradicional, acarretando uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão (BRAVO; MATOS, 2006).

Em relação ao processo de renovação do Serviço Social no Brasil, este processo está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, “[...] não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária.” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 204). Neste contexto, os autores afirmam que esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde e que se houve no Serviço Social uma busca de fundamentação e consolidação teórica, poucas alterações foram evidenciadas na intervenção. O Serviço Social na área da saúde chega aos anos 90, com uma incipiente alteração da prática institucional, mas permanece como categoria, deslocado do Movimento da Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária), bem como uma insuficiência na produção sobre “as demandas postas à prática em saúde.” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 205).

É nessa década ainda, que há embates entre o projeto político econômico brasileiro (projeto neoliberal) e o projeto profissional hegemônico do Serviço Social e o projeto da reforma sanitária, consolidando-se na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado (BRAVO; MATOS, 2006) que tem por finalidade a política de ajuste, como já referenciado anteriormente. É nesse contexto, que o Projeto Profissional do Serviço passa a interagir com o Projeto da Reforma Sanitária, a partir das implicações desses dois projetos (do privatista e da reforma sanitária) aos usuários dos serviços de Saúde.

Pautando o pensamento dos autores no momento atual, evidencia-se que o projeto privatista requisitou e continua requisitando ao assistente social, além da seleção socioeconômica dos usuários, a ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, o assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Diferentemente ao relacionar a requisição dos profissionais do Serviço Social ao projeto privatista com o trabalho do assistente social na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica, evidencia-se que o profissional atende a todos os usuários da Unidade, independente se for internação vinculada ao SUS ou a planos privados de saúde. O Projeto da

Reforma Sanitária apresenta como demandas ao assistente social, a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, além do atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, tendo como ênfase as abordagens grupais, e o acesso democrático às informações, no estímulo a participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2006).

A partir deste contexto, a universalidade do direito que é um dos fundamentos centrais do SUS, pautado no Projeto de Reforma Sanitária, é uma concepção que tem provocado resistência ao projeto privatista da saúde, bem como problematização e mediações na superação desta lógica no atendimento aos usuários, sujeitos de direitos, quando no percurso do estágio curricular. Entende-se que os valores coletivos e universais que pautaram a formulação da seguridade social contida na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores corporativos, individualistas, focalistas, fortalecendo a consolidação do projeto voltado ao mercado, consolidando o SUS para os pobres, bem como a fragmentação do sistema (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009).

O Projeto da Reforma Sanitária nasce na luta contra o autoritarismo da ditadura e pela ampliação dos direitos sociais (PAIM, 2009), e hoje passa a ser criticada em virtude dos impasses do Sistema Único de Saúde, haja vista que tinha uma proposta que iria além, do SUS, uma grande transformação social. Porém, como já mencionado, o SUS foi uma das maiores conquistas da sociedade brasileira e cabe ressaltar que a luta por um SUS de qualidade e para todos, persiste, e sendo este uma das proposições do Projeto da Reforma Sanitária, afirma-se que ele não foi concretizado, mas ele não está parado no meio do caminho. Ele ainda está em movimento.

Em relação aos assistentes sociais que se constituem em uma categoria profissional que defende um projeto societário de transformação social, acreditando na redução das desigualdades sociais através do acesso às políticas sociais para o seu enfrentamento, estes persistem na luta para que o acesso aos direitos sociais se efetive. Para dar continuidade a esta luta, ainda mais nos tempos que estão por vir que já anunciam o desmonte de direitos sociais conquistados no passado, os assistentes sociais devem continuar ocupando espaços de reflexão e de tomadas de decisão, sempre orientados pelo projeto ético-político profissional. Deve-se ter por finalidade o enfrentamento das desigualdades sociais, bem como o acesso universal à saúde pública com qualidade, sendo os usuários os protagonistas nesta transformação social, objetivo intrinsecamente ligado ao Projeto da Reforma Sanitária.

4 A UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA COMO CAMPO DE FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO: A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO CURRICULAR EM SERVIÇO SOCIAL.

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim ser um profissional propositivo e não só executivo.

Marilda Vilela Iamamoto (2012)

Os desafios do assistente social no exercício da profissão se assemelham aos que foram vivenciados a partir da experiência de investigação e de intervenção durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, ao relacionar estas duas dimensões com o processo do trabalho no qual o assistente social está inserido na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição que foi criada pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970. O HCPA é uma Empresa Pública de Direito Privado, que integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, sendo vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), formando o tripé junto à assistência e à pesquisa (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016^a), e tendo 90% de seus serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Quanto ao Serviço Social no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, este iniciou sua inserção no segundo semestre de 1971 atendendo a uma demanda do HCPA, onde a Presidência do Hospital solicitou à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) a indicação de uma assistente social pela Faculdade de Serviço Social desta Universidade, para que esta profissional participasse da implantação do Serviço Social no Hospital (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2005 APUD ROSSETTO, 2015).

Quanto à Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica, local em que foi realizado o estágio curricular obrigatório em suas três etapas³ e o qual será abordado neste capítulo, esta foi construída e inaugurada em 1995 com o apoio do Instituto do Câncer- RS (ICI-RS), tendo suas instalações ampliadas e reformadas em dezembro de 2012 (INSTITUTO DE CÂNCER INFANTIL, 2016). Quanto ao espaço físico da Unidade, este oferece os recursos necessários

³ O estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social da UFRGS é dividido em três estágios I, II e III: O estágio I visa a inserção do aluno no espaço sócio-institucional, sua familiarização, conhecimento, identificação e análise do território, da instituição, do Serviço Social, dos usuários, das expressões da questão social para que a partir desta identificação, se possa construir um projeto de intervenção que será executado na segunda e terceira etapa, e avaliado sua efetividade e impacto na terceira e última etapa.

para o exercício profissional, no que se refere à privacidade do usuário, para a confidencialidade das informações conforme prevê a resolução 493/2006 do CFESS (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2006).

No que se refere ao Serviço de Oncologia Pediátrica, este assiste crianças e jovens de 0 a 18 anos com diagnóstico de neoplasia maligna, sendo considerado um dos principais centros de referência no tratamento do câncer infanto-juvenil do país, atendendo cerca de cem novos usuários por ano, vindos de várias cidades do Rio Grande do Sul e outros estados (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016b).

Quanto à relação do Instituto do Câncer Infantil-RS com a Unidade, este não se limitou ao investimento da construção da mesma, haja vista que, na demora do Estado, como por exemplo, espera do acesso a uma determinada medicação, o Instituto ainda atua no atendimento aos usuários dos serviços, por meio de ações socioassistenciais às famílias que se encontram vinculadas à Unidade (INSTITUTO DE CÂNCER INFANTIL, 2016).

No entanto, apesar de o ICI-RS ter o papel de suprir necessidades de usuários da Unidade, cabe ressaltar que este é um auxílio imediatista, como por exemplo, auxílio em roupas, kits de higiene pessoal, medicação entre outras assistências, mas os usuários só receberão até que estes sejam atendidos diretamente pelo Estado. Destaca-se que estas instituições recebem verbas ou isenções do Estado, ou seja, há a presença do Estado nestas ações mesmo que indiretamente. No primeiro atendimento os profissionais do Serviço Social, apresentam o seu trabalho na Unidade, assim como os direitos sociais, os serviços e recursos disponíveis à família e ao usuário. Sendo identificada a necessidade de recursos para a permanência na internação, encaminha-se o familiar/responsável pelo usuário ao ICI-RS. Ainda são disponibilizados pelo ICI-RS outros recursos como cesta básica, vale transporte, entre outros, que podem ser acessados conforme o interesse dos usuários mediante avaliação socioeconômica realizada pelas assistentes sociais que fazem parte do quadro de funcionários do Instituto.

Contudo, reforça-se que o Estado, apesar de repassar recursos públicos para que as ONGs desenvolvam ações sociais, este não deve ser desresponsabilizado de atender diretamente as demandas e necessidades dos usuários. As demandas e necessidades dos usuários devem ser atendidas diretamente pelo Estado através do acesso às políticas sociais, por entendê-las como um conjunto de ações governamentais que precisam ser materializadas através de programas, visando o enfrentamento das desigualdades sociais que geram a vulnerabilidade social, tendo em vista a busca pela equidade e justiça social na garantia de acesso aos direitos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Terceiro Setor é um “Conceito que denota um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços.” (FERNANDES, 1994, p. 2). Ou seja, é um segmento privado, porém, com funções públicas, sem fins lucrativos, em que os eventuais lucros devem ser reinvestidos nas atividades-fim e apesar destas instituições não serem governamentais, seus fins têm as características do serviço público (FERNANDES, 1994).

A experiência do estágio curricular obrigatório possibilitou entender que nos espaços sócio-ocupacionais o assistente social precisa ingressar nas instituições empregadoras como parte de um “Coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais/ empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais.” (IAMAMOTO, 2009, p. 13). O objeto de trabalho do assistente social são as mais diversas expressões da Questão Social e junto aos demais profissionais das mais diversas políticas sociais, viabiliza-se o acesso aos direitos sociais. Nesse sentido, foi possível entender a relação com que os assistentes sociais da Unidade de Internação de Oncologia constituem e problematizam o objeto de trabalho, qual sejam, as múltiplas expressões da Questão Social, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalham. Para tanto foi necessário o recorte das políticas definidas pela organização empregadora, no caso do Hospital, a política de Saúde, a política nacional de atenção oncológica, a política de assistência social e a política de educação (tendo em vista que há usuários em idade escolar que necessitam de acompanhamento pelo Programa de Apoio Pedagógico da Unidade articulado à sua escola) que estabeleceram demandas e prioridades aos usuários dos serviços, os adolescentes e seus familiares.

No transcorrer do estágio neste espaço, foi possível também identificar as relações de poder e as contradições que eram possíveis de serem identificadas no contexto institucional. Relações que foram “[...] de confronto, de coexistência, de cooperação e estarão sempre revelando uma relação de força, de domínio, igualdade ou de subordinação.” (SOUZA, 1986, p. 13). A presença do poder Biomédico era perceptível. Havia um respeito maior ao saber dos profissionais da Medicina por parte dos usuários dos serviços, confirmando que o saber médico é muito forte, e que reforça a hierarquia entre os profissionais da saúde.

Contudo, contraditoriamente nas reuniões de equipe, onde ocorria o encontro dos profissionais para a discussão de casos, era onde melhor se visualizava as relações entre os profissionais da Unidade, inferindo que neste momento era o ápice da articulação interdisciplinar. Constata-se que havia um esforço para um olhar conjunto para a resolutividade das demandas que surgiam em meio ao processo saúde-doença. Percebia-se

inclusive uma maior articulação entre os profissionais do Serviço Social e da Psicologia, o que era favorecido devido ao trabalho que era convocado pela complexidade dos casos que precisavam e eram mais integrados.

Por outro lado, essa aproximação possibilitava identificar os embates de concepções importantes que eram discutidas no cotidiano e desafiadores entre a equipe, como o entendimento do cuidado integral ou até mesmo em relação ao trabalho do assistente social, sendo solicitado em determinados momentos, uma abordagem completamente higienista pela equipe não médica. Entretanto, os profissionais do Serviço Social se impuseram lembrando aos colegas das demais categorias que esta não era uma atribuição ou competência do Serviço Social, reforçando qual era o seu trabalho na Unidade. E mesmo em meio às tencionalidades que eram presentes nesta realidade, os assistentes sociais insistiam na articulação com as demais categorias profissionais visando à garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários, uma vez que era esta a forma entendida de superação da realidade apresentada, já que o usuário precisava ser visto em sua totalidade, com todos os aspectos presentes no seu cotidiano que superavam a apreensão por apenas um profissional.

Quanto aos recursos humanos, havia dois assistentes sociais (um profissional contratado e um profissional residente) para atender às demandas dos usuários e seus familiares na Unidade. Apesar do grande fluxo dos atendimentos, uma das características da Unidade era o período mais prolongado de internação dos usuários, possibilitando um tempo maior para a aproximação e identificação do trabalho que necessitava ser realizado. A presença de estagiários na unidade era recorrente, assim como de residentes vinculados ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em saúde (RIMS). Foi possível observar que para ambos, consideradas as devidas especificidades, o processo de formação era seguido conforme o que se espera destas duas formas distintas de formação, o estágio um ato educativo e a residência a formação em serviço, ambos com qualidade. A experiência com os profissionais residentes e demais estagiários foi de grande potência e riqueza para a formação e aprendizado sobre a Unidade e os sujeitos atendidos. Vivência essa que está relacionada com a finalidade do Serviço Social da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica, qual seja:

[...] a ação do assistente social concretiza-se pelo planejamento e execução de intervenções específicas, viabilizadas pelos serviços prestados na Instituição à população, em nível de assistência, ensino e pesquisa norteada pelos princípios do Código de Ética Profissional do Serviço Social. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016c).

O trabalho do assistente social não era limitado ao tratamento oncológico do usuário, se estendendo a toda família, pois no momento em que o usuário era internado a dinâmica familiar era alterada para que se pudesse dar continuidade ao tratamento de saúde, sendo fundamental então, entender a concepção de família como um laço de,

[...] constante transformação e evolução a partir da relação recíproca de influências e trocas que estabelece com o contexto. As mudanças nas configurações familiares estão diretamente relacionadas ao avanço científico e tecnológico bem como às alterações vividas no contexto político, jurídico, econômico, cultural e social no qual a família está inserida. Historicamente, a família nuclear tem coexistido com diversas outras formas de organizações familiares – famílias monoparentais, chefiadas pela mulher ou pelo homem; descasadas; recasadas; com membros de diferentes gerações; casais homossexuais, entre outros. (SYMANSKI, 2004, p. 54).

A compreensão deste conceito, já entendido pelo profissional do Serviço Social da Unidade, mas não presente na discussão por alguns profissionais da equipe, foi se esclarecendo a partir da problematização dessa concepção, tendo como sustentação a realidade desvelada no acolhimento sócio-familiar que se iniciava por meio da realização de entrevistas individuais ou coletivas (familiares e usuários) instrumento que também possibilitou “[...] a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos”. (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 235).

A entrevista era e é um instrumento fundamental para o desvelamento da realidade que até então, se mostrava aparente. Salienta-se que o desvelamento do real aparente, não se encerrava na entrevista. Ocorria a partir de sucessivas aproximações durante a internação ou até mesmo quando o usuário vinha para consultas ambulatoriais, os familiares ou responsáveis vinham até à Unidade para solicitar informações ou encaminhamentos. Assinala-se para os usuários que o acolhimento sócio-familiar não se limitava a uma entrevista, era amplo abrangendo um atendimento integral e contínuo.

Mediante à compreensão da importância de ir além nas entrevistas, inclusive na inicial, se fosse identificado o desejo do usuário para a continuidade do diálogo, era oportunizada a identificação das expressões da Questão Social mais emergentes para a internação, que nos demandavam estratégias de intervenção profissional imediatas. A entrevista inicial com o cuidador/ responsável pelo usuário era realizada a partir de uma ficha intitulada de “Acompanhamento sócio-familiar”, sendo o seu preenchimento parte do processo de aproximação com esta família.

Com base nas informações manifestadas era realizado um recorte de dados necessários a serem socializadas com a equipe visando o tratamento de saúde, sendo estes registrados no

prontuário único do usuário. A partir do levantamento de dados realizado no estágio curricular obrigatório I, durante a elaboração da análise socioinstitucional de março a junho de 2014, constatou-se durante as intervenções realizadas, que a permanência de um acompanhante na Unidade durante o tratamento oncológico do usuário, implicava em algumas circunstâncias a desvinculação do trabalho de um dos pais ou responsáveis para a dedicação intensificada nos cuidados de saúde do usuário. Este afastamento acabava deixando os usuários e seus familiares mais vulneráveis no processo saúde-doença.

Além disso, havia diversos fatores condicionantes e determinantes, que dificultavam o acesso e continuidade ao tratamento médico. O tratamento oncológico exigia uma nova reorganização nas atividades familiares, e na maioria das vezes, os pais eram a única rede de apoio familiar no revezamento dos cuidados, bem como para o compromisso com o tratamento.

Os pacientes oriundos da própria cidade de Porto Alegre e da região metropolitana, eram suscetíveis à dificuldade de acesso e permanência ao tratamento oncológico, quer seja pela ausência de recursos financeiros tendo em vista o afastamento do trabalho, quer seja pela dificuldade que enfrentavam em algumas questões como a necessidade de transporte para deslocamento no percurso moradia/hospital/moradia, além das dificuldades que eram agravadas com o diagnóstico oncológico.

O deslocamento até ao hospital foi uma das dificuldades encontradas que foram verbalizadas pelos usuários. Diversos usuários não residentes no município de Porto Alegre utilizavam para o deslocamento até ao hospital o benefício do Tratamento Fora de Domicílio, definido pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), que se trata de um instrumento legal que visa garantir através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem devido à inexistência de condições técnicas a serem oferecidas. Porém, o benefício do TFD é somente para “municípios referência com distância superior a 50km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo”. (BRASIL, 1999).

À vista disto, somente os usuários da região metropolitana de Porto Alegre, conforme a distância prevista pela portaria, e do interior do estado do Rio Grande do Sul e demais estados, possuem direito ao transporte fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde para acesso ao tratamento de saúde. Os usuários residentes em Porto Alegre tinham direito ao acesso às passagens disponibilizadas pelos Centros de Referências de Assistência Social (CRAS), quando estas estavam disponíveis, e ao transporte social, via Unidade Básica de

Saúde (UBS), que, entretanto, era precário e insuficiente para atender a demanda da cidade.

O Câncer implica ao paciente e sua família mudanças em sua rotina, nos papéis até então desempenhados, exigindo estratégias para o enfrentamento do problema, da mudança de posturas, de atitudes e comportamentos (EIZIRIK; FERREIRA, 2000 apud STEFFEN; CASTOLDI, 2006).

Os profissionais do Serviço Social da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica buscaram cotidianamente viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos sociais, considerando esta nova realidade que se apresentava no cotidiano das famílias, o que não é fácil, pois neste cenário perceberam-se diversos atravessamentos, já mencionados ao longo do trabalho, que requerem ao profissional a criação de estratégias embasadas nos instrumentos profissionais e institucionais, bem como a legislação vigente para o enfrentamento desta realidade e a busca pela efetivação do cuidado integral em saúde.

Por outro lado, mesmo diante desta conjuntura, o acompanhamento profissional das famílias dos usuários durante a internação tornava-se um momento profícuo, tendo em vista que durante o período no qual o usuário encontrava-se internado na Unidade, se tinha maior facilidade de conhecer as famílias e suas demandas. Era neste período que se buscava a resolutividade para as demandas que surgiam, assim como o trabalho para as vinculações intersetoriais como forma de buscar a efetividade da permanência no tratamento de saúde (ROSSETTO, 2015).

Em relação às expressões da Questão Social apresentadas pelos usuários, estas eram identificadas ao longo do acompanhamento e não somente no momento do acolhimento na Unidade. Diante das demandas apresentadas, buscou-se quantificar as que mais se evidenciaram e com o intuito de qualificar o atendimento já realizado foi proposto um projeto de intervenção e posteriormente a realização de uma pesquisa, considerando que a caracterização do perfil dos usuários do serviço, seria uma demanda que atenderia aos usuários e à Instituição.

O trabalho do assistente social na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica tem como referência o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão, os protocolos institucionais e a legislação vigente no que se refere às políticas públicas e sociais que perpassam este contexto, assim como serve também de referência os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, uma vez que explicita a intervenção do profissional na saúde, a partir de quatro eixos de ação: “[...] ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional.”

(CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009).

A partir das demandas dos usuários da Unidade, com embasamento nestes parâmetros, foram concretizadas as seguintes ações pela estagiária, que para contemplar a apresentação das principais demandas dos usuários e diante da ausência da quantificação destas, buscou explicitá-las e problematizá-las, bem como sistematizá-las, entendendo que as mediações feitas buscaram a compreensão dos usuários na busca do acesso aos direitos, conforme demonstra o quadro a seguir:

Quadro 1 - Principais demandas, intervenções e sua relação com os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, e considerações a partir das manifestações dos usuários da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica.

Expressões da Questão Social mais evidenciadas	Intervenções	Eixos temáticos dos Parâmetros de Atuação CFESS	Considerações	
Ausência de proteção social para afastamento do trabalho de pais e familiares que possuem vínculo empregatício.	Esclarecimento quanto a Consolidação das Leis Trabalhistas e do projeto de lei em tramitação que discute a Possibilidade de afastamento de pais/responsáveis para acompanhamento de filho em tratamento de saúde, quando com vínculo empregatício via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).	<ul style="list-style-type: none"> • Contato com Agências da Previdência Social; • Orientações sobre benefício, direitos e programas sociais; • Elaboração de documentos referentes ao processo de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação intersectorial; • Ações socioassistenciais; • Ações de investigação, planejamento e gestão. 	Existe uma distinção no trato desta questão que difere a possibilidade quando se trata de um servidor público estatutário e o trabalhador celetista, constituindo-se assim, uma disparidade na classe trabalhadora. Porém, está em tramitação o PLS 286/2014, que institui o pagamento de auxílio-doença ao segurado por motivo de doença do cônjuge, dos pais, dos filhos, do padrasto, madrasta, enteado, ou dependente que viva sob sua dependência e conste na sua declaração de rendimentos.
Ausência de meios ou renda insuficiente para a família garantir o próprio sustento.	Esclarecimento quanto aos serviços oferecidos pelo CRAS e de instituições que auxiliam as famílias durante o tratamento oncológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Contatos com as Secretarias de Assistência Social; • Contato com CRAS ou CREAS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação intersetorial. 	Na ausência ou insuficiência de recursos oferecidos pelo CRAS, orienta-se quanto à existência de instituições que auxiliam famílias durante o tratamento oncológico, geralmente vinculados ao Terceiro Setor.

Necessidade de renda para dar continuidade ao tratamento oncológico.	Esclarecimento quanto ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre benefícios, direitos e programas sociais; • Contato com Agências da Previdência Social; • Elaboração de documentos referente ao processo de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações socioassistenciais; • Ações de articulação intersetorial. • Ações de investigação, planejamento e gestão. 	Este benefício possui como condicionalidade que a renda familiar per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo, entre outras. Contudo, esta condicionalidade por vezes impede, no primeiro momento, o acesso a este direito.
Necessidade de transporte para pequenos ou grandes deslocamentos.	Esclarecimento quanto à busca de recurso junto à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de origem e quanto à Portaria nº. 55/99, que dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD).	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem para organização de alta hospitalar; • Contatos com o setor de transporte dos municípios de origem; • Contatos com UBSs; • Contatos com CRAS; • Encaminhamento para passe livre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação intersetorial; • Ações socioassistenciais. 	Destaca-se, como já mencionado acima, que este benefício só pode ser acessado por municípios referência com distância superior a 50km de deslocamento até o HCPA. Os pacientes não contemplados por esta Portaria são orientados conforme a discussão informada anteriormente (CRAS ou UBS).
Necessidade de um local para estadia no acompanhamento do tratamento.	Esclarecimento quanto a existência da Casa de Apoio do HCPA ou de Associações de Apoio à Pessoas com Câncer	<ul style="list-style-type: none"> • Contato, encaminhamento, acompanhamento junto a Casa de apoio – HCPA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação com a equipe de saúde. 	A Casa de Apoio do HCPA é um recurso importante oferecido aos pacientes/usuários e aos seus acompanhantes da unidade. Os acompanhantes podem lavar roupa, tomar banho, descansar e dormir durante a noite, desde que façam um cadastro prévio, também utilizado para o conhecimento das normas da Casa;
Necessidade para despesas de funeral.	Esclarecimento quanto ao auxílio funeral oferecido pelas prefeituras.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação em situação de óbito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação com a equipe de saúde 	Este benefício era anteriormente vinculado à Previdência Social, hoje faz parte dos benefícios eventuais da Assistência Social, focalizando-se a um público bem específico, àqueles extremamente pobres (BOVOLANTA, 2011). Cabe ressaltar que segundo a autora, esta migração deixou um vácuo na assistência à população, pois por vezes este benefício eventual não está

				devidamente regulamentado no município de origem do usuário.
Necessidade de medicação no pós-alta.	Esclarecimento quanto o acesso ao direito à Farmácia Básica ou Especial na aquisição da medicação.	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento de recursos da rede; • Contato com órgãos do sistema de justiça. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de investigação, planejamento e gestão; • Ações de articulação intersetorial. 	As Secretarias de Saúde dos municípios administram e mantêm em estoque os medicamentos essenciais e controlados definidos na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Em acordo com as normas do Ministério da Saúde, alguns medicamentos não fazem parte desta lista havendo a necessidade do familiar entrar com um processo administrativo na farmácia do estado para a obtenção e em alguns casos, até mesmo entrar com o pedido via Judiciário.
Necessidade de alimentação para o acompanhante do paciente/usuário.	Esclarecimento quanto acesso ao direito de realizar as refeições no refeitório do HCPA.	Instrumentalização da equipe multiprofissional sobre o direito do acompanhante.	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação com a equipe de saúde. 	Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu art. 12. os estabelecimentos de atendimento à saúde [...] deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Neste sentido, a unidade já disponibiliza a um dos responsáveis o acesso ao refeitório, contudo, diante da existência de mais de um cuidador, é necessário solicitar assistência ao ICI (BRASIL, 1990b).

Necessidades de roupas e alimentação para os familiares.	Esclarecimento quanto aos serviços oferecidos pelo Instituto do Câncer Infantil (ICI-RS) e pela Legião Assistencial de Apoio ao Paciente com Câncer do HCPA (LAAPAC), que distribui roupas.	<ul style="list-style-type: none"> • Contato com ONG's; • Organização de reuniões com a rede externa ao HCPA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação intersetorial; • Ações socioassistenciais. 	Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu art. 12, os estabelecimentos de atendimento à saúde [...] deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Neste sentido, a unidade já disponibiliza a um dos responsáveis o acesso ao refeitório, contudo, diante da existência de mais de um cuidador, é necessário solicitar assistência ao ICI (BRASIL, 1990b).
Necessidade de habitação com condições adequadas para receber o paciente do Transplante de Medula Óssea;	Esclarecimento quanto à importância das condições da habitação para a realização do transplante.	<ul style="list-style-type: none"> • Contatos com as Secretárias de Habitação; • Contatos com as Secretarias de Saúde; • Contato com as Unidades de Saúde; • Visita institucional; • Visita domiciliar; • Elaboração de documentos referentes ao processo de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação intersetorial; • Ações de investigação, planejamento e gestão. 	O Transplante de Medula Óssea exige cuidados pós-operatórios e as condições da habitação são fundamentais, em virtude da baixa imunidade a que o paciente está sujeito. Se forem identificadas condições inadequadas de moradia, a família é orientada a utilizar a Casa de Apoio para o momento mais próximo ao transplante, assim como as famílias são encaminhadas para as secretarias municipais responsáveis pela política habitacional.
Necessidade de acompanhamento escolar.	Esclarecimento quanto ao Programa de Apoio Pedagógico (PAP) da unidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Contato com as pedagogas do PAP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de articulação com a equipe de saúde. 	As pedagogas do PAP entram em contato com as escolas para maiores informações quanto ao processo de aprendizagem do aluno, para melhor atender o usuário.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Salienta-se que estas ações fazem parte de um conjunto de ações que foram realizadas pela estagiária do Serviço Social junto ao supervisor de campo, a partir de demandas que surgiram durante o estágio curricular obrigatório. As ações realizadas pelos assistentes sociais

da Unidade, que fogem do escopo do (a) estagiário (a), possuem uma maior dimensão. Diante do cenário de demandas que se apresentavam para o usuário do serviço com o diagnóstico oncológico, o quadro a seguir demonstra os principais direitos sociais que foram esclarecidos e acessados pelos usuários e acompanhantes no período de internação, conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 2 - Direitos Sociais do Paciente Oncológico esclarecidos, encaminhados e acessados durante o estágio curricular obrigatório.

DIREITOS SOCIAIS	FINANCEIROS	<p>1. Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS): é um depósito mensal obrigatório que deve ser realizado pelo empregador, referente a um percentual de 8% do salário do empregado, depositado em uma conta bancária do mesmo na Caixa Econômica Federal. Direito concedido ao trabalhador cadastrado no FGTS que tiver câncer ou que tenha dependente portador de câncer (INCA, 2016).</p> <p>2. Saque do Programa de Integração Social (PIS) ou Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP): O PIS e o PASEP são contribuições sociais que visam financiar o pagamento do seguro-desemprego, abono e participação na receita dos órgãos e entidades, tanto para os trabalhadores de empresas públicas, como privadas. Direito concedido ao trabalhador cadastrado que tiver câncer ou que tenha dependente portador de câncer. O PIS pode ser retirado na Caixa Econômica Federal (INCA, 2016).</p> <p>3. Amparo Assistencial por meio do Benefício de Prestação Continuada: benefício de um salário-mínimo mensal, cuja renda mensal per capita seja inferior a ¼ (um quarto) do salário-mínimo (LOAS, 2011), além de outras condicionalidades.</p>
	ASSISTENCIAIS	<p>1. Alimentação para os acompanhantes dos pacientes/usuários: Quanto à alimentação, os acompanhantes dos usuários recebem todas as refeições do hospital de forma integral pelo SUS como café da manhã, almoço e janta. Direito garantido pelo ECA.</p> <p>2. Tratamento Fora de Domicílio: Direito instituído pela Portaria nº. 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde) que visa garantir através do SUS, o tratamento médico, cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento. Porém, a forma de organização desta portaria se diferencia nos municípios e estados o que dificulta algumas vezes a estadia dos familiares durante a internação em outras regiões. A diária seria uma dessas diferenciações, pois há municípios que não disponibilizam as diárias e quando o fazem são valores irrisórios.</p> <p>3. Medicação: direito garantido a partir da LOS 1990.</p> <p>4. Auxílio-funeral: O auxílio funeral, que inclui o traslado, é um benefício eventual acessado através da Secretaria de Assistência Social Municipal, porém ainda não disponibilizado em todos os municípios.</p>

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

No que se refere ao exercício profissional do assistente social, Iamamoto (2012, p. 14) destaca que se exige:

[...] um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho.

A partir das referências dos autores e entendendo o processo de trabalho como um “conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas” (GUERRA, 2009, p. 3), identificou-se que os profissionais do Serviço Social da Unidade diariamente realizaram a reflexão quanto à intencionalidade das ações executadas visando os meios necessários para viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos sociais. Esse momento de reflexão era realizado tanto entre os pares quanto com os demais profissionais institucionais ou interinstitucionais, de maneira intersetorial e interdisciplinar, pois compreendia-se que a intersetorialidade é a capacidade de:

[...] articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações de saúde são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde. (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004, p. 334).

Partindo desta concepção de intersetorialidade, afirma-se que foi possível perceber no trabalho dos profissionais do Serviço Social da Unidade a preocupação do trabalho nesta perspectiva, uma vez que para a efetivação do acesso à saúde dos usuários/pacientes, a intersetorialidade como trabalho desenvolvido entre os profissionais das políticas públicas setoriais se estabelece como profícua e necessária diante do cenário muitas vezes excludente. O trabalho intersetorial possibilitava que o assistente social ultrapassasse o campo da política de saúde, materializando o conceito ampliado de saúde.

Nos casos mais complexos, não havendo resolutividade das demanda por contatos telefônicos ou por ofícios encaminhados às secretarias responsáveis pelas diversas políticas públicas, eram realizadas reuniões com a rede que atende à família (CRAS, CREAS, UBS, DEMHAB, etc.), através de visitas institucionais para a construção de um melhor planejamento de intervenção, prevalecendo a escolha dos usuários dos serviços, mediante às possibilidades de enfrentamento das expressões da Questão Social (ROSSETTO, 2015).

Sendo assim, era evidenciado de que o êxito do trabalho do assistente social “[...] depende da articulação de uma rede de serviços e de profissionais dentro e fora do seu local de trabalho” (MATOS, 2013, p. 64), bem como o entendimento da interdisciplinaridade no campo da Saúde como uma necessidade,

[...] intrínseca de referenciar as práticas interdisciplinares que integram saberes, possibilitam diversidade de olhares, permitem o reconhecimento da complexidade dos fenômenos e reforçam a necessidade de coerência na materialização da integralidade. (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008, p. 25).

Porém, esta é uma prática na qual os profissionais do Serviço Social encontravam embates de concepções. Apesar de serem casos pontuais, alguns profissionais de outras categorias pareciam não entenderem o significado do cuidado integral, pois demonstravam não compreender que o contexto familiar e socioeconômico apresentavam implicações para o tratamento oncológico do paciente e assim, acabavam culpabilizando à família. Desta forma, cabia aos profissionais do Serviço Social exporem aos demais profissionais que assistiam o usuário, a realidade do contexto social no qual ele estava inserido e quais eram suas implicações para o acesso ao tratamento oncológico.

Constatou-se durante o estágio curricular obrigatório de que para que o trabalho do assistente social viabilize o acesso aos direitos sociais do paciente oncológico, fundamentalmente necessita-se da integralidade do atendimento. O cuidado integral garante a efetividade do acesso ao direito à saúde, entretanto, depende da disponibilidade de recursos oferecidos pelas políticas sociais, que muitas vezes não atendem às demandas da população e do profissional.

Nesse sentido, para a integralidade do atendimento, a abordagem dialético-crítica na intervenção do profissional do Serviço Social, “[...] instiga rever, reolhar o passado, iluminado pelos acontecimentos do presente.” (COSTA, 2007, p. 47). Entende-se que dessa forma, pode-se levantar “[...] questões sobre o hoje, em nome do amanhã, que incansavelmente se torna uma roda viva entre passado, presente e futuro.” (COSTA, 2007, p. 47).

Nesse contexto da dialética que tem por finalidade desvendar o real aparente, “[...] pensar as contradições da realidade, compreendendo-a como essencialmente contraditória e em transformação” (COSTA, 2007, p. 49), evidenciou-se que a abordagem dialética- crítica do trabalho do assistente social da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica estava na compreensão do usuário enquanto sujeito em sua totalidade, que se encontrava em um contexto social que estava em constante transformação, e na reflexão sobre a resolutividade das demandas dos usuários a partir da sua intervenção profissional nesta realidade.

Porém, infere-se de que a reflexão sobre a resolutividade das demandas dos usuários deve abordar ainda, as respostas dos demais profissionais e políticas sociais para as mesmas, pois o enfrentamento das expressões da Questão Social não depende apenas da intervenção do Serviço Social. A resposta para as demandas dos usuários, mas especificamente para o acesso ao direito à Saúde, depende da articulação de profissionais, da rede de serviços e de recursos oferecidos, em resumo, depende da articulação intersetorial e recursos oferecidos. O tema do item a seguir, revela o esforço da estagiária, sustentado pelos supervisores de campo e acadêmico, quanto à necessidade de conhecer mais quem são os usuários desta Unidade para fins de qualificar o atendimento no que diz respeito à viabilização do acesso aos direitos sociais do paciente oncológico.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO, GEOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO

A caracterização do perfil socioeconômico, geográfico e epidemiológico dos usuários do serviço é o título do projeto de pesquisa que surgiu a partir da experiência vivenciada no campo de estágio curricular obrigatório de Serviço Social pela acadêmica, na Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica do HCPA no período de março de 2014 a julho de 2015, e de ambos os supervisores, o assistente social supervisor de campo de estágio e o supervisor acadêmico, tendo em vista a importância do reconhecimento de quem são os usuários, uma vez que são estes os principais atores neste cenário de cuidado em saúde.

Esta pesquisa também se justifica tendo em vista que completados 20 anos de existência da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica do HCPA, constatou-se que não existe nenhum estudo realizado sobre a perspectiva de identificar quem são os usuários deste serviço, de onde vem, qual a composição familiar, qual a idade e qual o diagnóstico que justifique seu acompanhamento nesta unidade, além de outros dados relevantes para a visibilidade da realidade destes usuários⁴. A caracterização do perfil destes usuários possibilita que sejam evidenciados fatores de suma importância como, por exemplo, o porquê do usuário não comparecer a uma consulta ou a um procedimento médico, o que pode estar relacionado à inexistência de um transporte para o deslocamento ou pelo fato dos pais não terem com quem deixar os demais filhos, enquanto se ausentam para virem até ao hospital.

⁴ Luz (2011) realizou estudo neste mesmo local de amostra, contudo o objetivo do trabalho era descrever o perfil clínico-demográfico e sobrevida dos usuários atendidos no Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 2000 a 2010.

Tal estudo se justifica ainda, pela importância do reconhecimento da equipe quanto às questões que perpassam o contexto da realidade deste usuário, que não se limitam à condição de saúde. Pensar em saúde exige que possamos contemplar questões para além do diagnóstico e da indicação de medicamentos constantes nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, elaborados pelo Ministério da Saúde. É necessário saber também das características da população que será alvo deste tratamento, uma vez que esta informação precisa estar contemplada na assistência que será prestada.

A relevância da investigação também esta na possibilidade de apontar quem são os pacientes/usuários da Unidade de Internação da Oncologia Pediátrica desta instituição. Neste estudo pretende-se identificar os usuários atendidos pela equipe multiprofissional da Unidade com a finalidade de desvelar o contexto em que estes usuários estão inseridos, contribuindo assim, a partir desta informação, com a continuidade no tratamento de saúde através de propostas de aprimoramento do cuidado que vem sendo prestado, haja vista a importância do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe da Oncologia Pediátrica.

Entende-se ser mister um estudo que possibilite traçar o perfil socioeconômico, geográfico e epidemiológico dos usuários deste serviço para que este conhecimento possa ser utilizado no planejamento das ações de assistência e para reflexão e reorganização acerca dos atendimentos que vem sendo prestados até o momento pela equipe, em respostas as demandas dos usuários. Demandas estas que durante o período de estágio foram identificadas como inúmeras e complexas, que exigem intervenção da equipe assistencial. Nesta direção, formulamos o seguinte problema de pesquisa: Quem são os pacientes/usuários assistidos pela Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre?

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral: Conhecer o perfil socioeconômico, geográfico e epidemiológico dos usuários assistidos pela Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tendo em vista os encaminhamentos necessários para a continuidade do tratamento oncológico e a viabilização do acesso aos seus direitos sociais. E como específicos: Caracterizar o perfil dos usuários dos serviços da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Contribuir nas ações assistenciais de todos os profissionais da equipe da Unidade a partir da caracterização do perfil dos usuários.

Pretende-se inicialmente realizar a seleção de documentos como prontuários eletrônicos, fichas de acompanhamento sociofamiliar e registros de cadastro de uma base Access® desenvolvida em 2010, utilizada pelos assistentes sociais que atendem na Unidade, que para efeitos deste estudo, contemplarão os usuários cadastrados até novembro de 2015. Este instrumento de cadastro desenvolvido em base Access® objetivava a organização

numérica dos pacientes atendidos, uma vez que gerava um número de referência para arquivamento do formulário de avaliação socioeconômica utilizado pelos profissionais de Serviço Social. Nele constam cadastrados os pacientes atendidos nesta Unidade e algumas informações já estão disponíveis, contudo, existe a necessidade de buscar informações no prontuário eletrônico e também no próprio instrumental utilizado pelos assistentes sociais para a avaliação socioeconômica, isso porque alguns dados não foram preenchidos ao longo do período em que esta base foi utilizada ou não foram contemplados como item quando da constituição desta base. Tendo em vista esta situação, os dados serão obtidos pela utilização destas três fontes de pesquisa: prontuários eletrônicos, fichas de acompanhamento sociofamiliar e base Access®. Os dados serão coletados a partir de um instrumento (Apêndice B) construído com categorias centrais para a caracterização do perfil dos usuário, conforme cronograma (APÊNDICE A) pré-definido e serão armazenados mediante a tabulação de dados em uma planilha de Excel (Banco de dados).

A análise das informações se dará a partir do estabelecimento de categorias, da codificação e tabulação, e da análise estatística dos dados sob a orientação dos objetivos e dos referenciais teóricos, histórico e de legislação que envolva a temática a ser pesquisada com a finalidade de um posicionamento crítico fundamentado.

Ainda utilizaremos como referência para os dados alvos desta pesquisa, parte das características investigadas na Política Nacional Por Amostra de Domicílios – PNAD, além de outros elementos considerados como relevantes para este estudo.

Quanto às questões éticas, o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ UFRGS) ainda em dezembro de 2015 e em maio de 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Como não era possível iniciar nenhuma investigação antes das aprovações dos CEPs, em conjunto com a orientadora desta monografia e pesquisa decidimos concluir a pesquisa após a apresentação do TCC. Assim, devido às questões burocráticas para acesso às informações dos pacientes e diante de todo o trâmite necessário para dar continuidade à coleta e análise dos dados, não foi possível apresentá-la neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Mesmo não sendo possível apresentar a pesquisa neste trabalho de conclusão de curso, sendo esta a proposta inicial, optou-se por dar-se continuidade à coleta dos dados, já iniciada no período de estágio curricular obrigatório, finalizando o projeto de pesquisa até dezembro deste ano, tendo em vista a relevância desta pesquisa para a prática em saúde dos profissionais da Unidade de Internação da Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Pretende-se ainda, a realização de alguns produtos tais como: a) Discussão com os profissionais da Unidade de Oncologia do HCPA e do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Serviço Social (NEPSS) do HCPA em relação aos resultados obtidos; b) Publicação de artigo em periódico da área de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio proporcionou o conhecimento da realidade do espaço sócio-ocupacional do assistente social na Saúde, bem como das consequências das desigualdades sociais materializadas pelas diferentes expressões da Questão Social, assim como o exercício de intervir nas mesmas, visando à viabilização do acesso aos direitos sociais.

O trabalho do assistente social nos mais diferentes espaços sócio-ocupacionais tem desafios, limites e possibilidades. Como desafios para a viabilização do acesso aos direitos sociais do paciente oncológico, que também limitam a intervenção profissional do Serviço Social identificaram-se: embates entre a equipe multiprofissional ou até mesmo com profissionais do Serviço Social na concepção do cuidado integral; a necessidade de instrumentalização quanto aos direitos sociais dos usuários por parte de trabalhadores que os assistem; a necessidade de qualificação profissional nos serviços intersetoriais; a necessidade de investimento público nos serviços oferecidos proporcionando melhores recursos disponibilizados tanto para a população quanto para os profissionais; a burocratização dos serviços que ocasionam a demora no acesso aos direitos sociais; as condicionalidades para o acesso às políticas sociais que impedem que usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade social, acessem as mesmas. A própria garantia do acesso do usuário ao direito social é um desafio para o assistente social, pois não há como garantir o acesso ao direito.

Outro desafio identificado para o trabalho do assistente social da Unidade, que se estendia à equipe multiprofissional, era o impacto causado por se trabalhar em um ambiente permeado pelas diversas expressões da Questão Social que se somavam a uma doença tão grave e estigmatizada como o Câncer. Apesar do trabalho da equipe multiprofissional da Unidade de tentar por meio da Política Nacional de Humanização, proporcionar uma decoração alegre, um maior conforto e um acolhimento humanizado dentro da realidade de um ambiente que apresentava cenas tão impactantes de crianças e adolescentes que lutavam pela vida, os pais conheciam a realidade daquele espaço.

Os casos que mais sensibilizaram a estagiária eram as internações de pacientes que clinicamente estavam bem, entretanto, aos poucos, durante o tratamento e diante das reações adversas do próprio tratamento ou quando ocorria o avanço da doença. Tornava-se impactante ver uma criança que aparentemente estava saudável, porém, aos poucos iam perdendo os seus cabelos, emagrecendo, diminuindo a capacidade de coordenação motora, perdendo os movimentos das pernas não sendo mais possível caminhar, necessitando assim, de cadeira de rodas, bem como os casos de amputação de membros ou até mesmo, sequelas

irreversíveis dependendo da região acometida pelo câncer. Havia pacientes que permaneciam por meses internados, e desta forma era possível o acompanhamento do processo saúde-doença. Acompanhavam-se os primeiros passos de bebês, o aniversário do primeiro ano de vida de alguns e de 15 anos de vida de outros. Mas ainda havia os cuidados paliativos, quando não há mais possibilidade de cura, momento de muito sofrimento para os familiares. O pós-óbito era uma das mais difíceis e complexas demandas a serem orientadas.

Trabalhar com as orientações no pós-óbito com familiares era muito desafiador. O profissional acompanhava o usuário e sua família e assim, acabava-se criando um vínculo profissional, que Martinelli (2011, p.502) destaca que é o momento em que “se passa a sentir com o outro aquela realidade” e que a autora ainda alerta para que se tenha o cuidado para que “não se passe a sentir como o outro”. Certamente, daria início ao sofrimento deste profissional. O profissional acompanhava com o usuário e seus familiares todo aquele sofrimento pelo qual a família passava, e que mesmo diante de todas as alternativas de tratamento e o empenho na cura, esta não era alcançada e o paciente vinha a óbito. O profissional do Serviço Social tinha como desafio ter que trabalhar em meio há tanto sofrimento e tentar conseguir deixar tudo isso dentro do ambiente de trabalho sem carregá-lo consigo.

A partir da experiência do estágio curricular obrigatório, conclui-se de que o trabalho do assistente social como intermediário entre os usuários e o acesso às políticas sociais é fundamental, pois objetiva viabilizar o acesso aos direitos e o exercício da cidadania através da autonomia e do protagonismo dos usuários. Cotidianamente instiga-se nos demais profissionais, a reflexão sobre a realidade social dos usuários e seus direitos sociais para que assim, se possibilite o entendimento da importância deste conhecimento para o cuidado integral em saúde. E dessa forma, é no trabalho em equipe institucional e intersetorial, articulado às demais políticas, que se contribui para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações que proporcionem um tratamento oportuno e cuidados paliativos, conforme prevê a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

O profissional deve ter clareza em relação ao Projeto Ético-Político da Profissão que direciona a intervenção profissional para além do acesso à Saúde, visando a equidade, a justiça social, a ampliação e a consolidação da cidadania, junto à legislação vigente e às políticas sociais. Todas as possibilidades de enfrentamento das expressões da Questão Social devem ser esgotadas. Deve haver articulação intersetorial e um olhar interdisciplinar para que se possam delinear as estratégias necessárias para viabilizar o acesso ao direito à Saúde.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Projeto ético- político do Serviço Social e política social. In: _____. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 192-199.

BOVOLENTA, Gisele Aparecida. **Os benefícios eventuais previstos na Loas: o que são e como estão**. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n106/n106a09.pdf>> Acesso em: 7 jun. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 setembro 1990^a.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 de julho de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 7 jun. 2016.

_____. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização de Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de julho de 1999.

_____. Portaria Ministério da Saúde/SAS/ nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde / SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de fevereiro de 1999.

_____. Portaria SAS/MS Nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 de dezembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de maio de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 18 jun. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO

SOCIAL, 19., 2009, Guayaquil. **Anais...** Guayaquil: Universidad Católica Santiago, 2009. Disponível em: < <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: ROSENI, Pinheiro; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2009.

_____. Resolução nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006: Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

COSTA, Ruthe Corrêa da. **A terceira idade hoje: sob a ótica do serviço social**. Canoas: ULBRA, 2007.

ELSEN, Ingrid et al. Famílias de crianças e adolescentes em tratamento ambulatorial antineoplásico: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.

FERNANDES, Rubem César. **Privado, porém público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. 2009.

Disponível em:

<<http://welbergontran.com.br/cliente/uploads/e0763bd63f2a143231b5e1c629bdf19803a014ad.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA. **História**. 2016^a. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/13/97/>>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. Serviço de Oncologia Pediátrica. 2016b. Disponível em:

<<https://www.hcpa.edu.br/content/view/515/1679/>>. Acesso em: 12 de maio 2016.

_____. Serviço Social. 2016c. Disponível em:

<<https://www.hcpa.edu.br/content/view/92/447/>>. Acesso em: 12 de maio 2016.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília:

CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 23 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Tipos de Câncer infantil**. 2016. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil> > Acesso em: 8 de dez. 2015.

_____. **Direitos Sociais da Pessoa com Câncer**. 2016. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer>. Acesso em: 2 de maio 2016.

_____. **INCA estima quase 600 mil casos novos de câncer para 2016**. 2016. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/inca_estima_quase_600_mil_casos_novos_de_cancer_em_2016>. Acesso em: 2 maio 2016.

_____. **O que é o câncer**. 2016. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 2 de maio 2016.

_____. **Onde tratar pelo SUS: Rio Grande do Sul**. 2016. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/RS>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

_____. **Tratamento do câncer**. 2016. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

INSTITUTO DE CÂNCER INFANTIL. **Quem somos?** 2016. Disponível em:

<<http://www.ici-rs.org.br/quem-somos/estruturahttp://www.ici-rs.org.br/servicos.php>>. Acesso em: 2 maio 2016.

LEWGOY, Alzira M. B.; SILVEIRA, Esalba Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 6, n. 2, p. 233-251, jul./dez., 2007.

LUZ, Joelma Freitas da. **Perfil clínico-demográfico dos pacientes atendidos no serviço de oncologia pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: período de Jan/2000 a Dez/2010**. 2011. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set., 2011.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: ROSENI, Pinheiro; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

MENDES, Jussara Maria Rosa, LEWGOY, Alzira Maria Baptista, SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun., 2008.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr., 2009.

PAULA, Kelly Andressa de; PALHA, Pedro Fredemir; PROTTI, Simone Teresinha. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste-Ribeirão Preto. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 331-348, 2004.

PEREIRA, Potyara A. P. Política Social. In: FERNANDES, Rosa M. C.; HELLMANN, Aline (Org.). **Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016. 320 p.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 2 maio 2016.

REIS, Marcelo Braz Moraes dos. Notas sobre o Projeto ético-político do Serviço Social. In: **Assistente social: ética e direitos- Coletânea de Leis e Resoluções**. Rio de Janeiro: CRESS 7ª região, 2004.

ROSSETTO, Pamela C. P. **Relatório final do estágio curricular obrigatório em Serviço Social**. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

SOUZA, Hebert José de. **Como se faz análise de conjuntura**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1986. 54 p.

STEFFEN Bárbara Cristina; CASTOLDI, Luciana. Sobrevivendo à Tempestade: a Influência do Tratamento Oncológico de um Filho na Dinâmica Conjugal. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n. 3, p. 406-425, 2006.

SYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 71, p. 9-25, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. In: **Políticas Públicas - O Papel das Políticas Pública**. AATR-BA. 2002.

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
 Documentos utilizados para a coleta de dados: prontuários eletrônicos, fichas de acompanhamento sociofamiliar e base Access®.

DADOS	INFORMAÇÕES COLETADAS							
Número para identificação de pacientes (uso exclusivo para a equipe da unidade)								
1. Idade								
2. Sexo								
3. Data de nascimento								
4. Cor ou raça								
5. Cidade de Domicílio								
6. Naturalidade em relação ao município e à Unidade da Federação								
7. Composição do grupo familiar								
8. Características de instrução dos pais ou responsáveis								
9. Estado civil dos pais ou responsáveis								
10. Características de trabalho e rendimento dos pais ou responsáveis								
11. Rendimento mensal de trabalho								
12. Rendimento mensal de outras fontes								
13. Tipo de vínculo de trabalho								
14. Origem da renda								
15. Acesso a Benefícios/programas sociais								
16. Data da primeira avaliação pelo Serviço Social								
17. Data de óbito;								
18. CID-10 ⁵								

⁵ Na análise dos diagnósticos dos usuários com mais de uma hipótese diagnóstica, utilizaremos a principal e diretamente relacionada com a questão da neoplasia.