

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL - UNINTER

CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

CLÁUDIA REGINA PUPATO

1509968

**O IMPORTANTE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE OSASCO**

OSASCO/SP

2020

CLÁUDIA REGINA PUPATO

**O IMPORTANTE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE OSASCO**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, apresentado à disciplina e Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso - OTCC, do curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário Internacional UNINTER, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Prof. Francine Tainá Costa de Oliveira

OSASCO/SP

2020

CLÁUDIA REGINA PUPATO

1509968

**O IMPORTANTE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM OS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE OSASCO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, apresentado à disciplina de Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso - OTCC, do curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário Internacional UNINTER / Curitiba-PR, como requisito final para a obtenção do título de Bacharel.

Aprovado em: ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Professor 1(Titulação e nome completo)

Instituição 1

Professor 2 (Titulação e nome completo)

Instituição 2

Professor 3 (Titulação e nome completo)

Instituição 3 (Orientador)

Dedico este trabalho aos profissionais do Serviço Social, que mesmo diante de todas as adversidades, usufruem de todo seu conhecimento para garantir os direitos sociais a quem dele necessitar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar forças para concluir essa etapa importantíssima da minha vida.

Agradeço aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos, a minha irmã, meu filho, minha nora e ao meu neto que sempre me acompanharam nessa caminhada.

Agradeço aos amigos, em especial, Márcia, Priscila, Célia e Alex pela torcida e participação nesse momento especial.

Elielton, Rosangela e Fran, meus supervisores de campo, que sempre acreditaram em mim. Obrigada por terem aberto as portas, me acolherem com tanto carinho, aceitando dividir seus conhecimentos e incentivando sempre.

Agradeço a UNINTER, nas pessoas da Neuza, Márcia e Clara (Polo Osasco), por toda a paciência que tiveram no decorrer do curso, aos professores, coordenadores e funcionários em geral, que de uma forma ou de outra fizeram parte desta conquista.

Professora Francine Tainá, não tenho palavras para agradecer sua dedicação. Jamais vou esquecer do que me falou num momento de insegurança, “você não está sozinha, eu estou com você”. Significou demais. Obrigada, obrigada, obrigada.....

“Vocês que fazem parte dessa massa,
Que passa nos projetos, do futuro
É duro tanto ter que caminhar
E dar muito mais, do que receber.
E ter que demonstrar, sua coragem
A margem do que possa aparecer”.

Admirável Gado Novo

Zé Ramalho – 1979

RESUMO

O presente trabalho, baseado numa pesquisa bibliográfica, retrata a importância do assistente social no acolhimento ao paciente oncológico do Município de Osasco, que procura o Serviço Social em busca do encaminhamento para iniciar o tratamento junto a rede pública de saúde, através do SUS, que garante, dentro do território brasileiro, a toda população, um serviço de qualidade totalmente gratuito. Cabe a este profissional analisar as demandas físicas, emocionais e sociais, assim como os aspectos familiares desse paciente, garantindo que seus direitos sejam respeitados. Quando a pessoa adoece, é relevante o estreitamento com familiares, pois todos precisam de apoio. No desenrolar deste trabalho será exposto, também, a trajetória da saúde pública brasileira, que com a promulgação da Constituição Federal de 1988, garantindo a saúde como direito de todos, abriu caminho para a criação do SUS, que passou a garantir assistência à saúde gratuita e integral a toda população, independentemente de ser contribuinte ou não de algum sistema previdenciário, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Será retratado ainda, o trabalho do assistente social na área, o seu reconhecimento como profissional da saúde e sua participação numa equipe multidisciplinar, onde, interagindo com outros profissionais melhoram o processo de trabalho, em função de resultados satisfatórios aos pacientes.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Trabalho.

ABSTRACT

The present work, based on a bibliographic research, portrays the importance of the social worker in welcoming cancer patients in the municipality of Osasco, who seeks Social Services in search of referrals to start treatment with the public health network, through SUS, which guarantees a totally free quality service within the Brazilian territory. It is up to this professional to analyze the physical, emotional and social demands, as well as the family aspects of this patient, ensuring that their rights are respected. When the person becomes ill, it is important to be close to family members, as everyone needs support. In the course of this work, the trajectory of Brazilian public health will also be exposed, which, with the promulgation of the 1988 Federal Constitution, guaranteeing health as a right for all, paved the way for the creation of SUS, which started to guarantee free health care and integral to the entire population, regardless of whether or not it is a contributor to any social security system, being considered one of the largest public health systems in the world. It will also be portrayed, the work of the social worker in the area, his recognition as a health professional and his participation in a multidisciplinary team, where, interacting with other professionals, they improve the work process, due to satisfactory results for patients.

Keywords: Social Work. Health. Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
DNS	Departamento Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
CNS	Conferência Nacional de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
CRESS	Conselho Federal do Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	14
2.1 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	14
2.2 A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM CÂNCER	22
3 ESTAR DOENTE E OS ASPECTOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	24
3.1 CARACTERÍSTICAS EMOCIONAIS, SOCIAIS E FAMILIARES NA TRAJETÓRIA DA DOENÇA NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	24
3.2 RELAÇÕES ENTRE PACIENTES E EQUIPES PROFISSIONAIS.....	29
4 A CATEGORIA TRABALHO E A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL.....	31
4.1 O TRABALHO COMO CATEGORIA.....	31
4.2 A APROPRIAÇÃO DO TRABALHO NA SOCIEDADE.....	34
4.3 O TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL.....	36
4.4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
6 REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A presente Monografia tem como objeto, evidenciar o importante trabalho do assistente social com os pacientes oncológicos do Município de Osasco.

O interesse pelo tema do trabalho surgiu das experiências presenciadas durante o cumprimento das etapas de estágio obrigatório para a conclusão do curso de Serviço Social, junto a Secretaria de Saúde do Município de Osasco, onde os pacientes diagnosticados com câncer na rede privada de saúde, são encaminhados ao Serviço Social para continuarem o tratamento junto a rede pública de saúde.

O objetivo é demonstrar a importância do trabalho exercido pelo assistente social frente as dificuldades encontradas pelos pacientes oncológicos, para dar início ao seu tratamento, identificando a morosidade enfrentada para iniciar seu tratamento pela rede pública de saúde; analisar as demandas apresentadas pelos pacientes diagnosticados com câncer no município de Osasco ao serviço social; descrever o arcabouço legal resguardando o direito paciente no Sistema Único de Saúde e identificar a importância do assistente social na efetivação do direito desse paciente ao tratamento oncológico pela saúde pública.

O problema a ser abordado será como acolher esse paciente diagnosticado com câncer? Qual a importância de ter um profissional do Serviço Social para poder garantir os direitos desse paciente?

Quanto a metodologia empregada registra-se que na fase de investigação, foi efetuado um estudo bibliográfico, utilizando a abordagem qualitativa, que de acordo com Filstead (1986), busca a compreensão com enfoque investigativo, preocupando em dar significado ao objeto estudado, descrevendo a realidade dos atores sociais. O público-alvo, são os moradores do Município de Osasco, que iniciarão seu tratamento oncológico na rede pública do Estado de São Paulo, com encaminhamento da Secretaria de Saúde Municipal.

Os dados pessoais dos pacientes são informados ao assistente social, assim como o motivo de estar solicitando a continuidade do tratamento na rede pública de saúde (convênio não cobre o tratamento, não possui condições financeiras para arcar com um tratamento particular), que analisa, relata e envia ao Sistema CROSS,

anexando cópias do RG – CPF – Comprovante de endereço – Cartão do SUS – Exames laboratoriais, inclusive a biópsia e laudos médicos.

Os conceitos analisados foram: Projeto Ético Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária (Bravo, Mattos, 2011); A categoria Processo de Trabalho e o trabalho do assistente social (Barbosa; Cardoso; Almeida, 1998); Relações Sociais e Serviço Social no Brasil (Iamamoto, 1997) e O Capital: Crítica de Economia Política (Marx, 1983), entre outros.

As questões norteadoras levantadas pela presente monografia, dissertará sobre de que maneira é organizado o atendimento pelo Sistema Único de Saúde, aos pacientes oncológicos diagnosticados nas redes privadas e precisam efetuar o tratamento pela rede pública de saúde?

Quais os principais desafios enfrentados pelos assistentes sociais do Município de Osasco no apoio ao paciente oncológico e de que forma o Serviço Social pode contribuir para a garantia do acesso desses pacientes a esse serviço de saúde, sendo que o tratamento é ofertado pelo Estado, cabendo somente a ele a disponibilização de vagas para início, ficando a cargo do Município a atribuição de informar a esse paciente a existência de uma lista de espera e, que, o início não será imediato?

O trabalho será assim apresentado,

No primeiro capítulo será feito um resgate histórico da saúde pública brasileira, destacando pontos primordiais até a criação do SUS, evidenciando a prática do assistente social no acolhimento ao paciente com câncer, visando sempre dar uma direção para as demandas apresentadas e garantir os direitos sociais, tentando amenizar a longa caminhada deste paciente, sempre obedecendo o Código de Ética do Profissional do Serviço Social.

No segundo capítulo será abordado as características físicas, emocionais, sociais e familiares na trajetória da doença e a relação entre pacientes e as equipes profissionais, que interagem em busca de proporcionar o bem estar deste paciente, através de um tratamento digno, destacando as fases que passa o paciente quando recebe o diagnóstico de uma doença, ainda considerada uma sentença de morte, a importância da família no processo de aceitação e tratamento do ente querido e a

função do profissional do Serviço Social dentro da equipe multiprofissional no acompanhamento desse tratamento.

O terceiro capítulo dissertará sobre a sociedade no trabalho, o serviço social e o trabalho do assistente social na área da saúde. Destacará a legitimação e inserção do Assistente Social como profissional da saúde, trazendo os conceitos fundamentais para a atuação na área da saúde, assim como os princípios fundamentais, inclusos no Código de Ética da Profissão.

Por fim, o trabalho tem o intuito de contribuir para a valorização do assistente social atuante na saúde, que mesmo enfrentando uma série de dificuldades, acolhe as demandas apresentadas, contribuindo para que os pacientes tenham seus direitos à saúde garantidos como determina o art. 196 da Constituição Federal de 1988.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O objetivo principal deste primeiro capítulo é recuperar a trajetória da Política de Saúde no Brasil, resgatando os antecedentes históricos até o presente momento. Aspectos importantes serão destacados como a criação das CAPs e IAPs, a Revolta das Vacinas, a criação do INPS, INAMPS, SUDS, até a criação do SUS (Sistema Único de Saúde).

2.1 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A história da saúde no Brasil, foi construída baseada na caridade (filantropia religiosa) nas figuras do pajé e boticário, que agiam como fiscais da higiene pública e nos afastamentos dos doentes do resto da população, focando somente no tratamento do corpo deixando sem importância o ambiente em que viviam. Com a vinda da família real ao Brasil em 1808, teve início a fundação de Universidades de Medicina, melhorando a situação sanitária, principalmente nos portos. Após a Proclamação da República em 1889, os problemas sanitários ainda eram recorrentes nas cidades deixando-as vulneráveis a proliferações de endemias e epidemias. A mudança do cenário foi iniciada em 1897, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, que em 1903, coordenada por Oswaldo Cruz começa uma campanha de sanitização domiciliar, destruindo os cortiços e a remoção da população mais pobre para a periferia, ocasionando a Revolta das Vacinas, um motim popular ocorrido na então capital do Brasil, Rio de Janeiro no período de 10 a 16 de novembro de 1904, quando foram vacinados contra a varíola, todos os brasileiros com mais de seis meses de idade. O povo descontente com essa obrigatoriedade, se manifestou contra a Lei da Vacinação Obrigatória, e incluíram no manifesto também, a insatisfação pelos serviços públicos prestados na época. Outras ações também foram executadas como a caça ao mosquito, ou em relação a alguma doença específica, e isso já representava avanços no combate as endemias que se espalhavam pelas cidades, mesmo que a população não possuísse recursos para custear uma assistência à saúde. Em 1923, com a Reforma Carlos Chagas, houve a tentativa de ampliar o atendimento à saúde. Através do decreto 4682 de 24 de janeiro de 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecido como a Lei Elói Chaves, que consolidou a base do sistema previdenciário no Brasil, inicialmente para os empregados da rede ferroviária, com posterior abrangência para todas as categorias. A Lei considerava empregados os prestadores de serviços mediante ordenado

mensal, como os operários diaristas, de qualquer natureza, que executavam serviço de caráter permanente, ou seja, os que tinham mais de seis meses de serviços contínuos em uma mesma empresa. (BRASIL, 1923)

De acordo com Bravo (2006), as CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados e os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Em 1933, as CAPs foram substituídas pelos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que englobava uma quantidade maior de trabalhadores assalariados. Na tentativa de antecipar possíveis reivindicações, e não na ampliação de serviços, focando em acumular reservas financeiras. Ainda nessa época, a legislação vigente procurou marcar a diferença entre assistência social e previdenciária, até então inexistente.

Em 1953, com a Lei 1920 de 25 de julho, houve a divisão do Ministério da Educação e Saúde em Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde. A partir de então, o Ministério da Saúde passou a se encarregar das atividades relacionadas aos problemas de saúde pública, que até então era responsabilidade do DNS (Departamento Nacional de Saúde).

Através do decreto 72 de 21/11/1966, com a fusão das CAPs e IAPs, foi criado o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), um órgão público previdenciário federal, ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, com intuito de contratar serviços privados para a área da saúde, intencionando a ampliação das ofertas de trabalho, fortalecendo o movimento para a privatização de setor. Era mantido com recursos advindos das contribuições de empregados e empregadores, e passou a se responsabilizar pelos benefícios oferecidos como aposentadorias, pensões, seguros por acidentes de trabalho, salário família e maternidade.

Através da Lei 6439/77, foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), que transferia partes das funções exercidas pelo INPS para novas instituições. Ao INAMPS coube a responsabilidade da assistência médica aos contribuintes da previdência e a gestão financeira ficou a cargo do IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência, permanecendo no INPS, apenas a

competência para a concessão de benefícios. Foi extinto em 1993 pela Lei 8689, e suas competências foram transferidas para o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988.

Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. Considerada a 1ª declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da atenção primária em saúde, e em seus primeiros itens reafirmam a saúde defendida pela OMS como o completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Salaria também a desigualdade social nas políticas de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, estimulando todos os países a cooperar na busca pelo objetivo comum da saúde, fatos que contribuem para a qualidade de vida e para a paz mundial, defendendo essa cooperação como direito e dever de todos, individual e coletivamente.

Nos anos de 1980, o Brasil passa por um período de democratização, enfrentando também uma profunda crise econômica que Bravo (2006), assim definiu:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. (BRAVO, 2006, p.8).

Neste período teve início as reivindicações sobre a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização; o financiamento efetivo e a participação social através de Conselhos e das Conferências de Saúde.

Em 1986, foram lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizador único. A saúde é vista como um dever do Estado. Num debate com mais de 4000 participantes, 135 grupos de trabalho, objetivos claros, contribuíram para a formulação de um novo sistema de saúde, e subsidiaram as discussões sobre o setor na futura Constituinte. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada

entre os dias 17 e 21 de março de 1986, e foi um marco importante no estabelecimento do novo sistema de saúde, o SUS. Na Conferência, foram debatidos temas como a saúde sendo garantida pelo Estado, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

Após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, segundo Cordeiro (1988), o governo teve de assumir a bandeira da reforma sanitária, acoplando à política das AIS medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação, entre outras, obtendo com isso melhoria nos indicadores de mortalidade e morbidade vigentes no país. (BRAVO, 2006, p.11).

Em julho de 1987, foi criado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. As Secretarias Estaduais de Saúde foram muito importantes nesse movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar nos SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS. (BRASIL, 1988).

Em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição Federal, também chamada de “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Até a criação do SUS, a saúde não era considerada prioridade no país. Como já citado anteriormente, era indicada somente em casos de endemias ou pandemias, por afetarem a economia da época, ou então, para os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, vinculados ao setor formal. De acordo com BRASIL (1988), a partir da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece-se a saúde como direito.

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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).

Em 17 de maio de 1988, na 267ª Sessão da Assembleia Nacional Constituinte, foi criado o SUS, passando a garantir assistência à saúde gratuita e integral a toda população, independentemente de ser contribuinte ou não de algum sistema previdenciário, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e passou a fornecer atendimentos médicos, medicamentos, vacinas, financiamento de pesquisas na área epidemiológica e fiscalização de alimentos oferecidos em estabelecimentos comerciais.

O SUS é fruto de um longo processo de construção política e institucional que denominamos anteriormente de Reforma Sanitária, movimento que objetivou a transformação das condições e da atenção à saúde da população brasileira, desde o período da ditadura militar, enquanto regime de governo que vigorava na época (BRASIL, 2000).

De acordo com o Preâmbulo da Carta de Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS (1946), todo indivíduo, independente de cor, raça, situação socioeconômica, religião e credo político, deve ter sua saúde preservada. O SUS estabelecido pela Constituição Federal de 1988, adequou seus serviços e ações de saúde, de forma que se viabiliza a toda população, reiterando o que diz o Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar; inclusive, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez,

velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

A regulamentação da saúde como direito foi instituída através da Lei 8080 de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e em seu art. 1º regula em todo o território nacional as ações e serviços executados isolada ou conjuntamente em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

A Lei 8142 de 20/12/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990).

Essas leis são fundamentais para que a população seja integrada nas decisões e práticas das políticas públicas de saúde, de acordo com o que estabelece o art. 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
 I – Descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
 II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 III – Participação da comunidade: (BRASIL, 1988)

São essas leis, também, que vão direcionar a prática de todos os profissionais de saúde: a universalidade, a integralidade e a equidade. O Sistema Único é formado por várias instituições nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), e complementarmente pelo setor privado de saúde, tendo por princípios ideológicos e edificadores (BRASIL, 1990).

A partir de então, os serviços e atendimentos dos SUS passam a decorrer pautados nos princípios e diretrizes que vão direcionar a prática dos profissionais de saúde: a universalidade, a integralidade e a equidade. Nas palavras de Westphal e Almeida (2001), definem-se como

I - Universalidade - todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir com isso a figura do "indigente - para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).
 II - Equidade - todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme suas necessidades. Os serviços de saúde

devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

III - Integralidade — as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária etc.); Recuperação (atendimento médio, tratamento e reabilitação para os doentes). (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p.35).

Constituído em 1988, o SUS somente vai ser regulamentado em 1990 e há que se ressaltar que quando foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde - Lei nº 8080 (BRASIL, 1990) e nº 8142 (BRASIL, 1990) Regulamenta-se o SUS no final de 1990, mas o processo de descentralização da saúde se inicia, de forma mais concreta, a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do INAMPS - com a criação das NOBs - Norma Operacional Básica, com destaque para a NOB 1/91 (BRASIL, 1991) – seguida pela a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (BRASIL, 1992), a NOB 1/93 (BRASIL, 1993) e a NOB 1/96 (BRASIL, 1996), estas últimas emitidas pelo próprio Ministro da Saúde.

Em 26 de janeiro de 2001, foi criada a NOAS - 2001 e em 27 de fevereiro de 2002, foi instituída a NOAS-2002(Norma Operacional de Assistência à saúde cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais, estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços. (BRASIL, 2002).

No início do ano de 2006 através Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro, foi aprovado o Pacto pela Vida, um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impactos sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, que até 2006, definia as 6 primeiras prioridades, e em 2008 foram acrescentadas mais 5 prioridades, num total de 11 (BRASIL,2008)

- I – Atenção à saúde do idoso;
- II – Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - Redução da mortalidade infantil e materna;
- IV – Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids;
- V – Promoção da saúde;
- VI – Fortalecimento da atenção básica;
- VII – Saúde do trabalhador;
- VIII – Saúde mental;
- IX – Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X – Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- XI – Saúde do homem, (BRASIL, 2008)

De acordo com um balanço feito por Nelson Rodrigues dos Santos, militante histórico do Movimento Sanitarista Brasileiro, em 2008,

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidas por 27 mil equipes de Saúde de Família. Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de rádio e quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado de aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (SANTOS, 2007, p.39).

Conclui ainda que:

Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das comissões Inter gestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores

éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007, p.39).

O Brasil, um país com mais de 212 milhões de habitantes possui um dos maiores e melhores sistemas de saúde do mundo. É referência na assistência médica, fornecimento de medicamentos e vacinas sem custo ao usuário, independentemente de ser contribuinte ou não de algum sistema previdenciário, garantindo o direito à saúde a todos os brasileiros, conforme determinado na Constituição Federal de 1988.

2.2 A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM CÂNCER

Neste capítulo será abordado o desempenho do assistente social no acolhimento ao paciente com câncer, visando direcionar as demandas retratadas, com objetivo de atenuar a batalha que este paciente irá enfrentar, sempre pautado no Código de Ética do Profissional do Serviço Social.

No Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, nas palavras de Ferreira (2004),

ACOLHIMENTO é o ato ou efeito de acolher, recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho. ACOLHER significa dar agasalho ou acolhida a, hospedar. Atender, receber. Dar crédito a, dar ouvidos a. Admitir, aceitar. Tomar em consideração. Agasalhar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se (FERREIRA, 2004, p.77)

O Ministério da Saúde (2008), define

O acolhimento é a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (MS, 2008)

No serviço Social, o acolhimento, a escuta, a troca de informação e o conhecimento da situação do paciente, são partes integrantes da intervenção e Santos (2006), define

O acolhimento é um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma sequência de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo. (SANTOS, 2006, p.11).

E complementa ainda que:

No acolhimento, escutamos com o corpo todo, com nossos ouvidos, nossos olhos, nossa capacidade de perceber amplamente cada situação, mas especialmente com o coração e o conhecimento teórico de que dispomos sobre o tema abordado. Esse conjunto é essencial para a efetividade do acolhimento (SANTOS, 2006, p.11).

Como em todas as áreas, o assistente social na área da saúde, também está em constante enfrentamento das desigualdades relacionadas à questão social do usuário, estando atento ao sofrimento físico, emocional e priorizando as ações de controle social, prevenção de doenças, promoção, prevenção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais e preventivas. Sendo assim, o profissional do Serviço Social precisa estar incluído no cenário que determine o agir profissional e que necessitem de uma qualificação contínua para atuar com harmonia nas demandas da realidade social.

Nas palavras de Trindade (2001),

o Serviço Social tem seu espaço reservado na divisão social e técnica do trabalho, ao lado de outras profissões, participando da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução social (TRINDADE, 2001, p.392)

E assim, vão sendo construídas as ações e relações de trabalho que as demandas atribuídas à intervenção do assistente social, a busca de um projeto comprometido e na incansável defesa dos princípios determinados no Código de Ética da Profissão: liberdade, democracia, igualdade e equidade social.

E mesmo diante disto, muitas vezes, a saúde, é vista com um direito para alguns e não para todos. Na definição de Nogueira e Mioto (2006),

é direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica, a qual classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o

mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde (NOGUEIRA E MIOTO 2006, p.5).

Na fase de acolhimento, o paciente oncológico, encontra o profissional do Serviço Social sempre à disposição com uma escuta qualificada, dialogando, analisando, observando, com o propósito de amenizar suas aflições e garantindo o cumprimento dos seus direitos, pois sabe que esse paciente já chega debilitado frente ao diagnóstico da doença.

3 ESTAR DOENTE E OS ASPECTOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Neste capítulo, abordaremos as etapas do diagnóstico do câncer, do longo processo de tratamento, dos sentimentos, da convivência familiar e social, as características emocionais, familiares e sociais, assim como a relação do paciente com as equipes de profissionais.

3.1 CARACTERÍSTICAS EMOCIONAIS, SOCIAIS E FAMILIARES NA TRAJETÓRIA DA DOENÇA NO PACIENTE ONCOLÓGICO

Quando a pessoa adoece, passa a apresentar anomalias na estrutura ou no funcionamento do organismo. Estas anomalias são provenientes de fatores tanto externos quanto internos, podendo causar vários danos físicos, mentais e sociais, e podendo inclusive levar a pessoa à morte. A lista de doenças é gigantesca, porém aqui, a ênfase será o câncer.

De acordo com o INCA (Instituto Nacional do Câncer) -Ministério da Saúde (1996)

câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras partes do corpo. (MS,1996)

Na definição de Silva (2005) e Chiattonne (1996),

a origem da palavra câncer vem do grego *Karkinos* e do latim *Câncer*, ambos significando caranguejo, pela semelhança entre as veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo, embora alguns

acreditassem que o nome teria relação com o fato da doença evoluir de modo semelhante ao movimento do animal. (SILVA,2005; CHIATTONE, 1996; p.75)

Ainda segundo Silva (2005)

Esta é uma doença antiga, existindo registro de sua presença desde os mais remotos anos da história, na forma de um osteoma na vértebra de um dinossauro há 50 milhões de anos. Além disso, foram encontrados documentos rudimentares da literatura hindu e persa, que demonstraram conhecimentos rudimentares sobre a doença (SILVA, 2005, p.89).

Segundo o Registro Hospitalar de Câncer de São Paulo, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2019, foram registrados 905.556 casos de câncer, que chegam aos hospitais públicos, sem tratamento prévio, diagnosticados ou não com câncer, e 185.022 casos de pacientes que chegam aos hospitais oncológicos com o tratamento já iniciado em outras instituições. De acordo com esses registros, fica evidente a importância do SUS no tratamento oncológico. Demonstra que a maior parte dos pacientes não tem acesso ao sistema privado de saúde, e quando tem, muitas vezes, preferem o sistema público para evitar a burocracia dos convênios médicos, consideram o tratamento público de melhor qualidade, inclusive com o fornecimento de medicamentos gratuitos e o acesso aos hospitais de referências em tratamento do câncer do Estado de São Paulo, onde, geralmente atuam os melhores especialistas da área oncológica. A distribuição proporcional dos tumores entre homens e mulheres ocorrem de forma semelhante, com cerca de 50% em cada sexo, com idade entre 0 e 70anos ou mais, sendo essa última faixa etária, os mais atingidos.

Estudiosos e especialistas na área oncológica, entre eles, O Dr. Oswaldo Passos Filho – Instituto do Câncer Rio Preto, em São José do Rio Preto/SP: Dr Ramon Andrade de Mello – Hospital Israelita Albert Einstein, no Morumbi/SP e a Dra. Ana Gabriela Caldas do Hospital São Domingos em São Luís/MA, referem-se ao câncer como um problema de saúde pública nacional e internacional, e afirmam que 60% dos casos são curáveis e 40% não são curáveis, podendo, no entanto, ser controlado.

Formado por tumores que se caracterizam pelo acúmulo de células cancerosas, nem todo câncer é maligno, e apesar de todo o avanço da medicina, e tratamentos disponíveis, seu diagnóstico, muitas vezes, ainda é recebido como uma

sentença de morte, causando diversos tipos de reações físicas, psicológicas e sociais no paciente, atingindo também, os familiares.

Nas palavras de Venâncio (2004),

o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte. Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento, o paciente vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao futuro, aumentando assim sua ansiedade (VENANCIO,2004, p.55-63).

Segundo Taylor (2005),

os pensamentos automáticos mais comuns em um paciente diagnosticado com uma doença crônica podem ser divididos em três eixos:

1 - Sofrimento físico: *Eu serei capaz de suportar este sofrimento?*

2 - Qualidade de vida: *eu serei capaz de comer o que eu gosto novamente? Como isto afetará a minha vida sexual?*

3 - Mortalidade: *eu vou morrer?* (TAYLOR, 2005, p.63).

O diagnóstico do câncer abala a estrutura física, emocional e social do paciente, que vive na incerteza do futuro. Torna-se inseguro temendo seu sofrimento físico, a situação econômica, pois os gastos, apesar do tratamento ser gratuitamente fornecido pelo Estado, aumentam significativamente com uma alimentação balanceada, ou com algum medicamento que esteja indisponível na rede pública. O seu emocional também fica abalado temendo os efeitos do tratamento como a quimioterapia e radioterapia que causam mal-estar, ansia, dores de cabeça, queda de cabelo e emagrecimento exagerado, deixando a pessoa vulnerável perdendo totalmente a esperança de cura, achando que a morte está próxima, além de ter a sensação de piedade de todos que estão ao seu redor.

Segundo Correia (2000, citado por Porto, 2004), o câncer desencadeia reações devastadoras tanto no âmbito orgânico como no emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desorganização psíquica, conseqüências estas que, de acordo com Penna (2004), vão depender da localização, do estágio da doença e do tratamento.

E esse sentimento de angústia, desespero torna o paciente totalmente vulnerável a depressão, principalmente quando ele não aceita a doença, afetando seu relacionamento familiar e social. Ele vê nesse isolamento social um refúgio para seus anseios e o medo do futuro. Quando se encontra numa fase crítica da doença, fazendo-se necessário a hospitalização, para que possa ter um melhor acompanhamento dos profissionais, a situação torna-se angustiante, pois além de afastar o paciente do convívio familiar e social, precisa enfrentar a incerteza de que o tratamento seja satisfatório. Para acalantar essa situação é importantíssimo que o tanto o local de tratamento como os profissionais envolvidos sejam dignos, humanos e acolhedores, contribuindo assim, para a redução das angústias, medos e dúvidas dos pacientes e seus familiares.

Para Simonetti (2008), o recebimento do diagnóstico de uma doença grave como o câncer possui as seguintes fases:

- Fase 1 – Reacional: a doença é um evento em que tudo o mais perde importância ou passa a girar em torno dela, resultando em negação, revolta, depressão e enfrentamento (sem ordem fixa);
- Fase 2 – Negação: é a primeira reação diante da doença, sendo diferente de desconhecimento, variando de forma e ocorrendo por falta de condições psicológicas da pessoa doente;
- Fase 3 – Revolta: é a reação dirigida contra a doença, o médico, os enfermeiros, a família, pois para o doente a situação de doença não é justa, se caracterizando pela frustração, raiva e depressão, em vista das limitações impostas pela doença. Possui estreita ligação com a reação de agitação (choros, gritos e agressões), em decorrência da injustiça da doença, que é entendida como um castigo. No entanto, se caracteriza, também, como um estado de estresse, que é um estado de prontidão para a luta.
- Fase 4 – Depressão: é a entrega passiva à doença, em sinal de desistência, desesperança na cura e tristeza, em que o silêncio é mais comum. Pode chegar ao nível patológico em vista da melancolia e do sentimento de luto e impotência, principalmente perante uma doença grave.
- Fase 5 – Enfrentamento: É uma reação às outras posições, uma mistura entre a luta e o luto, uma polaridade e uma estratégia humana para lidar com mudanças, em decorrência do adoecimento e em busca de soluções do tipo realista, misturando potência e impotência em relação à doença e, dessa forma, não negar a doença. É uma posição de fluidez emocional partilhada com a família. (SIMONETTI, 2008, p.151).

Para Almeida (2010), no entanto, o preconceito identificado por portadores de doença oncológica explicita também a possibilidade da recorrência da doença, quando trazem em seu discurso a falta de credibilidade na cura. É interpretado dessa

maneira pois o câncer ainda é considerado uma doença incurável, deixando o paciente na constante incerteza em relação ao futuro.

Nas fases mais avançadas da doença, o paciente passa a depender da família, estando o nível de dependência associada ao avanço da doença. A família será parte fundamental para o acompanhamento nesses períodos críticos da doença. Os limites começarão a fazer parte desta realidade, e o apoio físico e emocional dispensado pela família será imprescindível, pois os limites começarão a fazer parte do cotidiano. A mudança de estilo de vida, será radical, tanto para o paciente quanto para seus familiares.

Almeida (2010) afirma que

o tratamento do câncer é longo e com grande desgaste emocional e físico e requer persistência e esperança do paciente e da família. Toda a doença é uma situação traumática e com o câncer não é diferente. É uma doença que traz consigo o estigma da morte e a relação equipe-paciente mostra-se com características bem diferentes de situações menos graves. Portanto, é fundamental uma equipe que se compadeça e que tenha competência técnica para lidar com as diversas fases da doença oncológica (ALMEIDA et al., 2010, p.64).

A família tem papel determinante nessa trajetória de acompanhar o ente querido, uma vez que deixou de ser uma atribuição somente dos profissionais da saúde, passou a ser um trabalho conjunto, ficando a cargo da família a responsabilidade de garantir a continuação do tratamento em casa e garantindo uma melhor qualidade de vida. Quando esse paciente é o principal provedor da família, as responsabilidades aumentam, pois precisam, além, da atenção, do carinho, precisam também se preocupar com cumprimento das necessidades financeiras de toda a família. Assim define Ferreira (2010):

As atividades familiares necessitam ser modificadas ao longo da experiência do câncer, devendo cada membro se adaptar às fontes de tensão, às atividades restritas no dia a dia e ao aumento das responsabilidades e menor flexibilidade. A família une-se em torno de um objetivo comum: ajudar o familiar necessitado em tudo que for possível e estiver ao seu alcance. Para o doente, receber este apoio emocional e contar com a participação direta desses familiares em seu cuidado é de grande importância para o enfrentamento (FERREIRA, 2010, p.273).

A família do paciente oncológico também requer uma atenção personalizada. A rotina será drasticamente alterada, a estrutura familiar ficará comprometida, seja na parte física, emocional, financeira ou social, necessitando também de um apoio social:

Quando a família percebe o apoio social, há um estímulo maior para o enfrentamento das dificuldades inerentes à doença e sua terapêutica, fato que justifica o papel fundamental do apoio, não somente na manutenção da saúde do doente, mas também na prevenção de doenças da família. O apoio social, permite que as pessoas trabalhem suas emoções e sentimentos, aumentando seu bem-estar subjetivo, sua autoestima e sua satisfação com a vida (RODRIGUES, FERREIRA; CALIRI, 2013, p.292).

O caminho a ser percorrido é longo, e inúmeros obstáculos surgirão, sendo necessário contar com o suporte familiar e profissional para vencer a batalha diária que é o tratamento oncológico.

3.2 RELAÇÕES ENTRE PACIENTES E AS EQUIPES PROFISSIONAIS.

Equipe multidisciplinar é o nome dado a uma equipe de profissionais que trabalham em torno de um mesmo objetivo, o bem estar do paciente. Interação em prol do diagnóstico, tratamento e recuperação desse paciente.

O primeiro passo para o sucesso nas profissões relacionadas à saúde do homem é ter uma boa compreensão do ser humano, das suas necessidades, capacidades e desejos (...). Qualquer ação humana precisa estar orientada no sentido da valorização da pessoa e da autoafirmação do ser (...) (OLIVIERI, 1985, p.81)

Straub (2005) afirma que o “relacionamento entre paciente e profissional de saúde é a base de todo tratamento e que a qualidade desse relacionamento tem impacto direto sobre a saúde”.

Independente do avanço da doença ou da possibilidade ou não de cura, o paciente precisa de cuidados intensos, necessitando de vários profissionais, médicos psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas entre outros. Essa equipe multidisciplinar interage entre si, desempenhando uma função específica em torno de um objetivo comum, a recuperação do paciente.

Hermes e Lamarca (2013) ponderam que

A troca de informações e discussão de cada caso e de cada etapa do processo torna-se de fundamental importância para que o cuidado do paciente seja no aspecto físico, psíquico, social e espiritual, uma vez que todas as atenções devem estar focadas de maneira integral e total,

buscando sempre habilidades e estratégias que irão propiciar ao paciente e familiares um melhor enfrentamento diante da aproximação da morte. (HERMES; LAMARCA, 2013, p.2588).

A equipe multidisciplinar passa a fazer parte da vida do paciente e de sua família, presenciando suas alegrias, tristezas, preocupações, incertezas. Fica atribuída a essa equipe, a função de pesquisar, estudar, conversar, garantindo que essa família, junto com o paciente, estejam sempre bem informados sobre os avanços, ou a insatisfação do tratamento.

Para Pinho (2006), “a incorporação deste novo modelo no atendimento em saúde capacita o profissional a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar, integrada e humanizada, tornando-o numa realidade insofismável e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações”. Envolve conhecimento e prática de diversos profissionais a depender das necessidades apresentadas.

Com o reconhecimento do assistente social como profissional da saúde, este, assume numa equipe a função de identificar as necessidades do usuário, e em quais contextos sociais está incluído, fazendo uso de instrumentais como observações, entrevistas, visitas domiciliares e hospitalares entre outros para a operacionalização do seu trabalho.

Para Guerra (2000),

A instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível cotidiano. (GUERRA, 2000 p.231).

A prática profissional do assistente social na saúde, pode ser verificada em diversas dimensões, garantindo os direitos dos usuários de acordo com o já citado art. 196 da Constituição Federal de 1988, onde determina que “saúde é um direito de

todos e dever do Estado”, em conformidade com a Lei Orgânica da Assistência Social, (LOAS,1993) que em seu artigo 1º dispõe que

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (LOAS, 1993)

O assistente social é o profissional habilitado para atuar numa equipe multidisciplinar analisando a situação social, utilizando seu saber prático-teórico, como afirma Paiva (2008)

como trabalhador especializado, o assistente social deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ético-política ou interpretação teórico-metodológica. (PAIVA, 2008 p.52).

A equipe multiprofissional deve estar em conexão, no sentido de oferecer um cuidado integral, abrangente, utilizando todos os recursos disponíveis e necessários ao conhecimento dos sintomas e objetivando uma melhor qualidade de vida que vise influenciar o modo como o paciente responde ao tratamento e questões relacionadas ao adoecer e morrer, pautando suas perspectivas na redução de problemas físicos, psicológicos e sociais, interagindo e mantendo sempre uma boa comunicação.

4 CATEGORIA TRABALHO E A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo discorrerá sobre o trabalho, alicerce da sociedade, definindo as formas de se relacionar com a natureza; o trabalho e o Serviço Social, que através de suas lutas, simbolizam a conquista do trabalhador por condições de vida melhores; e, finalmente, o reconhecimento do assistente social como profissional da saúde e sua atuação na área.

4.1 O TRABALHO COMO CATEGORIA

Trabalho, segundo o dicionário da Língua Portuguesa, significa aplicação de atividade; serviço; esforço; fadiga; ação ou resultado de um esforço.

No entendimento de vários autores, a palavra trabalho é de origem latina: tripalium (três paus) – que seria um instrumento utilizado para subjugar os animais e forçar os escravos a aumentar a produção. O tripalium seria um instrumento de tortura, de demonstração de força. Atualmente, deixou de ser assim classificado, por não mais se referir a atividades estafantes, insalubres e penosas, sendo atribuído uma forma mais amena de entendimento.

O trabalho é o alicerce da sociedade, determinando as formas de relacionamento com a natureza e na produção de valores atendendo as necessidades do homem e é através dele que o homem modifica a natureza, buscando prover suas necessidades essenciais.

Para Luckács, (1981)

O trabalho é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (utensílios, matéria-prima, objeto do trabalho etc.) como orgânica (...), mas antes de tudo assinala a passagem, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social (LUKÁCS, 1981, p.14).

No início da humanidade, o homem, já realizava atividades primitivas que lhe garantissem a sobrevivência, como a colheita de alimentos, pesca e caça que eram exclusivamente ofertados pela natureza. Com a evolução, e a insuficiência de produtos oferecidos por essa natureza para a manutenção da sociedade, o homem, foi dominando as técnicas de plantar e colher, aprendeu a manejar animais, começando assim, a desempenhar atividades que deram início as trocas e posteriormente a compra e venda de mercadorias. Atividades que, em termos modernos, seria chamado de trabalho e, através de sua realização o homem consegue transformar o meio ao qual pertence e a si próprio.

Dois momentos mútuos formam a categoria trabalho, a prévia-ideação, que é a capacidade humana de pensar no processo de trabalho, premeditando a ação e estipulando os fins e os meios. O outro momento é a objetivação que é a prática e a materialização desta ideação, que revela em si, as características da subjetividade do seu criador.

Para Marx, a essência do ser humano está no trabalho e o configura como a interação entre a natureza e o ser humano, que a altera, visando alcançar o seu propósito, ou seja, é a forma pela qual o homem se apodera da natureza com o

objetivo de atender suas necessidades.

O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]. (MARX, 1985, p.153)

O trabalho, nos seus elementos simples, é aquele produtor de valores de uso

[...] a existência [...] de cada elemento da riqueza material não existente na natureza, sempre teve de ser mediada por uma atividade especial produtiva, adequada a seu fim, que assimila elementos específicos da natureza a necessidades humanas específicas. Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana. (MARX, 1985, p.50)

O homem é capaz de pensar, de idealizar produtos para suprir suas necessidades, prevendo o resultado antes mesmo de dar início a realização, tornando-o diferente de outros animais. Para Marx (1983), “A categoria trabalho, na sua centralidade faz que o homem, ao trabalhar o mundo objetivo, se prove de maneira efetiva como um ser genérico”, confirmando a relevância do trabalho, vital na formação do homem e da sociedade.

Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente (MARX, 2013, p. 255-256).

O trabalho foi a peça fundamental que permitiu responder às carências desse ser natural, que se humanizava, conformando-se como ser social.

Ainda na concepção de Marx (1974), os homens se diferenciam dos animais mais por produzirem seus próprios meios de vida, possibilitando elaborarem indiretamente a sua própria vida material.

Como atividade que visa, de uma forma ou de outra, à apropriação do que é natural, o trabalho é condição natural da existência humana, uma condição do metabolismo entre homem e natureza, independentemente de qualquer forma social. Ao contrário, trabalho que põe valor de troca, é uma forma especificamente social do trabalho. (MARX, 1974, p.148)

O trabalho tem início quando o homem se relaciona com a natureza produzindo

instrumentos capazes de suprir as necessidades de sobrevivência. A posteriori, foi se aperfeiçoando, abrindo espaço a novas atividades e objetivos. As mudanças estimuladas por esse processo ativa potenciais adormecidos evidenciando habilidades somente desenvolvidas pelo homem. O trabalho é o marco inicial da humanização do homem, do aprimoramento de suas habilidades para ter domínio sobre si mesmo e a transformação do meio natural.

4.2 APROPRIAÇÃO DO TRABALHO NA SOCIEDADE

O trabalho deve ser analisado, considerando as relações sociais. Na perspectiva marxista, o trabalhador está subordinado, no sistema capitalista, ao propósito de reproduzir e expandir o domínio material e político da classe capitalista, enquanto a classe trabalhadora assalariada a fim de sobreviver”

Marx (1983), afirma que o capitalismo explora de forma maçante o trabalhador, independente da necessidade da sua força de trabalho para sua produção

[...] o trabalho é exterior ao trabalhador, ou seja, não pertence à sua essência, [...] portanto ele não se afirma, mas se nega em seu trabalho, [...] não se sente bem, mas infeliz, [...] não desenvolve energia mental e física livre, mas mortifica a sua physis e arruína a sua mente. Daí que o trabalhador só se sinta junto a si fora do trabalho. Sente-se em casa quando não trabalha e quando trabalha não se sente em casa. O seu trabalho não é, portanto, voluntário, mas compulsório, trabalho forçado. Por conseguinte, não é a satisfação de uma necessidade, mas somente um meio para satisfazer necessidades fora dele. (MARX, 1983, p.153).

Nesse sentido, na afirmação de Marx (1983), no capitalismo, a reprodução do capital se dá imediatamente pela apropriação da mais-valia; o que move o capitalismo é a produção do valor de troca, da mais-valia.

Na explicação de Marx, o sistema de mais-valia, é baseado na exploração do capitalismo, onde o produto que o trabalhador produz, é convertido em mercadorias com o propósito de lucrar, fazendo com que os trabalhadores, donos da mão de obra, sejam remunerados com valores inferiores aos trabalhos executados.

A mais-valia demonstra a exploração do trabalhador pelo patrão, como ocorre, por exemplo, quando este trabalhador realiza várias tarefas, mas é remunerado por apenas uma delas. O lucro obtido pertence ao patrão, que acumula riquezas, e o trabalhador, se submete a tal situação por não ter alternativa.

Lessa (2009), pondera que assim, como para o capital o que interessa é o lucro, ele reduz a este denominador comum todas as atividades humanas.

O trabalho abstrato é precisamente isso: o processo social pelo qual o capital, em sua autovalorização, desconsidera as diferenças ontológicas entre as diferentes práxis sociais reduzindo-as, todas, àquilo que, para ele, é essencial: as suas diferentes capacidades de produzir mais-valia. (LESSA, 2009, p.05).

Lessa (2009) afirma que entre o trabalho concreto e o trabalho abstrato há uma considerável distinção ontológica. Para o autor, o trabalho abstrato além de incluir o intercâmbio orgânico com a natureza, também inclui uma vasta gama de atividades que não realizam o intercâmbio com a natureza. Deste modo, “não há qualquer identidade possível entre o trabalho e o trabalho abstrato porque são relações sociais que atendem a funções sociais inteiramente distintas” (LESSA,2009). Entre o trabalho concreto e o abstrato não há uma identidade e sim uma diferenciação. Assim, “entre o trabalho e o trabalho abstrato pode haver uma superposição, mas, jamais uma identidade” (LESSA,2009) ... O trabalho abstrato, como denominou Marx, pode ser produtivo ou improdutivo, ele pode ser ou não produtor de mais valia. O trabalho produtivo é aquele que produz um excedente para o capitalista e ainda é fonte de remuneração do trabalhador. Segundo Marx (1987)

Trabalho produtivo no sentido da produção capitalista é o trabalho assalariado que, na troca pela parte variável do capital (a parte do capital despendida por salário), além de reproduzir essa parte do capital (ou valor da própria força de trabalho), ainda produz mais-valia para o capitalista. (MARX, 1987, p.132).

Na concepção de Marx (1987) o trabalho produtivo é aquele que gera a mais-valia para os proprietários dos meios de produção não para o proletário, executor do trabalho. No capitalismo, trabalho produtivo, é aquele que produz a mais-valia, que gera excedente, ou seja, é o trabalho que produz capital.

O trabalho improdutivo, é aquele que não produz mais-valia. Para Dias (2006), baseada em Marx, para um trabalho ser improdutivo, o trabalho de seus trabalhadores deve ser trocado diretamente por renda; não produzir mercadorias e sim valor de uso,

uma pequena parcela destes trabalhadores improdutivos produz valores de uso concreto. No entanto, a autora explica que há uma semelhança entre o trabalhador produtivo e o trabalhador improdutivo, a força de trabalho de ambos é uma mercadoria, vendida ao capitalista por um determinado valor, ou seja, o salário.

Outra semelhança observada, é que o valor da força de trabalho dos dois é determinado de modo igual, pelo que custa para sustentá-lo, e pelo que o trabalhador precisa para reproduzir sua força de trabalho. Considerando as diferenças, tanto os trabalhadores produtivos, como os improdutivos fazem parte do processo de produção do capital. Para Lessa (2009),

Uma parte do trabalho abstrato produz a mais-valia, uma outra parte realiza a transformação dessa mais-valia em dinheiro (mediação imprescindível para que possa retornar à produção como capital) e, uma terceira, como os funcionários públicos, apenas prestam serviços imprescindíveis (com as devidas mediações) à dominação de classe e, portanto, à continuidade da valorização do capital. (LESSA, 2009, p.07).

No capitalismo, o trabalho abstrato ganha forma de trabalho alienado, disposto como trabalho assalariado, tornando-se uma mercadoria, provocando um distanciamento cada vez maior entre o trabalhador e seu trabalho, levando-o a pensar que esse caráter de alienação do trabalho abstrato, seja naturalmente determinado na sociedade.

4.3 O TRABALHO E O SERVIÇO SOCIAL

O capitalismo foi marcado pelo surgimento de várias profissões que garantissem a manutenção do funcionamento do sistema capitalista, que passaram a auxiliar no processo de reprodução do capital, E por deixarem de produzir mais-valia, são consideradas improdutivas.

[...] a monopolização dá corpo a uma generalizada burocratização da vida social, multiplicando ao extremo não só as atividades improdutivas stricto sensu, mas todo um largo espectro de operações que, no “setor terciário”, tão somente vinculam-se a formas de conservação e/ou de legitimação do próprio monopólio (NETTO, 2007, p.22).

Na época dos monopólios, a classe trabalhadora passou a reivindicar melhores condições e trabalho e o Estado cria as políticas sociais.

Para Netto (2007), “as políticas sociais demandam profissionais para sua formulação e implementação”, gerando um espaço sócio-ocupacional para o Serviço Social, e o assistente social deixa de ser um executor de caridade vinculados a igreja e passa a ser um trabalhador assalariado, atuando em instituições sociais promovendo políticas e serviços sociais, executando uma prática fundamentada em métodos e na burocracia.

[...] não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação do profissional. (IAMAMOTO, 2008, p.79)

Para a autora, o processo de profissionalização do Serviço Social está vinculado ao crescimento dessas instituições de prestação de serviços sociais, geridas instituições administradas pelo Estado. São elas que vão possibilitar a expansão do mercado de trabalho para a profissão. Percebe-se que a que a profissionalização do Serviço Social está intimamente relacionada à emergência das políticas sociais e dos serviços sociais.

Isto porque a atuação profissional é, geralmente, mediatizada pelos serviços sociais prestados através de aparatos institucionais aos quais se vincula o profissional por meio de um contrato de trabalho, enquanto um dos participantes de implementação de políticas sociais e do planejamento e execução de atividades por elas previstas. Assim, as reflexões efetuadas a partir dos serviços sociais são extensivas à profissão, à medida que aqueles constituem a retaguarda de recursos ou suporte material para o exercício profissional (IAMAMOTO, 2008, p.99).

Iamamoto (2008) afirma que os serviços sociais representam uma conquista da classe trabalhadora por condições de vida melhores, através de suas lutas, “mais do que a manifestação de um possível espírito solidário e humanitário de um caricato Estado de Bem-estar Social” (IAMAMOTO,2008 p. 92). Porém, a autora adverte que outra face desta questão deve ser ressaltada. Quando o Estado encontra uma organização da classe trabalhadora na luta por seus direitos, o mesmo, juntamente com a classe burguesa, incorpora as reivindicações da classe trabalhadora como suas. Deste modo, essas reivindicações quando são absorvidas pelo Estado e pela burguesia “passam a ser devolvidas aos trabalhadores sob forma de benefícios indiretos, organizados e centralizados em instituições assistenciais e, agora

outorgados mediante uma estrutura burocratizada, sob o controle do Estado.” IAMAMOTO, 2008 p.92).

Iamamoto (2008) enfatiza que os serviços sociais, de um lado, favorecem os trabalhadores, porque através de suas lutas conquistaram alguns benefícios que suprem algumas necessidades básicas que são necessárias para sobreviver nesta sociedade.

Assim como os serviços sociais têm para os capitalistas um caráter complementar à reprodução da força de trabalho a menor custo, para os trabalhadores assalariados tais serviços são também complementares na sua reprodução física, intelectual e espiritual da sua família, já que a base de sua sobrevivência depende da venda de sua força de trabalho. Ainda que complementares não significa que sejam absolutamente secundários, especialmente face à política de contenção salarial que mantém o salário real aquém do necessário à satisfação das necessidades básicas de reprodução da família trabalhadora, como alternativa para a elevação da taxa de lucro. Tal tendência é acentuada nos períodos cíclicos de crise econômica em que as condições de vida da classe trabalhadora atingem dimensões críticas. (IAMAMOTO,2008, p.102).

Em contrapartida, esses serviços tornam-se um real instrumento político para reforçar o poder do Estado e da classe burguesa na sociedade capitalista.

[...] tornam-se um meio de não só manter a força de trabalho em condições de ser explorada produtivamente, evitando alterações substanciais na política salarial que afetam a lucratividade dos empresários, como, e principalmente, um instrumento de controlar e prevenir possíveis insubordinações dos trabalhadores que escapem ao domínio do capital. (IAMAMOTO, 2008, p.93).

O assistente social vende sua força de trabalho a inúmeros empregadores, desde que lhe forneça meios e instrumentos compatíveis com a prática profissional e o Estado, é seu maior empregador.

4.4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

O Serviço Social ganhou evidência quando as desigualdades existentes na sociedade capitalista passaram a ser classificadas como questões sociais. Com a expansão do campo de trabalho, o assistente social, deixou de ser entendido profissional propagador do assistencialismo na igreja católica, conquistando seu

espaço na atuação direta das questões sociais. Iamamoto (2001) define questão social como:

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho-, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do „trabalhador livre “, que depende da venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais. (IAMAMOTO, 2001; p.16)

Em 1948, a OMS conceitua que “saúde é o estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. A partir daí, o assistente social passou a intermediar as relações entre as instituições de saúde e os usuários, até então, responsabilidade da previdência. Inicialmente, atuava nos encaminhamentos, triagem plantões e orientações em hospitais e laboratórios.

Carvalho, Alves e Araújo (2007) consideram que a atuação do assistente social na área da saúde teve início “no final da década de 60, período em que ocorreu a unificação dos Institutos de Pensões – IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS”.

Em 1964, durante a ditadura militar, os estudantes de Serviço Social e os assistentes sociais começaram a debater sobre o conservadorismo que fundamentavam a profissão. Netto (2007) atribui que a participação da profissão em equipes multiprofissionais foi motivada pela renovação do Serviço Social, na época.

[...] inserção do assistente social em equipes multiprofissionais nas quais, dado o caráter relativamente novo destas experiências entre nós, o seu estatuto não estava previamente definido como subalterno. Enfim, posta a natureza das experiências e dos programas, relacionava o assistente social com aparelhos administrativos e decisórios do Estado, situando-o ao mesmo tempo em face de novas exigências de alocação e gestão de recurso e de circuitos explicitamente políticos. (NETTO, 2011, p.137-138)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, até hoje é considerada como um grande marco para a saúde no Brasil.

[...] sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas - sendo mil

delegados -, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento de sedimentação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final. (BRAVO, 2012, p.01-02).

Como resultados a 8ª CNS apresentou a:

[...] implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas, o mais importante foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, que traria mudanças importantes para a saúde brasileira (JÚNIOR, SILVA, MEOHAS; 2010, sem página)

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS em 1990, contribuíram para inserção do assistente social na área da saúde.

Historicamente, a atuação do Serviço Social na área se deu no âmbito curativo e individual. Somente nas décadas de 1980-1990 houve a adoção da perspectiva da saúde como uma questão política, havendo um reconhecimento interno da categoria profissional em defesa do SUS e de seus princípios (CASTRO, 2009, p.96 apud MATOS, 2003).

Para o Serviço Social, a década de 1990, foi marcado por diversos acontecimentos, como avanços políticos institucionais e acadêmicos, e de acordo com Castro (2009),

No aspecto institucional ocorreu a promulgação do Novo Código de Ética Profissional de 1993 e da Nova Lei de Regulamentação da Profissão – Lei nº 8.662/93 -, na defesa de valores como a liberdade, a democracia e a qualidade dos serviços prestados à população. Ocorreu também o protagonismo da categoria profissional no processo de luta na construção da política pública de assistência social. E em 1996 foram aprovadas as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social. A citada Lei 8.662/93 trata o Serviço Social com profissão liberal, dispõe sobre o exercício profissional e as competências e atribuições privativas dos assistentes sociais e sobre as entidades de fiscalização da categoria - Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) (CASTRO, 2009, p.97).

Com regulamentação da profissão a promulgação do Código de Ética Profissional em 1993, foram atribuídos 11 princípios fundamentais para a profissão

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas a garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. (CFESS,2011)

O assistente social como profissional da saúde foi legitimado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) através da resolução 383 de 23 de março de 1999, consolidando o estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 218 em 06 de março de 1997.

A concepção de saúde trazida pelo documento do CFESS é:

[...] 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. (CFESS, 2010).

O Conselho Federal de Serviço Social (2010) considera como conceitos fundamentais para a atuação do assistente social na área da saúde:

- Concepção de saúde;
- Integralidade;
- Intersetorialidade;
- Participação social;
- Interdisciplinaridade.

O assistente social, pode ter seu trabalho observado a partir de três dimensões, surgidas através das mudanças históricas assumidas pela profissão. Sobre isso Farias (2007) afirma que

O serviço social passou por mudanças, as quais aborda-se em três dimensões: a primeira diz respeito às alterações do mercado de trabalho e das condições de trabalho desse profissional; a segunda refere-se às novas demandas que foram postas à profissão, como é o caso da oncologia e a terceira relaciona-se à identificação da direção das respostas a tais demandas. (FARIAS, 2007, p.100).

O assistente social, no âmbito da saúde, atua muito além do sofrimento físico e psíquico do paciente, enfrenta diversas expressões da questão social que indicam os níveis de saúde da população por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, promovendo a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, e de acordo com Oliveira (2008), os assistentes sociais são profissionais dotados de formação intelectual e cultural generalista crítica, de caráter interventivo, que se utilizam do instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais (psicologia, antropologia, economia, sociologia, direito, filosofia), para análise e intervenção em diversas situações da realidade social.

Na área oncológica, o trabalho do assistente social vai além do acolhimento e apoio ao paciente e sua família. O profissional colhe informações através de

entrevista, escuta qualificada, com carinho e dedicação, prestando atenção em detalhes para que nada passe despercebido para orientar esses usuários. O assistente social, em conjunto com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros, formam uma equipe multidisciplinar que interagem, pesquisam, debatem, enfim, trabalham em prol da garantia de direitos sociais, recuperação e bem-estar desses pacientes, não esquecendo de estender também essa dedicação a família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho é exaltar o profissional do Serviço Social que independente das dificuldades encontradas em todas as áreas, não medem esforços para garantir os direitos dos usuários.

Na área da saúde, o assistente social, tem de um lado, o paciente e sua família necessitando de atendimento, de tratamento, de medicação, e de outro, a saúde pública, que através do SUS, um sistema invejável, que garante aos usuários tratamento gratuito, porém, mal administrado, colocando os interesses políticos acima do direito à saúde, garantido a todos os cidadãos através da Constituição Federal.

O interesse pelo tema, iniciou-se durante o período de estágio, presenciando as aflições dos pacientes do Município de Osasco, diagnosticados com câncer, na fase de acolhimento, que recorrem à rede pública, em busca de tratamento, por não terem condições financeiras de arcar com as despesas na rede de saúde privada. Procuram o Serviço Social Municipal para que possam entrar no Sistema CROSS, Sistema de Regulação de Vagas do Estado de São Paulo, sendo esse o único meio de conseguir vaga para seu acompanhamento médico junto aos melhores hospitais públicos, referência em oncologia, com os melhores especialistas da área. Fica evidente a importância do assistente social como profissional da saúde e sua contribuição neste acolhimento, visto que os pacientes chegam arrasados, preocupados, em situação de desespero, pois sabem da gravidade da doença e a relevância de começar o tratamento. O profissional do Serviço Social acolhe esse paciente, identificando suas necessidades e encaminhando às áreas competentes. O câncer é uma doença traumatizante, que quando diagnosticada, fragiliza o paciente, causando consequências profundas e relevantes, abalando seu estado físico, emocional e social, tanto para o diagnosticado como para a família.

A ênfase, foi atribuída ao trabalho do assistente social, que em conjunto com uma equipe multidisciplinar, possui conhecimentos necessários para garantir os direitos sociais do usuário, aspirando a garantia de acesso a rede de serviços como consultas, exames, acompanhamentos entre outros.

A intervenção do profissional do Serviço Social é primordial na contribuição para a melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico.

O assunto é vasto e enigmático, portanto, com esta monografia houve apenas a intenção de demonstrar a relevância do trabalho do assistente social na área da saúde, continuando o assunto podendo e devendo ser amplamente explorado.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Maria de; MAMEDE, Marli Villela; PANOBIANCO, Marislei Sanches; PRADO, Maria Antonieta Spinoso; CLAPIS, Maria José. **Construindo o significado da recorrência da doença**: a experiência de mulheres com câncer de mama. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de Matos. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S. **As lutas pela saúde: Desafios da frente nacional contra a privatização da saúde**. In: Reunião Anual da SBPC, 64, 2012, São Luís. Anais... São Luís, 2012.

CARVALHO. R.N, ALVES. C.S, ARAÚJO. R.C.X.S. **Política de Saúde e Serviço Social, programa saúde da família como elemento de debate para o assistente social** In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, III, 2007,

CASTRO, M.M.C. **Trabalho em Saúde - inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. 2009.

CFESS. Código de Ética do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

CHIATTONE, H. B. C. (1996). Uma vida para o câncer. Em: V. A. Angerami-Camon, (Org.). **O doente, a psicologia e o hospital** São Paulo: Pioneira.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Nova York: Organização das Nações Unidas (ONU), 1948. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 13/06/2020

DIAS, Cristina Maria Nogueira Parahyba. **Trabalho produtivo e trabalho improdutivo**: de Marx à polêmica marxista (Napoleoni, Rubin e Mandel). Tese de Doutorado. Rio de Janeiro - RJ: Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

FARIAS. T. S. D. **O Cotidiano do (a) Assistente Social frente às Demandas Apresentadas pela Paciente Portadora do Câncer de Mama em Tratamento no Hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN. 2007.** 182 f.: ilus, graf. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Natal, 2009.

FERREIRA N. M. L. A., DUPAS G, COSTA D. B., SANCHEZ K. O. L. **Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos.** Cienc Cuid Saúde. 2010

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social.** In: CFESS/ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000.

IAMAMOTO, Marilda. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 22ª Ed. – São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo.** In. Revista Temporalis. n. 3, Jan/jun. 2001. p.16.

JÚNIOR S. C., e SILVA M. N., MEOHAS E. Os 20 Anos do SUS e a Odontologia do Trabalho. Cadernos UniFOA 2010: edição nº 12

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. Causas e tratamento do câncer. 2020. <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/estomago/prevencao>. Acesso em 27 de abril de 2020.

LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS – Brasília 2011

LESSA, Sergio. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo.** São Paulo: Cortez, 2007.

LOAS-LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LOAS Lei 8742, de 07.12.1993 Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências.

LUKÁCS, Georg. **O trabalho.** In: Per uma Ontologia dell'Essere Sociale. Tradução Ivo Tonet. Roma: Editori Riuniti, 1981

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos** e outros textos escolhidos. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Os Pensadores).

MARX, K. **O Capital I**. Capítulo V – Processo de Trabalho e Processo de Valorização. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983. MARX, K. ENGELS, F. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social – uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 16. ed. - São Paulo: Cortez, 2011

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R.C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS - e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: Anais da Oficina Nacional da ABEPSS, Florianópolis, 2006

OLIVIERI, Durval Pessoa. **O "ser doente"** - dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985.

O QUE É TRABALHO – Suzana Albornoz – Editora Brasiliense

PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DA SAÚDE – CFESS – Brasília 2010

PREFEITURA DO MUNICÍPIO E OSASCO - Secretaria da Saúde 2020

<http://www.osasco.gov.com.br/saúde>. Acesso em 05/05/2020

PENNA, T. L. M. (2004). **Dinâmica Psicossocial de famílias de pacientes com câncer**. Em: J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do psicólogo.

PINHO, M. (2006). **Trabalho em Equipe de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**. Revista Ciência e Cognição,

PORTO, A. O. (2004). **Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente a doença**. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.

REGISTRO HOSPITALAR DO CÂNCER, disponível em http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/epidemiologia/docs/dados_de_cancer. Acesso em 12/08/2020

REIS; ARAÚJO; CECÍLIO (2007) – **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde** – Módulo Político Gestor

SANTOS, Eva Terezinha. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência**. 2006 – Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social. 2006.

SILVA, V. C. E. (2005). **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. **Desvelando o significado do instrumental técnicooperativo do Serviço Social**. Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: UnB. Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001.

VENÂNCIO, J. L. (2004). **Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama**. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1), 55-63.

WESTPHAL, M.; ALMEIDA, E. S. (orgs). **Gestão dos Serviços de Saúde - Descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUPS, 2001.