

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ENFOQUE DO PACIENTE ONCOLÓGICO

HEALTH SYSTEM SINGLE: A FOCUS PATIENT ONCOLOGICAL

ANA FLÁVIA MERCHAN FERRAZ GRIZZO*
LILIANE PEREIRA DE MEDEIRO**
GERCELEY PACCOLA MINETTO***

RESUMO

O presente estudo trata da visão que o paciente da enfermagem de oncologia, do Hospital Amaral Carvalho, tem do Sistema Único de Saúde. Tem como objetivo geral evidenciar a efetividade do SUS e o papel do Serviço Social para os pacientes oncológicos em tratamento nessa enfermagem. Trata-se um estudo exploratório, utilizando a pesquisa bibliográfica e a de campo, cujo método é o dialético. Caracteriza-se por uma pesquisa quali-quantitativa que se efetiva na coleta de dados pela entrevista, através de formulário com perguntas abertas e fechadas, observação e documentação. O universo da pesquisa é aproximadamente 118 pacientes da enfermagem de oncologia, que já estiveram ou encontram-se internados, cuja amostragem é de 25 sujeitos, o que representa 24% do universo. Os resultados apontam que os pacientes reconhecem a efetividade do Sistema por ter acesso a esse direito, mas, no entanto, desconhecem a amplitude da dimensão do mesmo, pois não possuem nenhum tipo de informação sobre ele, apenas sabem que existe porque o utilizam. Os sujeitos reconhecem a importância do Assistente Social como efetivador de direitos durante todo processo do tratamento.

Palavras – Chave: Câncer. Assistente Social. Saúde Pública.

*Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Gerceley Paccola Minotto.

**Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da

ABSTRACT

The present study is the vision that the patients of the ward of Oncology, from Hospital Amaral Carvalho, have about the National Health System. Its main purpose is to evidence the effectiveness of SUS and the role of Social Services for cancer patients by treating at the ward. This is an exploratory study that uses the literature and the field survey, which method is the dialectic. It is characterized by a quali-quantitative research that effectiveness itself in collecting data by interview, through form with open and closed questions, observation and documentation. The research universe is about 118 patients in the oncology ward, who have been or are hospitalized, in what the sample of 25 individuals, represents 24% of the universe. The results indicate that patients recognize the effectiveness of the Sistema for having access to this right, but, however, they unknow the extent of the size of it, they do not have any information about it, they just know that there is because they use it. Individuals recognize the importance of the social worker as a effected that enforces rights throughout the treatment process.

Key words: Cancer. Social Services. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil teve avanços significativos na década de 80, como uma exigência da sociedade, através da participação popular juntamente com a Reforma Sanitária, em oposição à realidade vivenciada até esse período em que a situação financeira definia o direito à saúde.

Embora na Constituição de 1988 a saúde tenha sido definida como uma política pública de responsabilidade do Estado e direito de todos os cidadãos, foi somente na década de 90 foi consolidada, através do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentada pela Lei 8.080/90 que estabelece o Ministério da Saúde como gestor e a garantia universal e igualitária de acesso aos serviços de saúde. Apresenta uma nova maneira de conceber a saúde no Brasil, pois rompe paradigmas, deixa de ser uma mercadoria pra ser um direito, permeado pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social; deixa de ter enfoque somente biológico para ter um enfoque também social.

O Art. 4º da Lei 8.080/90 define o SUS como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde(SUS).

O SUS abrange todos os tipos de doença como afirma Volpe (2000, p.13): “significa que todos os cidadãos residentes no Brasil, acometidos de qualquer doença, tem direito a receber tratamento pelos órgãos de assistência médica mantidos pela União, pelos Estados e pelos Municípios”.

Mediante tais considerações essa pesquisa procura elucidar a efetividade deste Sistema no tratamento das pessoas portadoras de câncer, que realizam os tratamentos no Hospital Amaral Carvalho, na cidade de Jaú.

A demanda de pacientes portadores de câncer vem aumentando nessa última década. Segundo cálculos do Fundo de Pesquisa sobre o Câncer Mundial, a cada ano o câncer mata aproximadamente, sete milhões de pessoas no mundo, e que, pode-se chegar em 16 milhões

até 2020.

Cada vez mais cresce o índice de contratações de assistentes sociais na área da saúde, pois é necessário atender o paciente em sua totalidade, compreender sua realidade biopsicosocial. Neste sentido há a necessidade de um trabalho interdisciplinar, para que profissionais de diversas áreas integram os conhecimentos para um atendimento de melhor qualidade.

O trabalho do assistente social não se desenvolve independente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, os diversos processos de trabalho como pontua Costa (ABESS, 1996, *apud* COSTA, 2000, p.36):

Encontram-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam para intervenção sobre essas necessidades”.

Nesse sentido, Costa (2000, p.41) também argumenta que:

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública desenvolveu no Brasil.

A autora afirma ainda que:

O assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais [...] As novas exigências consiste em colaborar na construção de estratégias de efetivação dos direitos de cidadania [...] estratégias de atendimento às necessidades imediatas [...] às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira.

A saúde necessita de profissionais éticos, comprometidos, capacitados para atender a demanda existente, como define Iamamoto (2005, p.145) quando se refere ao trabalho dos assistentes sociais contemporâneos, propositivos, que zelam pela qualidade dos serviços prestados pois:

Um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo em que “tudo que é sólido, desmancha no ar”. Profissional que também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural e no acompanhamento histórico-conjuntural dos processos sociais para deles extrair potenciais propostas de trabalho- ali presentes como possibilidades- transformando-as em alternativas profissionais.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social, numa ação articulada com outras áreas que defendem o aprofundamento do SUS, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, já que o trabalho do assistente social na saúde norteia-se no Projeto Ético Político da profissão e é necessário estar articulado ao projeto de reforma sanitária (MATOS, 2000).

As pesquisadoras realizam estágio há aproximadamente dois anos na área de Serviço Social, no Hospital Amaral Carvalho em Jaú/ São Paulo, que é um hospital especializado em tratamento de câncer, e vivenciam inúmeras ações com pacientes e familiares que desconhecem a dimensão do Sistema Único de Saúde, ainda que tendo acesso à esse direito. Diante deste contexto, surge o interesse em descobrir como os usuários do SUS compreendem e vivenciam esse direito no seu cotidiano, e como vêem o papel do Assistente Social na efetivação dos direitos.

Mediante tal questionamento a hipótese sugerida é que pacientes em tratamento na enfermaria de oncologia, compreendem o SUS como um meio de efetivação de direitos, reconhecem a efetividade do Sistema por ter acesso a esse direito, mas, no entanto, desconhecem a amplitude da dimensão desse sistema, pois não possuem nenhum tipo de informação sobre ele, apenas sabem que existe porque utilizam.

Para a verificação dessa hipótese os objetivos elencados são: o geral evidenciar a efetividade do SUS e o papel do Serviço Social para os pacientes oncológicos em tratamento na enfermaria. E como objetivos específicos evidenciar como os pacientes entendem o SUS, identificar como os pacientes qualificam este Sistema, verificar o papel do Serviço Social para estes pacientes e compreender a visão deles quanto à atuação do Serviço Social no Hospital Amaral Carvalho.

Acredita-se assim que esse estudo contribuirá para o Hospital Amaral Carvalho, bem como para o Serviço Social, uma vez que evidenciará os impactos do Sistema Único de Saúde para o paciente bem como a prática do Assistente Social na Instituição, o que possibilitará a

utilização de novas estratégias de trabalho para que torne mais eficiente e eficaz o tratamento dos pacientes oncológicos, acolhidos na enfermagem desse hospital e dará maior visibilidade ao SUS.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quali-quantitativa com pacientes portadores de câncer, usuários do HAC, cujo instrumental para coleta de dados é a observação e a entrevista, os quais facilitaram a tabulação e o tratamento para posterior análise dos dados. Este estudo exploratório faz uso de pesquisa bibliográfica e de campo, cujo método é o dialético, pois se pretende ter uma visão de totalidade da realidade.

Para elaboração desse estudo foi necessário todo um estudo teórico que aqui se apresenta: a história da saúde no Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde no país, aborda o câncer e seu tratamento, a atuação do serviço social na saúde e especialmente o trabalho que desenvolve no Hospital Amaral Carvalho junto aos pacientes em tratamento.

Finalmente, trás análise dos dados sistematizadas em dois eixos, a saber: primeiro eixo evidencia como os pacientes entendem o SUS e como qualificam este sistema, e o segundo eixo verifica o papel do Assistente Social e sua importância para os pacientes oncológicos.

2 CAMINHANDO PELA HISTÓRIA DA SAÚDE

2.1 A saúde no Brasil

Falar de saúde no Brasil, assim como tantas outras Políticas Públicas, se faz necessário apreender seu contexto inicial, para relevância dos fatos determinantes, para maior compreensão da realidade vivenciada e aqui está fundamentada na teoria de Filho (1998).

A história da saúde no Brasil perpassa pelo período colonial, onde há total submissão a Portugal, aos costumes adotados neste período, a necessidade de uma estrutura sanitária mínima e as revoltas consequentes de medidas adotadas que geraram as transformações no atendimento da população brasileira, dividindo a saúde, a luta e a participação dos cidadãos através da Reforma Sanitária, no alcance do reconhecimento dos direitos de forma integral e universal até os dias atuais, permitindo a reflexão destas fases.

As necessidades advindas da saúde no Brasil, permaneceram desde o Brasil colônia,

Brasil Império, a proclamação da República, até o surgimento do capitalismo e da globalização, não superando a fragilidade do quadro sanitário caótico, apesar de significativas conquistas nesta área.

As mudanças no quadro sanitário do Brasil ocorreram apenas a partir de 1808, com a vinda da família Real, pois buscou-se a partir deste momento atender a população especialmente os que se encontravam no Rio de Janeiro, local em que o desenvolvimento econômico da época acontecia, através da exportação e importação. Grandes embarcações estavam constantemente nos portos, motivo pelo qual, médicos e responsáveis pela saúde da época acreditavam que as grandes epidemias no Brasil viriam com tripulação destes navios. Em 1828 criou-se a Inspetoria de Saúde dos Portos, a fim de se identificar os doentes e evitar contato com a população brasileira. Embora ocorresse uma contradição, já que os escravos que aqui chegavam serviriam os senhores brasileiros.

A população mais pobre deste período, era a mais atingida pelas epidemias, sem qualquer política de saúde que os atendesse, já que os órgãos incumbidos aos cuidados da saúde era a Junta de Higiene Pública e os hospitais, incapazes de prover atendimento a todos e de forma correta, como relata Filho (1998, p.10):

Além disso, os doentes tinham muito medo de ser internados nos raros hospitais públicos e nas Santas Casas. Em sua enfermaria misturavam-se pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais doentes dividirem o mesmo leito. É claro que tal “tratamento”, somado a falta de higiene dos hospitais, fazia com que as famílias evitassem internar seus parentes, pois a morte era o destino certo da maioria dos pacientes pobres.

O período imperial no Brasil se dissolve sem obter maior alcance junto à saúde da população, fica conhecido como o país insalubre, local de imensa repulsa pelos demais países.

Com a Proclamação da República, os novos interesses políticos, econômicos, propõem que o país irá se desenvolver, com cunho positivista, acredita-se que apenas com um povo saudável e educado ocorrerá o progresso. A realidade sanitária continuava a mesma, sem modelo a ser seguido, as diversas doenças causavam epidemias como a varíola, a malária, a febre amarela.

Em decorrência da cultura que permeava a população e a trajetória médica brasileira, houve resistência por parte dos profissionais da época, à entrada de novas idéias da medicina moderna, pois esta era contrária às tradicionais. Aos poucos novos estudos ocorreram e outras maneiras de se tratar a saúde pública foram tomadas. O Estado republicano passa a incentivar a nova medicina, que substituiu os antigos órgãos, por serviços

sanitários, que a princípio também apresentaram suas deficiências.

Surgem os médicos sanitaristas em meio à administração pública, ocupando cargos importantes, a fim de trabalharem com a questão saúde, através de educação básica sobre higiene, e a fiscalização sanitária buscando prevenir as doenças contagiosas, como apresenta Filho (1998, p.14) quando considera:

A idéia de que a população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram o governo republicano, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reproduziam a vida produtiva, ou “útil”, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava as épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

Com a inversão do contexto político, e os primeiros indícios de uma sociedade industrial, a população passa a ser vista como principal meio de geração da produção do país, na república o trabalho passa ter maior centralidade nos novos objetivos. Para o governo, não se torna mais interessante permitir a redução de vida produtiva, como lembra Filho (1998, p.15) desta forma todo sujeito torna-se parte da economia do país através de sua mão de obra, se preocupando e intervindo na saúde através de ações que garantam ao trabalhador e a população em geral maiores condições de saúde, porém como nos dias atuais, não se pode dividir o sujeito de seu contexto, não se pode garantir apenas saúde; neste momento o Estado passa a atuar nas demais necessidades da população como alimentação, trabalho, educação, surge assim Políticas Sociais no Brasil.

Num contexto inicial, a intervenção do Estado busca oferecer garantias à população, mas não modifica a realidade vivenciada pela maior parte dos brasileiros e trabalhadores da Nova República, acentuando ainda mais a pobreza vivenciada pelos mesmos, como afirma Filho (1998, p. 15) quando pontua que:

O compromisso governamental com as necessidades básicas da população tem sido relegado sempre a segundo plano, perpetuando um círculo tristemente vicioso: desamparado e sem participação decisiva nas decisões do governo, o trabalhador recebe salários baixos e vive mal, adoecendo com facilidade. Doente e mal alimentado, ele tem a sua vida abreviada, tornando muito mais difícil a superação de pobreza nacional.

Entre 1889 a 1930, o Brasil esteve no contexto político durante a República Velha, onde os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, se revezavam no poder a fim de manter seus interesses econômicos e políticos.

A saúde pública porém, procura manter através de estudos e pesquisas dos Institutos que as epidemias existentes não se proliferem continuamente. A população rural sofria ainda mais com as doenças infecto contagiosas, como a malária, a tuberculose, a doença de chagas, sendo representadas nacionalmente pelo personagem JECA TATU, desenho de um cenário de pobreza, falta de saneamento e de condições dignas de sobrevivência, pois, para grande parte dos responsáveis pela saúde, estes eram os causadores das enfermidades.

Com a atuação dos higienistas, durante administração de Pereira Passos (1902-1906) se começa a pensar em saneamento, nas diversas cidades e capitais do país, Oswaldo Cruz, era o responsável pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão que se responsabilizava pelas ações de medidas sanitárias, porém, tais avanços sanitários, não atingiam a maior parte da população pobre do país, que continuavam a sofrer com as precárias condições de vida, como relata Filho (1998, p.26.).

As camadas mais pobres da população, ao contrário, continuaram a ter precárias condições de vida. Ao proteger o bem-estar dos ricos, a Política de Saúde relegava a segundo plano o restante da população, que continuava a viver em cortiços e a ser a maior vítima de enfermidades que se tornavam raras entre os grupos mais abastados.

A forma com que o governo usava para proporcionar à população, principalmente urbana, maiores condições de saneamento e saúde, demonstravam ações impositivas e por vezes brutais. Eram os agentes sanitários e guardas que retiravam as pessoas que residiam em locais de riscos - como os cortiços, favelas e morros, pois temiam que a população se rebelasse, podendo refletir no quadro político brasileiro.

O acontecimento que marcou a participação popular neste momento foi em 1904, a conhecida Revolta da Vacina, pois Oswaldo Cruz estimulava o congresso a aprovar a Lei que tornava obrigatório a vacinação contra a varíola, que foi aprovada em 31 de outubro de 1904, instaurando assim um grande manifesto da população, dos opositores ao governo e médicos homeopatas, que perdurou por dias, tendo como consequências a morte de populares, a prisão de outros e o final da Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro, quando ocorreu a revogação da obrigatoriedade da mesma, exigindo novas medidas do Estado e da saúde. Porém, o modelo proposto trouxe melhorias como o fim da febre amarela, perdurando por décadas até a entrada de Carlos Chagas, que reestruturou o Departamento Nacional de Saúde Pública, introduzindo a educação sanitária e a propaganda como ações rotineiras, buscando ampliar o atendimento a saúde.

A economia brasileira era pautada na produção cafeeira, tendo grande parte desta produção exportada, e a entrada do capital estrangeiro, acelerando o processo de industrialização no país, questionando as condições de higiene e de trabalho em que se encontravam estes trabalhadores. Neste momento o grande índice de imigrantes que se encontravam nas produções brasileiras, principalmente europeus, carregavam a experiência da revolução industrial e todas as manifestações que a envolveram, principalmente as conquistas que os trabalhadores haviam alcançados em seus países de origem, assim a classe operária brasileira se mobilizou com incentivo destes imigrantes, a fim de conquistarem alguns direitos sociais, como ocorreu em 1923, com a aprovação da Previdência Social, ou como sugeriu Bravo (2004, p.03): “o embrião do esquema previdenciário brasileiro”, com a criação das CAP’S – Caixas de Aposentadoria e Pensão, conhecida como a Lei Eloi Chaves. As Caixas tinham a função de atender os trabalhadores organizados por categorias de trabalho, quanto a assistência a saúde e a previdência de seus integrantes, através de recurso da empresa e dos empregados, como menciona Filho (1998, p.33) quando afirma:

Mediante o desconto mensal de 3% do salário dos funcionários e 1% da renda bruta das empresas [...] o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio para o funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido.

Em 1930 Getulio Vargas assume o poder, e acaba com as oligarquias, utilizando a ditadura para exercer seu poder político, a política social foi o alvo de seu governo, bem como a questão sanitária e, em 1934, com a nova Constituição deu início ao Estado Novo, fortalecendo o processo capitalista no Brasil.

As ações realizadas pelo governo no Estado Novo visavam manter a força trabalhista dentro do poder do Estado, assim se estendeu a Previdência Social a todos os trabalhadores urbanos, logo as CAP’s dão lugar aos IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões, que se dividiram dentro das categorias profissionais como marítimos, comerciantes e bancários.

Inicialmente os IAP’s mantinham seu atendimento voltado para a Previdência Social, sendo as questões que envolviam a saúde apenas uma consequência.

Porém, desde a implantação, em meados da década de 60, as despesas com a assistência médica e hospitalar cresceu de 7,3% para 24,7%, conforme salienta Polignano (2007, p.11) ao ressaltar o crescimento dos trabalhadores que aderiram a esta nova forma de previdência brasileira.

Poucas ações governamentais alteraram a realidade da população brasileira no período

das décadas de 40 a 60, exceto a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública e, posteriormente, o desmembramento do Ministério da Saúde em 1953; e a reforma Barros Barretos, em 1941, que apresentavam diversas ações como enumerou Polignano (2007, p.11) em seus escritos:

Instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; · criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional; descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias; · destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; · atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

Com a unificação dos Institutos IAP's sancionados pela Lei Orgânica da Previdência Social em 1960, os direitos alcançados pelas categorias profissionais se tornam igualitários a todos os trabalhadores sujeitos ao regime CLT, com exceção dos trabalhadores rurais, domésticos e os funcionários públicos. A união deu continuidade ao crescimento de atendimento e assistência à saúde previdenciária aos trabalhadores assalariados, porém a saúde pública mantinha-se em grande descaso com a população, pois a parcela tida como indigentes ou desempregados que não possuíam carteiras assinadas, não poderiam ter acesso a atendimento médico ou tratamento. Pois este era oferecido pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão.

Dividiu-se a sociedade entre os que não eram assalariados e os que financeiramente poderiam arcar com os custos deste atendimento. Aqueles que eram atendidos pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão, pois tinha registro de trabalho ou aqueles que não possuíam direito algum.

O Instituto Previdenciário realizava parcerias e convênios com médicos e hospitais a fim de atender cada vez mais seus integrantes, o que alimentava as diferenças existentes entre a saúde do trabalhador e a saúde da população em geral. Restava à sociedade pobre do país, os atendimentos pelas Santas Casas de Misericórdias, ou atendimento por outras entidades filantrópicas, que não tinham condições reais de atendimento, podendo apenas auxiliar as pessoas já adoecidas.

A questão médica aos trabalhadores e a população em geral entra em pauta quanto à assistência médica prestada pelos órgãos previdenciários.

Surge assim o impasse: saúde pública e previdenciária. A preventiva e a curativa. Para

superar estas divisões se iniciaram vários movimentos, um deles foi o da Reforma Sanitária, como cita Scliar (2002, p.120): “várias tentativas foram feitas para superar essa barreira na década de 1970: era o movimento pela Reforma Sanitária, apoiado pelas crescentes demandas sociais, pela ascensão de instituições comunitárias e profissionais.”

Com o golpe militar em 1964, toda população sofre com as proibições e, principalmente, com as repressões impostas pelos militares, que com Decretos e Leis também alteraram as questões de saúde.

Somente na década de 80, através da Constituição de 1988, é que os brasileiros novamente repensaram em saúde e em saúde coletiva. E através dos movimentos populares, a população passa a reivindicar mudanças nos atendimentos públicos, como nos hospitais e postos de saúde.

Na Constituição Federal de 1988 é declarado a saúde como direito de todos e dever do Estado, e através das Leis 8.080/90 e 8.142/90 é regulamentado o Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, propondo um novo modelo de gestão para a saúde, que será abordado no próximo item, apresentando seus princípios e diretrizes.

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O marco histórico do SUS no país foi a promulgação da Constituição de 1988, na qual a saúde está enfocada no tripé da Seguridade Social, como mostra o Artigo 194 quando declara:

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo Único. Compete ao Poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I- Universalidade da cobertura e do atendimento;
- II- Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais
- III- Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV- Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V- Equidade na forma de participação no custeio; VI- Diversidade da base de financiamento;

VII- Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregados, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Para atender aos preceitos constitucionais foi estabelecido como modelo de saúde o SUS, representando um marco na luta pelos direitos, pela cidadania.

Dentre os principais itens da área da saúde na Constituição de 1988, destaca-se: a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. A integração de uma rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços públicos de saúde, constituindo um sistema único que tem suas diretrizes garantidas no Artigo 198, a saber:

Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade. O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, das três esferas de governo, além de outras fontes.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Ao Sistema Único de Saúde compete além de outras atribuições segundo o Artigo 200:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Para a Regulamentação das ações de saúde no Brasil foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) nº 8.142 de 28 de setembro de 1990 e várias portarias emitidas pelo Ministério da Saúde.

A Lei 8.080 rege a construção do SUS e o norteia pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A universalidade representa que todas as pessoas tem direito ao atendimento, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A saúde é direito dos cidadãos e dever dos governos. A universalização da saúde já iniciada pelo INANPS em 1985 e, a partir de 1988 garantida na Constituição de 1988, é o ganho mais significativo para os diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo os não vinculados formalmente à Previdência Social (VASCONCELOS, 2002, p.77).

A equidade afirma que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. O SUS não pode oferecer o mesmo tratamento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, para não ocorrer de algumas pessoas terem o que não necessitam, e não ter o que realmente necessitam.

E a integralidade refere-se que as ações de saúde devem ser voltadas tanto para prevenção quanto para cura. Os serviços de saúde devem atender o indivíduo na sua integralidade, na totalidade e não como um amontoado de partes, fragmentado. O indivíduo está sujeito à riscos biológicos, psicológicos e sociais, desta forma, deve-se atender a saúde e não somente a doença. Assim, além de tratar os danos, também tem que erradicar as causas e diminuir os riscos. Isto se faz através das ações de promoção, de prevenção e de recuperação.

Ações de promoção são aquelas que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos. Estão relacionadas a fatores biológicos (como herança genética no caso do câncer), psicológicos e sociais.

As ações de prevenção são específicas para prevenir riscos e exposições às doenças e para manter o estado de saúde (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde).

E as de recuperação, são ações que evitam a morte e as sequelas dos doentes. São ações que atuam nos danos, como o atendimento médico, tratamento e reabilitação dos doentes.

O Sistema Único de Saúde tem alguns princípios organizativos como os de regionalização e hierarquização; de resolutividade; de descentralização; participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado.

A Regionalização e a hierarquização são as redes de serviços do SUS que devem ser organizadas de forma regionalizadas e hierarquizadas, com articulação e continuidade das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, com referência e contra-referência.

O acesso da população à rede se dá por meio dos serviços de nível primário de atenção. O que não for resolvido neste nível deverá ser encaminhado para os serviços de maior complexidade. O nível primário, de baixa complexidade, é composto pelas Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família (PSF), englobando ações de vacinação, consultas básicas, etc. Neste nível resolve-se a maioria dos problemas de saúde da população. O nível secundário, de média complexidade, são os Centros de Especialidades, hospitais com baixa complexidade, laboratório, etc. A maioria destes serviços são oferecidos pelas Santas Casas e em Hospitais privados conveniados com o SUS. O nível terciário de atenção à saúde, de alta complexidade, são os hospitais de referência, clínicas de tomografia, quimioterapia, etc. Atualmente, considera-se o nível quartenário de atendimento, principalmente, os hospitais universitários.

A Resolutividade é a exigência para que quando algum cidadão busque um atendimento, ou surja algum problema de impacto coletivo sobre a saúde, os serviços estejam capacitados para resolver e enfrentá-los, independente da complexidade.

A descentralização é uma redistribuição de responsabilidades das ações e dos serviços de saúde entre os níveis de governo, para cada decisão ser tomada “mais de perto”, aumentando a chance do acerto, pois, cada município, cada estado, sabem quais são suas demandas e necessidades e nem sempre são iguais uns dos outros. Sendo importante o processo de municipalização, onde reforça o poder do município, cabendo-lhe uma maior responsabilidade na implementação das ações de saúde, voltadas para seus cidadãos.

A Constituição define que, quando por insuficiência do setor público, pode-se ocorrer, se necessário, a contratação do setor privado, o que denomina-se complementaridade do setor privado. Assim, o gestor deve planejar primeiro o setor público e na sequência, complementar com o privado, seguindo os mesmos preceitos de regionalização, hierarquização e universalização, como define o Art. 199 da Constituição de 1988: “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

A Lei 8.142 (1990) define como será a participação popular dentro do SUS. Um importante marco para consolidação do Sistema. Ela cria instâncias de participação da população que são os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. A Lei ainda define que deve-se realizar uma Conferência de Saúde a cada quatro anos, com representação dos vários seguimentos sociais.

Os recursos (financiamento) do SUS pertencem a Seguridade Social tendo que ser compartilhado com a Previdência Social e a Assistência Social. As fontes de financiamento são recursos orçamentários, advindos de cobrança de tributos, somados a recursos do Governo Federal.

Um dos principais problemas enfrentados pelo SUS é o seu financiamento, que é insuficiente e instável, a exemplo, a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e Emenda Constitucional nº 29 para diminuir esta instabilidade.

A CPMF era uma contribuição destinada, especificamente, para custeio da Saúde Pública, da Previdência Social e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Muitos críticos, tendo em vista a situação precária de vários hospitais públicos e o financiamento de programas sociais, questionam a real destinação dos recursos arrecadados. Por outro lado, os defensores costumam argumentar que investir em programas sociais é uma forma de diminuir os problemas na área da saúde a longo prazo. Em 31 de Dezembro de 2007 terminou a vigência da CPMF.

O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir a plena gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. E quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele negocia com as demais cidades da sua região.

O Pacto pela saúde reúne um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão: União, Estados e Municípios, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O documento foi pactuado no dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 9 de fevereiro do mesmo ano.

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Ele tem seis prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e da mama; mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergente e endemias como a dengue, tuberculose, malária; promoção da saúde, elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde; fortalecimento da Atenção Básica à Saúde -

consolidar e qualificar a estratégia da saúde da família como modelo de atenção básica à saúde.

O Pacto em Defesa do SUS é um movimento de repolitização da saúde, com uma estratégia de mobilização social, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária aproximando-se dos desafios atuais do SUS. E é a busca por um financiamento compatível com as necessidades de saúde, por parte dos entes federados. Tem os princípios de implementar projeto permanente de mobilização social; mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como garantidor desses direitos.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o que, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse pacto releva a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Tem como prioridades definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS.

O SUS é uma grande conquista da sociedade. Foi criado para promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. Busca assegurar a cidadania, traz consigo uma grande e importante mudança: a saúde como direito de TODOS. Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e deve ser atendido conforme suas necessidades.

Esse Sistema surgiu como resposta à necessidade de dar eficiência e eficácia ao aparato estatal, tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento gratuito a qualquer cidadão.

Porém, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do Movimento Sanitário e a prática do Sistema Público de Saúde vigente.

Sendo esse um desafio permanente do SUS, possibilitar o acesso de todos de forma universal, integral e equânime.

Através do Sistema Único de Saúde também é custeado o tratamento de câncer, que é uma doença grave com um tratamento caro, como será apresentado no próximo tópico.

2.3 O Câncer

O corpo é formado por vários órgãos e tecidos, que são formados por células, e cada um

tem uma determinada função. As células pertencem a uma comunidade organizada e obedecem à regras estritas que asseguram um funcionamento harmonioso do corpo. As células sofrem mutações genéticas no seu interior (DNA), podendo sofrer alterações dos genes. As células cujo material genético foi alterado podem passar a receber instruções erradas para as suas atividades, podendo desarmonizar o sistema, transformando em células cancerígenas.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009) explica que:

As células que constituem os animais são formadas por três partes: a membrana celular, que é a parte mais externa da célula; o citoplasma, que constitui o corpo da célula; e o núcleo, que contém os cromossomos que por sua vez são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa "memória química" - o ácido desoxirribonucleico (DNA). É através do DNA que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula. Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes. É o que chamamos mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas.

O Instituto Nacional do Câncer (2009) ainda define o Câncer sendo 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”. Younes (2001, p.12) complementa que o “câncer não se refere a uma doença única: pelo contrário, o termo abrange diferentes doenças ou tumores, que podem se originar em qualquer órgão do corpo humano”.

O autor Younes (2001, p.12) ainda relata sobre o significado da palavra Câncer que “é uma palavra conhecida desde a antiguidade. Derivada do grego Karcinos (como se lê em Hipócrates, 500 A. C), que quer dizer “caranguejo”. Desde o final do século 15, a palavra é ligada à descrição de tumores malignos”.

O câncer se caracteriza, basicamente, pela proliferação exuberante de células rebeldes, capazes de produzir uma massa ou um tumor. Além da capacidade de crescimento desenfreado e descontrolado.

Apresenta duas características, que o torna agressivo e em algumas vezes, até fatal: a invasão dos tecidos vizinhos e a propagação para outros órgãos. O câncer não é uma doença

contagiosa que se pega de outras pessoas, ele se desenvolve a partir de uma célula do próprio corpo. E os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. A Associação Brasileira de Câncer (2008) afirma que:

A maioria dos cânceres é nomeado de acordo com o órgão atingido ou tipo de célula onde se inicia, e os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células que compõem o nosso organismo. As principais categorias do câncer são carcinoma, sarcoma, linfoma e leucemia.

No Brasil os tipos de câncer mais frequentes são: câncer de pele, melanoma, câncer de mama, de cólo uterino, de cólon e reto, de pulmão, leucemia, de boca, do esôfago, estômago e próstata.

Nem todos os tumores são cancerosos. Os chamados tumores benignos não têm a capacidade de se espalhar para outras partes do corpo, mas merecem atenção e podem exigir tratamento, dependendo do local onde aparecem.

O câncer não escolhe idade, etnia, sexo, raça ou grupo social, qualquer pessoa está exposta a essa ameaça. Segundo índice do INCA, o câncer é a segunda causa de morte entre as doenças, e gera impactos significativos na vida dos pacientes e seus familiares, levando a uma maior fragilidade, como ressalta Carvalho (2008, p.99) em sua fala:

O câncer pode colocar os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença, havendo dificuldades de lidar com a doença também devido ao estigma. O câncer, ainda hoje, é considerado uma das piores doenças, extremamente temida, sempre agregando a idéia de risco eminente de morte, o temor de tratamentos agressivos e mutilantes.

Tanto o paciente oncológico como seus familiares vivenciam o estigma social da doença, assim as relações familiares e sociais, são permeadas pelo sofrimento e pelo constante cuidado de proteger e privar os “mais fracos”, principalmente o paciente, criando um segredo inconsciente entre eles, de acordo com os dizeres de Carvalho (2008, p.99) ao definir fracos e fortes na família.

A maioria dos tipos de câncer são doenças malignas, agressivas, com risco à vida, que necessitam rapidamente de um tratamento (humanizado) e uma estrutura global para realização deste.

O tratamento humanizado se baseia na multidisciplinariedade, envolvendo, além dos médicos, outros integrantes da equipe hospitalar: enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas,

nutricionistas, terapeutas ocupacionais, como também, uma parte muito importante: a família. A atuação de uma equipe multidisciplinar é fundamental para um atendimento integral e eficaz ao paciente.

O alto custo do tratamento faz com que a maioria dos pacientes procurem o SUS e é nesse contexto que o SUS tem sua relevância, pois, custeia através do Estado, tratamento específico que garantirá o acesso à saúde. Sendo direito de todos os cidadãos, terem a saúde protegida e provida pelo Estado, segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que determina:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas de redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde.

As principais modalidades de tratamento são a cirurgia e a radioterapia/ quimioterapia (incluindo manipulação hormonal), com apoio das diversas outras áreas técnico-assistenciais da equipe hospitalar. Embora cada área tenha papel bem-estabelecido, a abordagem multidisciplinar integrada é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas no manejo do paciente.

Segundo o INCA (2009) a radioterapia: “é um tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem”. Estas radiações não são vistas e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros recursos usados no tratamento dos tumores. Cerca de 60% dos pacientes oncológicos necessitam da radioterapia, segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde.

A quimioterapia é um tipo de tratamento, em que se utilizam medicamentos para combater o câncer. O INCA (2009) também afirma que “Ihes são aplicados, em sua maioria, na veia, podendo também ser dados por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal”. Os medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que elas se espalhem pelo corpo.

O transplante de medula óssea é um tipo de tratamento proposto para algumas doenças malignas que afetam as células do sangue. Ele consiste na substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição

de uma nova medula.

Anteriormente, os médicos se preocupavam com a sobrevivência do paciente com câncer, hoje, além disso, se preocupam com a qualidade de vida do paciente portador de câncer, durante e após o tratamento. A qualidade de vida precisa suprir as necessidades humanas integrais, em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. O fato de repensar e re-avaliar os hábitos, na busca de uma vida mais saudável, mais feliz, e parar para refletir sobre os valores e escolhas tentando descobrir formas de encontrar bem-estar social, físico, emocional e espiritual são passos importantes para atingir a qualidade de vida.

Sobre a atual avaliação da eficácia terapêutica Kligerman (1999, apud ONCOGUIA, 2008, p.1) considera:

Tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada, em pesquisa oncológica, por parâmetros biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Mas os resultados do tratamento do câncer precisam também ser medidos em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao paciente. Daí, a necessidade de se estabelecer o impacto da doença, e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do doente.

As metas do tratamento são, principalmente, cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. O SUS vem estruturando respostas aos desafios da organização do tratamento do câncer, levando-se em conta as dimensões e a heterogeneidade do Brasil.

Para responder à esses desafios o INCA (2006) relata:

Para responder aos desafios da estruturação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, o Ministério da Saúde publicou em 2/9/98 a Portaria nº 3.535 (republicada em 12/10/98), pioneira ao estabelecer requisitos de garantia ao atendimento integral do doente com câncer e parâmetros para o planejamento da assistência oncológica. Esta portaria foi complementada por outra (nº 3.536/98), que determinou a adoção do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac/Onco): os novos procedimentos passaram a se basear na neoplasia, e não mais nos medicamentos, com autorização prévia regulamentada e alimentando um sistema de informações.

Segundo dados do INCA (2006), a quantidade de cirurgias oncológicas aprovadas pelo SUS de 2001 à 2005 no Brasil foram aproximadamente 70.000 cirurgias, sendo em 2001 perto de 60.000 e em 2005 um aumento para quase 80.000 cirurgias, entre as regiões do país, a região sudeste apresentou os maiores índices, totalizando quase a metade de todas as cirurgias realizadas. Esses dados representam um gasto

que o ultrapassou o valor de R\$ 140.000.000,00 de reais.

O Instituto também apresentou dados de radioterapia e quimioterapia no mesmo período. A radioterapia teve uma média entre 6.000.000 a 7.000.000 procedimentos no Brasil, e a quimioterapia em 2001 uma média de 1.000.000 e em 2005 chegou perto de 1.600.000, sendo na região sudeste os maiores índices também desses procedimentos.

Nesse contexto é aprovado, em 8 de dezembro de 2005, a Portaria Nº 2.439/GM que Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, onde estabelece a saúde organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e Secretarias de Estados e Municípios, o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde pública para promover a qualidade de vida e saúde, a prevenção de fatores de risco, a proteção à vida para garantir de forma equânime a autonomia dos indivíduos e coletividade, e ainda a garantia do acesso ao atendimento integral, seguindo sempre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, de seu Instituto Nacional de Câncer, do crescimento dos gastos e da quantidade de procedimentos oncológicos no SUS, nem sempre significa melhores resultados, ainda há muito a ser feito em resposta aos desafios da organização e da operação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, de modo a garantir à população usuária o acesso à atenção de qualidade com o melhor resultado possível.

O tratamento do câncer via SUS deve ser realizado em hospitais especializados e credenciados ao Ministério da Saúde, e o Hospital Amaral Carvalho, especializado em câncer, o qual possui o Serviço Social cuja história da profissão na área da saúde, vem se construindo como se verifica a seguir.

2.4 Contextualizando o Serviço Social e seu papel junto à saúde

O Serviço Social na área da saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional, pois, além do “novo” conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, colocando a saúde com aspectos biopsicossociais, ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço

Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.

Este conceito surge devido ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. E como consequência, a ênfase no trabalho multidisciplinar para ampliar a abordagem na saúde, incluindo ações educativas e preventivas, criando programas e projetos para as demandas.

Conforme a Lei nº 8.080 de setembro de 1990, art 3:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Assim sendo, o Serviço Social na área da saúde intervém além do físico e psíquico, atuando no enfrentamento das mais diversas expressões da questão social, contribuindo para a melhoria do tratamento e da qualidade de vida dos sujeitos.

A atuação de uma equipe multidisciplinar é fundamental, pois os profissionais superam a tendência de isolar-se somente no saber de sua área específica e juntam-se com o objetivo de uma prática coletiva, onde integram seus conhecimentos, o que resultará em um atendimento integral e eficaz para o paciente com câncer.

Os Assistentes Sociais atuam nos hospitais como um elo entre a Instituição e a população (BRAVO E MATOS, 2007, p.29) a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios.

O Serviço Social sofre transformações, no pós 1964, as quais influenciaram o trabalho do Assistente Social na área da saúde.

Até os anos 60 nada ameaçou o conservadorismo da profissão como revela Bravo e Matos (2007, p.30) quando relatam:

A profissão, do seu desenvolvimento até os anos 60, não teve polêmicas de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador, que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional. Alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condição de alterá-la.

Após este período a situação começou a se modificar, o conservadorismo começou a ser questionado com o surgimento dos debates na profissão. Os autores ainda complementam (BRAVO e MATOS, 2007, p.31) quanto à modernização conservadora implantada no país que exigiu renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital.

O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), que difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós 1964 (NETTO, 1996, apud BRAVO E MATOS, 2007, p.31) a fim de inserir a profissão em uma moldura teórica metodológica.

O Serviço Social na área da saúde é influenciado por essa modernização das políticas sociais, diminuindo sua ação somente na prática curativa.

Na década de 1980, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, a gestão desta época se diferenciou dos governos militares anteriores, já que neste período, frente à articulação e mobilização da sociedade, foi evidenciada a incapacidade de continuar a ditadura militar. Os autores Bravo e Matos (2007, p.32) afirmam que nessa conjuntura, “há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas, como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo”.

Em 1986, quando aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é um marco histórico na trajetória da Política Pública de Saúde no Brasil, houve a participação de profissionais de diversas áreas e da sociedade civil, teve como temas: “Saúde como Direito e Cidadania” “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e” Financiamento Setorial”.

O relatório desta Conferência serviu de base para os defensores da Reforma Sanitária na Reformulação da Constituição Federal, como apresenta o trecho do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) a seguir:

[...] ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar de Reforma Sanitária.

Na Constituição de 1988, a Saúde juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integram a Seguridade Social. A Saúde se apresenta em cinco artigos, do Artigo 196 ao 200.

Essa conquista não foi fácil, pois existiam idéias antagônicas em dois blocos hegemônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas, que defendiam a privatização dos serviços de saúde, e outro, a Plenária Nacional de Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária – democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com o controle social, onde há a participação da sociedade na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, como explica Teixeira (1989, apud BRAVO E MATOS, 2007, p.33) quando relata:

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, por sua capacidade técnica, à pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades.

Para se falar da relação do Serviço Social com a Reforma Sanitária, na década de 80, é preciso saber que a década de 80 foi um marco do início de uma maturidade da profissão, de uma intenção de ruptura, com isso a interlocução com a teoria marxista, com mudança de posições e postura crítica dos profissionais. Mesmo assim insuficiente para a prática interventiva na área da saúde.

Martinelli, Raichelis, Yasbek (2008, p.21) relatam que:

[...] observa no Serviço Social brasileiro na passagem dos anos 1980 para 1990 é de maturação, a qual expressa rupturas com o seu tradicional conservadorismo, embora, como bem lembra Netto (1996 apud Yasbek, Martinelli, Raichelis, 2008 p.21-22) “essa ruptura não signifique que o conservadorismo foi superado no interior da categoria profissional”. Pois a herança conservadora e antimoderna, constitutiva da gênese da profissão, atualiza-se e permanece presente nos tempos de hoje. Maturação que se expressa pela democratização da convivência de diferentes posicionamentos teórico-metodológicos e ideológicos no final da década. Maturação que ganhou visibilidade na sociedade brasileira pela intervenção dos assistentes sociais nos consideráveis avanços na proteção social garantidos na Constituição Federal de 1988[...] expressos, por exemplo, no SUS.

A profissão busca concretizar uma prática com um Estado participativo, formulador de políticas sociais, universais, igualitárias, sem discriminação, e o Projeto Neoliberal é

excludente e restringe o papel Estado, aumentando ainda mais as desigualdades sociais, fazendo com que a sociedade tenha que contribuir com o mesmo. Assim, confirma Bravo e Matos (2007 p.35): “O Projeto Político-Econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, Projeto Neoliberal, confronta-se com o Projeto Profissional hegemônico do Serviço Social, tecido desde a década de 80, e com o Projeto da Reforma Sanitária”.

O Projeto da Reforma Sanitária consolida-se na segunda metade dos anos 90, o Projeto de Saúde articulado com o Projeto Privatista. Cabe ao Estado garantir um mínimo para os que não podem pagar (um privado), ficando para o privado atender aos cidadãos que podem custear tratamentos, consultas, remédios, cirurgias, etc. Tendo como características um atendimento focalizado às populações vulneráveis e o questionamento da universalidade do acesso, diferenciando o trabalho do assistente social diante desses dois projetos, como cita Bravo (1998, apud BRAVO E MATOS 2007, p.36): “[...] identificou-se, já nos anos 90, que os dois projetos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentam diferentes requisições para o Serviço Social”.

Os Projetos Privatistas vem requisitando o assistente social para fazer seleção socioeconômica dos usuários, atendimento psicossocial, com predomínio de ações com abordagens individuais. Já o Projeto da Reforma Sanitária requisita o assistente social para ações como o acesso aos serviços de saúde, atendimento humanizado, tendo uma perspectiva de totalidade da realidade do usuário, interdisciplinaridade, ênfase nas ações coletivas, garantindo o acesso às informações, almejando um trabalho preventivo junto à população usuária, quanto às questões de saúde e seu contexto.

O assistente social é um profissional que precisa ir além das ações preestabelecidas, do burocrático, rotineiro, requer um profissional capacitado, comprometido, atualizado, que saiba negociar com a instituição, que tenha uma visão de totalidade e que possa propor ações criativas que efetivamente transforme a realidade, que garanta a cidadania, como cita Yamamoto (2005, p.21):

[...] uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, que reduz o trabalho do assistente social a mero emprego, como se esse limitasse ao cumprimento burocrático de horário, à realização de um leque de tarefas as mais diversas, ao cumprimento de atividades preestabelecidas. Já o exercício da profissão é mais do que isso. É uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional.

A atuação do Assistente Social na saúde deve contemplar o princípio de totalidade, utilizando os conhecimentos teóricos e interventivos, respaldado pelo Projeto Ético Político do Serviço Social e da Reforma Sanitária, a fim de garantir um atendimento que promova o acesso à saúde e aos demais direitos sociais elencados no artigo 6º da Constituição de 1988; o que qualificará a atuação do profissional, como argumenta Bravo e Matos (2007, p.43) quanto à importância desta articulação, de forma criativa e incessante:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social.

Os autores ainda complementam Matos (2003, apud BRAVO E MATOS 2007, p.43):

Cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde - formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o Projeto Ético Político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao Projeto da Reforma Sanitária.

Nesse sentido, ao assumir o Projeto Ético Político do Serviço Social exige-se sempre do profissional uma postura crítica frente o mundo, reforçando a qualidade dos serviços prestados, o respeito aos usuários e a defesa dos direitos sociais. Ainda, comprometer-se com o fortalecimento do usuário, atuando sempre numa perspectiva de totalidade (SANT'ANA 2000, p.73-92; IAMAMOTO 2005, p.75-82).

Há diversas contradições e limites que estão presentes na ação profissional, oriundos da própria inserção do Serviço Social na divisão sócio técnica do trabalho hoje vigente.

Porém é preciso ressaltar que em qualquer espaço institucional é possível e exequível uma prática comprometida com o Projeto Ético Político da profissão, desde que o profissional tenha um alinhamento das dimensões teórico- metodológica, ética-política e técnica-operativa com tal Projeto (SANT'ANA 2000, p. 73-79).

O que varia nos diversos espaços de atuação são as estratégias, de acordo com os

limites impostos pela realidade institucional e o tipo de demanda a ser atendida. O profissional tem que se comprometer integralmente com uma prática transformadora para não só cumprir os projetos institucionais, mas priorizar a qualidade do atendimento de seus usuários.

Os assistentes sociais se inserem assim, no processo de trabalho em saúde, como agentes de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. Os assistentes sociais desenvolvem, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

O que atualmente se coloca a inserção do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais como uma “prática de ajuda” e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Atua nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual. É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas existentes entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do Sistema Único de Saúde, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social, nas contradições existentes no Sistema.

O assistente social, atualmente, mais do que nunca, tem que estar articulado com os usuários que lutam pela efetivação do SUS, tem que defender a democracia e as Políticas Públicas, facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ter postura ética, crítica e criativa diante dos desafios e obstáculos, conquistar e efetivar junto com outros profissionais espaços nas unidades de saúde, estar sempre se atualizando, se capacitando em busca de novos conhecimentos e aprimoramentos, tem que perceber o usuário como um sujeito de direitos.

Neste sentido as autoras Ferreira, et all (2002, p.53) argumentam:

A atual realidade brasileira demanda profissionais comprometidos em reforçar a vinculação entre ética, política, vida social e vida profissional, pois é uma realidade complexa e contraditória que exige um posicionamento ético de todos os cidadãos [...] A coerência entre a dimensão social e profissional é imprescindível para a realização dos valores, o que se faz do Código de Ética um instrumento fundamental no estabelecimento de normas que procurem garantir um suporte a prática profissional.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por

direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados.

O Código de Ética do assistente social (1993), constituído por onze princípios fundamentais a saber:

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 sociedade, com vistas à 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 o 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, 1993)

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), através da resolução 338/1999, reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na própria formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, colocando que um dos principais fundamentos do Serviço Social é o “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”.

É um Projeto voltado para uma nova ordem societária. Ainda que não seja uma profissão somente da área da saúde, o Código, defendendo a equidade, a justiça social, a universalidade de acesso aos bens e serviços e a gestão democrática, condizem com os ganhos Constitucionais na Seguridade Social.

Este Código destaca-se dos demais pelo compromisso de contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais, reafirmando um dos dois grandes avanços da Constituição Federal (1988): a universalização dos direitos sociais e a possibilidade de controle social, por parte dos segmentos populares, por meio de conselhos

de direito e de política.

2.5 O Serviço Social no Hospital Amaral Carvalho

Em janeiro de 1937 Vargas criara no Rio de Janeiro o Centro de Cancerologia, com a direção do médico Mário Kroeff. Em 1941 o Centro seria transformado em Serviço Nacional do Câncer e, em três anos, em Instituto do Câncer, o qual passaria a Instituto Nacional do Câncer em 1961 e propiciaria a formação de recursos humanos especializados para todo país.

Em 1953 inaugura em São Paulo o Hospital A. C. Camargo (Antonio Cândido de Camargo) por Antonio Prudente e sua esposa Carmen, quando ainda, nessa década de cinquenta, o tratamento do câncer era limitado à extirpação de tumores, muito pouco se podendo fazer em doenças sistêmicas, como leucemias. E por conta da necessidade de meios para avançar nos tratamentos, em meados dos anos sessenta teve início no Brasil a adoção de radioterapia, embora com elevada radiação ionizante, causadora de graves sequelas como queimaduras e comprometimento de outros órgãos, não se conseguindo obter grandes índices de cura.

De certa forma a história se repetia. Assim como Antonio Pereira do Amaral Carvalho revolucionara a medicina jauense em sua época, ao trazer para região o que se praticava na Europa e no Rio de Janeiro, Edwin Benedicto Montenegro, ao ir para Jaú, também trouxera uma medicina avançada, a mesma que se via em dois dos principais centros cirúrgicos da época, o Hospital Santa Catarina e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Como apresenta o autor Freitas (2005, p.124):

Além disso, dotado de considerável talento de organização e imensa habilidade técnica cirúrgica, talvez herdada do pai e certamente com ele treinada quando lhe dera assistência no Hospital da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Hospital Santa Catarina, Edwin imprimiu ao Hospital e Maternidade Amaral Carvalho modernidade e um novo ritmo, introduzindo no Jaú, entre outras boas práticas hospitalares, o uso de arquivos médicos e de protocolos integrados, a traqueostomia, o monitoramento da pressão venosa central na veia cava e coração, por cateter, para melhor avaliação do sistema circulatório do paciente, e as técnicas de UTI, Unidade de tratamento Intensivo, instalação de extrema necessidade até então não existente em nenhum hospital local e, na época, nascente mesmo nos melhores hospitais da Capital.

Naquele tempo não existiam hospitais especializados em câncer, ao passo que hospitais gerais e maternidades já existiam em muitas das principais cidades, o que obrigava o Sistema Público de Saúde centralizado a partir de 1967 no INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, a enviar para Capital do Estado as ocorrências oncológicas.

Aos poucos, então, para atender a necessidade regional, Edwin deu início à especialização do Hospital Maternidade Amaral Carvalho em Oncologia Médica, conseguindo um primeiro aparelho convencional de radioterapia, firmando um convênio com o Sistema Público de Saúde para o atendimento oncológico e convidando a voltar ao Jaú o médico Sebastião Ernani de Almeida Bueno. Ernani veio e inaugurou a radioterapia do Hospital Maternidade Amaral Carvalho, ajudando a transformá-lo no primeiro hospital especializado em câncer do interior paulista, mantendo a missão original do atendimento à saúde e promoção do bem-estar da população carente, mas focando quase com exclusividade, a partir de então, em oncologia, em uma época na qual a própria oncologia médica ainda estava se desenvolvendo no mundo todo.

Muito mudou a partir disso, hoje o número de pessoas com câncer é muito mais elevado e o avanço da medicina foi gigantesco, os tratamentos agora são eficazes, porém tem custo elevado e a maioria da população portadora da doença não teriam condições econômicas de provê-los.

A partir da Constituição de 1988 quando foi assegurado a saúde como direito de todos e dever do Estado através de um Sistema Único de Saúde e das Leis 8.080 e 8.142 (1990), com os princípios e diretrizes, pôde-se proporcionar tratamento qualificado e gratuito através dos hospitais públicos ou privados conveniados com o SUS, como é o caso do Hospital Amaral Carvalho que evoluiu em grande escala e tornou-se referência na questão oncológica, garantindo hoje, atendimento a milhares de pessoas de diversas regiões do Brasil.

A Fundação Amaral Carvalho é uma Instituição filantrópica de assistência à saúde e promoção do bem estar, de natureza privada, sem fins lucrativos, localizada na cidade de Jaú, interior de São Paulo. Coordena 09 entidades que se dedicam à assistência à saúde, assistência social, hemogerenciamento, gestão do conhecimento e ação cultural, além da maior rede de voluntárias de prevenção e combate ao câncer do Brasil. Na assistência à saúde coordena 3 entidades: o Hospital Sant' Anna, o Hóspice Maria de Lourdes dos Reis Ferreira Dias, e o Hospital Amaral Carvalho.

O Hospital Amaral Carvalho destaca-se por oferecer atendimento pelo SUS,

humanizado e multidisciplinar à milhares de pacientes. São realizadas cirurgias e tratamentos especializados em câncer, abrangendo ambulatórios e enfermarias das diversas especialidades, oportunizando atendimento à saúde a todos que dele necessitar e acompanhamento integral aos pacientes, oferecendo-lhes tratamento e promovendo a recuperação da saúde dos hospitalizados, visando a garantia de um processo humanizado de restabelecimento do paciente, com recursos que propiciem a este a superação no processo saúde/doença, tentando minimizar as dificuldades, a qual o paciente perpassa. O HAC ainda oferece medicamentos, refeições e estadias para pacientes SUS que residem em outras cidades por meio das Casas de Apoio. Esses pacientes participam de diversas atividades como artesanato, palestra de prevenção, palestra de direitos e benefícios e atividades culturais, contribuindo com a qualidade de vida e colaborando para o aumento do bem estar.

Na década de 90, a Fundação intensificou o trabalho na área de assistência social, para oferecer ajuda emocional e material aos pacientes e familiares com a criação da Entidade Anna Marcelina, que coordena grupos de voluntários de Jaú, sendo multiplicado este trabalho nas outras cidades através das Ligas de Combate ao Câncer. Na área de assistência social existe também o Departamento de Serviço Social que funciona dentro do hospital e atende aos pacientes e familiares, orientando e informando-os, garantindo o acesso aos benefícios, aos direitos previstos em Lei, e a todas as necessidades que possam contribuir com a qualidade do tratamento.

Neste contexto o Assistente Social realiza um importante papel, com vistas que a saúde não depende somente do bem estar físico, mas também mental, espiritual, emocional e social, o profissional torna-se um mediador entre o paciente e a equipe de saúde, proporcionando uma rede de atendimento em torno do usuário e família. Tem como objetivos contribuir com a promoção do atendimento humanizado, através de ações que propiciem a garantia dos direitos e do acesso aos recursos e benefícios da comunidade disponíveis aos pacientes, e ainda, primar pela conquista de novos serviços, de acordo com a demanda, visando a superação das dificuldades apresentadas diante do diagnóstico, recuperação de sua saúde e qualidade de vida.

Os pacientes atendidos no Hospital apresentam inúmeras expressões da questão social, como a pobreza, a falta de saúde, falta de escolaridade, desemprego, carência afetiva, falta de informação. Na maioria, são expressões advindas do sistema capitalista, pois é um sistema excludente, que visa o lucro, tornando as pessoas individualistas, egoístas, deixando-as alienadas e aumentando cada vez mais a desigualdade social.

Assim, o trabalho dentro do hospital, não se limita em atender o paciente somente por

causa da saúde, o assistente social, em uma perspectiva de totalidade, com embasamento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, consegue intervir na realidade, realizando ações que possibilitam uma alternativa de enfrentamento dessas questões, transformando esta realidade, como contribui Costa (2000, p.62-70) quanto ao assistente social inserido na saúde:

O assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais [...] As novas exigências consistem em colaborar na construção de estratégias de efetivação dos direitos de cidadania [...] estratégias de atendimento às necessidades imediatas [...] às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira.

O assistente social deve desenvolver suas ações pautadas no Projeto Ético Político da Profissão, nos 11 princípios do Código de Ética, para com compromisso criar estratégias e abrir caminhos para o enfrentamento das demandas.

O Serviço Social do Hospital Amaral Carvalho desenvolve trabalhos individuais e coletivos com os pacientes e seus familiares, promovendo o acesso às políticas sociais e institucionais, com o objetivo de assegurar direitos sociais e o exercício da cidadania.

Desenvolve atividades como visitas diárias nos leitos das enfermarias cirúrgicas; reuniões semanais, com o grupo de voluntárias da Entidade Anna Marcelina, que fazem visitas domiciliares para discussão dos casos e assim garantir o bem estar e auxílio aos pacientes carentes de Jaú; GAPS - Grupo de Apoio Psicosocial com os pais das crianças da pediatria; realização de reuniões com os motoristas de ambulâncias; verificação de refeição para pacientes ambulatoriais; atendimento de plantão aos pacientes e familiares para esclarecimento de dúvidas e informações; contato com secretarias de saúde para agilização no agendamento de exames; agilização de exames de alto custo realizados fora do Hospital; contatos com hospitais para transferências de tratamentos e/ou cuidados paliativos; contatos com as Redes de Combate ao Câncer visando à agilização de medicamentos para pacientes; fornece informações aos pacientes acerca de seus direitos (LOAS, auxílio doença, aposentadoria, etc.); agiliza altas através de visitas nos leitos, anotações como telefone atual da família, verificação do melhor horário para realização do telefonema, disponibilizando o leito com maior rapidez; abordagem com acompanhantes e familiares por solicitação da equipe, motivada por problemática emergente; atendimento a óbitos, com orientações aos familiares quanto ao registro de óbito, contato com funerária, etc.; providencia o bem estar do paciente em sua cidade, através de contato telefônico com diversos órgãos; encaminha para Entidade Anna Marcelina para auxílio

com medicamentos (quando o paciente é de Jaú, ou se em sua cidade não existir a Liga de Combate ao Câncer); contatos interprofissionais e reuniões interdisciplinares; estudo sócio econômico; contatos com pacientes faltosos e/ou familiares; visitas domiciliares à pacientes de Jaú para acompanhamento de casos e/ou contato com o município do paciente para que órgãos responsáveis do município realizem a visita para o acompanhamento; grupo de apoio aos pacientes laringectomizados; recebimento e distribuição de doações diversas; projeto felicidade, com as crianças da pediatria; garante que sejam efetivados todos os direitos dos pacientes e viabiliza meios para que se concretizem o mais rápido possível; realiza reuniões com grupos de pacientes para informações sobre o Sistema Único de Saúde; entre outras várias ações que vão surgindo de acordo com as demandas.

Dentre tantas ações e esforços pelos profissionais do Hospital, releva-se o resultado apresentado no boletim interno (março de 2009) que relata:

A Secretaria de Estado da Saúde divulgou os 10 melhores hospitais mais bem avaliados pelos usuários do Sistema Único de Saúde [...] O Hospital Amaral Carvalho ficou em 4º lugar no ranking de melhores hospitais do Estado, sendo o 1º na área oncológica [...] o hospital não oferece apenas condições tecnológicas para aqueles que procuram tratamento, mas condições humanas para vencer a doença.

Nesse contexto, o Hospital Amaral Carvalho, um hospital especializado em tratamento do câncer, que atende pacientes pelo SUS, realiza um importante trabalho frente às questões que permeiam a realidade do paciente portador desta doença. Pois, através de sua equipe, propicia tratamento gratuito e de forma integral, promovendo o acesso às políticas sociais e institucionais, com o objetivo de assegurar o bem estar, possibilitando a efetivação dos direitos sociais e o exercício da cidadania.

3 CAMINHOS DA PESQUISA

3.1 Metodologia da Pesquisa

Esse estudo trata da efetividade do Sistema Único de Saúde e o papel do Serviço Social na efetivação dos direitos de pacientes oncológicos, foi realizado no período de fevereiro a

novembro de 2009, no Hospital Amaral Carvalho, que é um centro especializado em oncologia, localizado na cidade de Jaú, interior de São Paulo.

Para conhecer os fatos e os fenômenos relacionados ao tema, realiza-se uma aproximação, através de coletânea de artigos e livros, com diferentes teorias e autores a cerca do assunto para apreender melhor o objeto de estudo.

Levanta-se como problema qual é a efetividade do Sistema Único de Saúde e o papel do Serviço Social na consolidação de direitos na visão dos pacientes oncológicos, atendidos no Hospital Amaral Carvalho, cuja hipótese sugerida é que os pacientes em tratamento na enfermaria de oncologia, compreendem o SUS como um meio de efetivação de direitos, reconhecem a efetividade do Sistema por ter acesso a esse direito, mas, no entanto, desconhecem a amplitude da dimensão desse sistema, pois não possuem nenhum tipo de informação sobre ele, apenas sabem que existe porque utilizam.

Trata-se um estudo exploratório, utilizando a pesquisa bibliográfica e a de campo, cujo método é o dialético, pois se pretende ter uma visão de totalidade da realidade. A abordagem é a quali-quantitativa. Qualitativa ao conter depoimentos de pacientes sobre sua concepção do SUS no tratamento oncológico, como pensam agem e reagem sobre sua realidade; enquanto que, a quantitativa é utilizada no levantamento de índices sobre o perfil dos pacientes e estatísticas de atendimentos, levantamento sobre a qualificação dos atendimentos.

Da pesquisa quali-quantitativa é possível afirmar que os dados quantitativos preveem a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas. A abordagem qualitativa fundamenta-se em dados reunidos nas interações interpessoais, na participação das situações dos informantes, analisados a partir da significação que estes dão aos seus atos (CHIZZOTTI, 1998, p. 52).

Assim, a pesquisa qualitativa contribui para conhecer a realidade do paciente no momento do diagnóstico da doença, como eles agiram e reagem à esta situação, a visão que tem do SUS, bem como a verificação da importância do Assistente Social no processo do tratamento e o porque da qualificação dos atendimentos dentro e fora do Hospital Amaral Carvalho.

Os dados quantitativos servem como complemento dos dados subjetivos.

Conforme Minayo (1994, p.22): “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

O objetivo geral da pesquisa é evidenciar a efetividade do SUS e o papel do Serviço Social para os pacientes oncológicos em tratamento na enfermaria, e os objetivos específicos é evidenciar como os pacientes entendem o SUS, identificar como os pacientes qualificam este Sistema, verificar o papel do Serviço Social para os pacientes oncológicos e compreender a visão dos pacientes quanto à atuação do Serviço Social no Hospital Amaral Carvalho.

No mês de Maio encaminhou-se o Projeto de Pesquisa ao Centro de Estudo e Pesquisa (CEP) do Hospital, para possível aprovação. Obteve-se a aprovação no final do mesmo mês, possibilitando o início da coleta de dados através da aplicação do Pré Teste.

Os Instrumentais dessa pesquisa para a coleta de dados é a observação, uma vez que apreendendo os aspectos que permeiam a realidade dos pacientes, possibilita melhor compreensão desta, bem como a entrevista, realizada através de formulário com perguntas abertas e fechadas. Também utiliza-se a documentação como fonte de informação para levantamento de estatísticas de atendimentos mensais na enfermaria e verificações de informações pessoais dos pacientes.

O pré teste foi aplicado no mês de junho com 6 (seis) pacientes e não foi necessário alterar seu conteúdo, pois atendeu aos objetivos propostos.

O universo da pesquisa são os pacientes da enfermaria de oncologia, que já estiveram ou estão internados, nos 37 (trinta e sete) leitos disponíveis nessa enfermaria, cuja média é de 118 (cento e dezoito) pacientes internados. No entanto foram constatados uma média de 26 (vinte e seis) óbitos e 1 (uma) transferência no período da aplicação da pesquisa, que ocorreu entre os meses de julho e agosto, totalizando uma amostragem de 25 (vinte e cinco) sujeitos, o que representa 24% do universo.

As pesquisadoras utilizaram a abordagem direta com os sujeitos, apresentando os objetivos da pesquisa, solicitando o consentimento do paciente, mencionando os riscos da participação da mesma, garantindo o sigilo e a ética junto às respostas, bem como a solicitação da autorização dos responsáveis pelo setor para a realização da mesma.

Quanto a abordagem dos pacientes e aplicação dos formulários, as pesquisadoras primeiramente, se informaram com o enfermeiro chefe e com a assistente social desta enfermaria, quais pacientes tinham condições clínicas para responder o formulário. Não foi possível aplicar a pesquisa com todos os pacientes da enfermaria, pois, muitos encontravam-se debilitados, com sondas, oxigênio, sob efeitos de medicamentos fortes, sonolentos, e ainda havia alguns que apresentavam problemas psiquiátricos. Nestes casos não foram autorizadas a aplicação da pesquisa, para não atrapalhar o tratamento. As entrevistas duraram em média 20 a

30 minutos cada, junto ao próprio leito do paciente.

Após a coleta de dados foi elaborado o tratamento e tabulação dos dados para posterior análise e discussão dos dados. Quanto a pesquisa qualitativa foi elaborada a organização e descrição dos dados brutos para limpeza dos textos, e na pesquisa quantitativa elaborou-se as tabelas, organizadas pela descrição dos dados brutos.

A pesquisa foi sistematizada em dois eixos norteadores elaborados através dos objetivos específicos. O primeiro eixo evidencia como os pacientes entendem o SUS e como qualificam este sistema, e o segundo eixo verifica o papel do Assistente Social e sua importância para os pacientes oncológicos.

Posteriormente, foi elaborada a conclusão e sugestões que o estudo evidencia.

Análise e interpretação dos dados

3.2.1 Apreensão e Qualificação do SUS pelos Sujeitos

Convive-se em uma sociedade cuja idéia neoliberal vem se fortalecendo, e assim, as políticas públicas estão sendo cada vez mais complementadas pela população, em decorrência da precariedade em que se encontram os serviços oferecidos, especialmente quanto ao acesso a essas políticas pelos cidadãos.

A saúde privada embora tenha sido um direito conquistado dentro de uma perspectiva capitalista, teve seu desenvolvimento, que somado a precariedade dos equipamentos e serviços de saúde levaram a população a uma descrença quanto ao SUS. Entre os pacientes oncológicos percebe-se que ao iniciarem o tratamento tido como gratuito, permite a visibilidade deste direito conquistado, mesmo que ainda com um conhecimento parcial, como se verifica nos relatos abaixo:

Não sei nem explicar, mas é uma coisa boa. Desde quando entrei pro SUS. Desde quando fui fazer o cartãozinho no posto de saúde aí que facilitou tudo, aí facilitou bem. (Sujeito 9, 43 anos)

O SUS é um bem pra gente. Porque não precisa pagar, é uma coisa boa pra gente. Acho que é um direito pra gente. (Sujeito 17, 33 anos)

Só sei que é um direito. (Sujeito 19, 38 anos)

É acho que o SUS é um direito que a gente tem, atendimento grátis. (Sujeito 25, 53 anos)

Os sujeitos concebem o SUS como um direito e que frente ao diagnóstico que possuem este passa a ser necessário e imprescindível, pois ao adiar o início do tratamento, o paciente oncológico tarda o processo de cura, sendo necessário prolongar o período de tratamento em alguns casos.

Esse estudo revela que os sujeitos da pesquisa possuem diagnósticos recentes, porém, relatam que já tardaram o tratamento conforme aponta o quadro 1:

Início do tratamento	
2005 a 2006	3
2007 a 2008	6
2009	15
Não se recorda	1
Total	25

Quadro 1 – Início do tratamento

Nota-se que aqueles sujeitos que não estão no primeiro ano de tratamento, iniciaram no máximo há dois anos.

O câncer tornou-se uma doença social de grande repercussão entre a população, tendo maior reincidência entre os homens, como demonstra estudos realizados e essa pesquisa ratifica tais dados a saber:

Sexo dos pacientes	
Masculino	15
Feminino	10
Total	25

Quadro 2 – Gênero dos sujeitos

Observa-se que a maioria (quinze sujeitos) são homens e dez mulheres, os quais sempre realizaram o tratamento no hospital Amaral Carvalho, portanto através do SUS, conforme o quadro 3:

Tratamento pelo	
SUS	18
Particular	07
Total	25

Quadro 3 – Tipo de tratamento.

Afere-se que 18 (dezoito) dos sujeitos já iniciaram o tratamento pelo SUS e apenas 7 (sete) particular, porém ao descobrirem o diagnóstico passam a valer-se do SUS por ser um tratamento longo e muito caro.

O quadro 4 aponta que 21 (vinte e um) sujeitos iniciaram o tratamento no HAC e apenas 4(quatro) iniciaram fora dali.

Tratamento sempre realizado no HAC	
Sim	21
Não	04
Total	25

Quadro 4 – Instituição em que iniciaram o tratamento

Segundo o Ministério da Saúde (2009):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros. Antes da criação do SUS, que completam 20 anos em 2008, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar

e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

É visível, ao observar junto aos sujeitos que a maioria identifica o SUS como um direito, mas não conhecem a dimensão deste sistema, sua operacionalização e os direitos embutidos junto à saúde, e pelo descrédito existente não utilizam o serviço como forma de prevenção, o que desfavorece a identificação do câncer, e de seu tratamento. Investigados como descobriram a doença relatam:

Tive problema no estômago e sempre me medicava, até que a dor começou a aumentar, aumentar, aí fiz um consulta em um médico e ele pediu uma endoscopia. No exame deu o câncer no estômago. (Sujeito 1, 30 anos)

Eu trabalhava de entregador com moto, não tava mais conseguindo andar de moto de tanta dor, procurei o posto de saúde e me falaram que era prisão de ventre, o médico pediu pra eu tomar remédio e descansar e nem me pediram exame. Minha mulher me colocou no convênio dela e procurei um proctologista, porque eu não conseguia mais fazer nada, foi pela UNIMED, e na hora o médico já viu que era câncer. Então procurei o Amaralzinho e ao invés de passar pelo médico da Unimed, meu irmão se confundiu e falou que eu queria passar pelo médico do SUS, foi quando essa médica já entrou em contato aqui com o Amaral de Jaú, e me encaminhou pra cá no mesmo dia. Se não fosse aqui eu já estaria morto. (Sujeito 4, 40 anos)

Sentia dores no corpo. Procurei o medico no posto de saúde do meu bairro mesmo, ai ele diagnosticou o nódulo no pescoço. As dores eram sempre a noite por isso demorei pra ir no medico, também coçava. O medico me encaminhou pra cirurgia que fez uma biopsia, eu estava com um linfoma. Fiz 20 radio e 8 quimioterapia em Jacaréí. Ao termino das quimioterapias, uns 2 meses depois senti dores na barriga, e me levaram pro pronto socorro, tomei um remédio pra dor na veia. Fiz uma tomografia e apareceu 2 tumores no abdômen, o medico me encaminhou pra Unicamp e eles lá me mandaram pra cá. Mesmo assim eu tinha muitas dores. No dia 27 de julho cheguei aqui e já fiquei internado e fiz uma quimioterapia. (Sujeito 18, 33 anos)

Fiquei em mês com hemorragia e ai fui fazer um ultra-som que já tava marcado porque tinha perdido um bebe. Fiz o exame pra vê o que tinha. Ai tinha um tumor no útero, o medico me mandou pra cá. Fiz radioterapia. Não me estorvava, foi em junho que descobri. (Sujeito 24, 44 anos)

Os sujeitos mencionam que demoram para procurar atendimento médico, retardando o tratamento ou procedimentos cirúrgicos, além da dificuldade de diagnósticos exatos, como pode-se verificar em muitos casos foram constatados diagnósticos errados.

Quanto à qualificação do Sistema Único de Saúde, os sujeitos afirmam que:

Qualificação do SUS	
Ótimo	05
Bom	13
Regular	06
Ruim	01
Total	25

Quadro 5 - Qualificação do SUS pelos sujeitos

Assim, os que o qualificam como bom, justificam que muitas vezes não correspondeu ao que esperavam e complementam que o mesmo deveria ter muitas mudanças para se ter um real funcionamento do Sistema.

Dos que o consideram como regular, justificam a qualificação pela demora de atendimento do Sistema, pelo enfrentamento de filas de espera, e meses para conseguirem uma consulta, tendo em vista que no caso do câncer, como também de outras doenças, o índice de cura é maior quando se descobre a doença no início.

No entanto, aqueles que não tiveram nenhuma dificuldade no atendimento o qualificam como ótimo, conforme os relatos dos sujeitos:

Eu acho o atendimento pelo SUS ótimo, porque agente vai lá, eles atendem e nem falam nada. Às vezes tem que esperar um pouquinho. (Sujeito 20, 65 anos)

É ótimo porque nele que faço tudo. (Sujeito 14, 46 anos)

Porque dava pra melhorar muito. (Sujeito 15, 51 anos)

Porque no hospital é bom, mas fora é muito demorado. (Sujeito 7, 26 anos)

Pela falta de atendimento e precariedade de medicamentos em alguns lugares, assim no geral. (Sujeito 1, 30 anos)

O SUS surgiu como resposta à necessidade de se dar eficiência e eficácia ao aparato estatal, tendo a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento gratuito a qualquer cidadão, conforme suas necessidades pois, todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde.

Porém, o SUS constitucional está longe de ser o SUS que se aplica no cotidiano. Há

uma enorme distância entre a proposta do Movimento Sanitário e a prática do Sistema Público de Saúde vigente.

Torna-se visível também, diante das respostas, que os pacientes algumas vezes se confundem, pelo fato do hospital realizar atendimentos pelo SUS, eles comparam o hospital com os atendimentos nos municípios, muitas vezes não distinguem que é um hospital privado, porém, conveniado com o SUS, prestando serviços públicos, o que faz muita diferença daquele puramente público.

Neste sentido os pacientes qualificam também o SUS dentro e fora do Hospital, como demonstra o quadro 6:

Qualificação do atendimento SUS fora do HAC	
Ótimo	17
Bom	05
Regular	00
Ruim	03
Total	25

Quadro 6 – Qualificação do atendimento SUS fora do HAC.

Na qualificação do SUS fora do hospital 17(dezessete) pacientes qualificam como ótimo, 5(cinco) pacientes como bom e 3 (três) sujeitos o consideram ruim.

Os que o consideram ótimo, mencionaram que tiveram um bom atendimento, com atenção e respeito, enquanto que os que qualificam como bom justificam que foram bem atendidos, porém com algum tempo de espera. Os que qualificam como ruim, justificam a precariedade do Sistema em locais que foram atendidos, além de erros e falta de interesse por parte dos médicos. Conforme os relatos dos sujeitos:

O atendimento do SUS fora do HAC foi ruim, péssimo, num pronto socorro, faltou interesse dos médicos. (Sujeito 4, 40 anos)

Não foi bom. Porque os médicos não fizeram certo. Antes eles deixaram resto na barriga. (Sujeito 24, 44 anos)

Fui sempre bem tratado, tinha medo que fosse um atendimento de qualquer jeito, e não foi. Nesta área fui bem atendido. (Sujeito 18, 38 anos)

Porque no Posto de Saúde eu não consegui nada, tive que pagar a primeira consulta, mas daí pra cá, está tudo certo. (Sujeito 15, 51 anos)

Nota-se que a avaliação dos sujeitos sempre é feita correlacionada ao tempo de espera e efetividade do atendimento.

Quanto a qualificação do SUS dentro do Hospital Amaral Carvalho demonstram comprometimento da equipe do hospital, bem como a qualidade do atendimento como se pode ver através do quadro 7:

Qualificação do atendimento SUS no HAC	
Ótimo	14
Bom	11
Regular	00
Ruim	00
Total	25

Quadro 7 – Qualificação do atendimento SUS no HAC.

Dos 25 sujeitos da pesquisa, 14 (quatorze) qualificam como ótimo o atendimento e 11 (onze) como bom e justificam:

Por causa da maneira como sou tratado, é diferente dos outros hospitais, é mais humano o tratamento aqui. As pessoas, enfermeiros estão sempre de bom humor, te chamam pelo nome, é diferente aqui o tratamento. (Sujeito 1, 30 anos)

Porque estou sendo muito bem atendido, possui bons médicos, enfermeiras, e assistentes sociais pra orientar. (Sujeito 2, 63 anos)

Tem parte que a gente acha ótimo e outra ruim, então fica bom. O problema é a espera. Cheguei pra fazer a quimioterapia, mas fiquei lá em baixo porque num tinha cama pra mim ainda. (Sujeito 21, 49 anos)

Porque aqui o pessoal é humanizado, chama pelo nome, é um carinho diferente. (Sujeito 4, 40 anos)

Novamente verifica-se que a questão da espera perpassa por todas as avaliações, quando o atendimento é rápido, eleva o conceito da efetividade do SUS.

A Constituição define que, quando por insuficiência do setor público, se necessário, a contratação do setor privado deve acontecer, o que denomina-se complementaridade pelo setor privado. Assim, o gestor deve planejar primeiro o setor público e na seqüência, complementar com o privado, seguindo os mesmos preceitos de regionalização, hierarquização e universalização, como define o Art. 199 da Constituição de 1988: “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

O Hospital Amaral Carvalho destaca-se por oferecer atendimento pelo SUS, humanizado e multidisciplinar à milhares de pacientes. Onde são realizadas cirurgias e tratamentos especializados em câncer, abrangendo ambulatórios e enfermarias das diversas especialidades, oportunizando atendimento à saúde a todos que dele necessitar e acompanhamento integral aos pacientes, oferecendo-lhes tratamento e promovendo a recuperação da saúde dos hospitalizados, visando a garantia de um processo humanizado de restabelecimento do paciente, com recursos que propiciem a este a superação no processo saúde/doença, tentando minimizar as dificuldades, a qual o paciente perpassa.

Quanto ao acesso aos medicamentos os sujeitos relatam:

Os exames fiz todos aqui no hospital, e os medicamentos... Só tomei um remédio, e tive que comprar porque não tinha no posto. (Sujeito 1, 30 anos)

Tudo pela Rede de Combate ao Câncer de Rio Claro. Consigo tudo por lá. (Sujeito 3, 57 anos)

Os medicamentos e exames daqui do hospital são uma maravilha, mas, por exemplo, exame de sangue eu pago porque lá em Bauru eu não consigo. Agora a morfina e alguns outros eu consigo na rede. (Sujeito 4, 40 anos)

Faço pelo SUS. Não pago, vou no meu medico e ele já faz o relatório. Sempre consegui os exames. (Sujeito 22, 37 anos)

Não tenho dificuldade. Um pouco a gente consegue. Tem uma associação que sempre ajuda. (Sujeito 25, 53 anos)

Dentre os relatos, a maioria dos pacientes conseguem acesso à exames e medicamentos no Hospital Amaral Carvalho, alguns através das Redes de Combate ao Câncer, um número menor dos entrevistados conseguem no município alguns tipos de remédios e exames, e em contrapartida, outros não conseguem este acesso no município e acabam pagando os medicamentos e exames.

O quadro 8 evidencia a qualificação dos sujeitos quanto o acesso a medicamentos e

exames:

Qualificação do acesso aos medicamentos e exames	
Ótimo	12
Bom	12
Regular	00
Ruim	01
Total	25

Quadro 8 – Qualificação do acesso aos medicamentos e exames

Quanto a qualificação ao acesso aos medicamentos e exames 12 (doze) pacientes qualificam como ótimo, 12 (doze) como bom e apenas 1(um) como ruim, evidenciando que todos tem acesso à exames e medicamentos, como se verifica nos relatos:

É ótimo. Porque sempre consegui tudo pela Rede. (Sujeito 3, 57 anos)

Porque sempre tomo aqui as coisas, tomo tudo aqui. (Sujeito 6, 62 anos)

É muito bom, sempre consegui. É a gente tem bastante conhecido no departamento da prefeitura. (Sujeito 22, 37 anos)

Não consigo nada. Tudo que preciso tem que ir pra Assis ou Ourinhos. (Sujeito 24, 44 anos)

Os pacientes que qualificaram o acesso à exames e medicamentos como ótimo e bom justificam pelo efetivo acesso, independente de como tem este acesso, mesmo com um pouco de demora, mas o tem quando precisam. Por outro lado, o único paciente que qualifica como ruim, justifica pela dificuldade do acesso aos exames, e a necessidade de fazer exames em cidades vizinhas pela falta de equipamentos necessários em seu município.

Uma das situações mais frequentes, nos serviços públicos de saúde no Brasil é o paciente não encontrar os medicamentos que lhe são receitados gratuitamente, e não ter condições financeiras de comprá-los.

Segundo a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE): “53% dos brasileiros são atendidos nos serviços públicos de saúde, certamente pela falta de uma política global de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde – SUS”. Hoje, o Ministério da Saúde já desenvolve alguns programas, diretamente ou através de parcerias com os estados e

municípios para distribuição de medicamentos, incluindo-se o fornecimento gratuito de alto custo como os destinados ao tratamento do câncer.

Na Constituição Federal de 1988, firma em seu Art. 196: “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”.

O Estado tem o dever de formular, implementar e executar as Políticas Sociais e a sociedade a co-responsabilidade da formulação, execução e controle.

O Estado teria que prover efetivamente, através das Políticas Públicas a efetivação desse direito, mas todo o processo histórico, o neoliberalismo, o capitalismo e a globalização fazem com que o lucro, o mercado, minimize o seu papel, promovendo, conseqüentemente, ao terceiro setor, a criação de meios para a sociedade combater essas sequelas e ausência de assistência.

O público e o privado não mais se contrapõe, não são mais antagônicos, eles se interpenetram, podendo até, as vezes, se confundir, passando então de Estado providência, para também sociedade - providência, tendo como ponto positivo a importância do voluntariado e o fortalecimento da “participação” da sociedade e do controle social, porém, não é totalmente suficiente. Pois, além de existir algumas ações emancipatórias, pode em alguns momentos, ocorrer posturas tutelares que ameaçam o desenvolvimento de uma Política Social justa e igualitária.

O HAC ainda oferece medicamentos, refeições e estadias para pacientes SUS que residem em outras cidades, por meio das Casas de Apoio. Na década de 90, a Fundação intensificou o trabalho na área de assistência social, para oferecer ajuda emocional e material aos pacientes e familiares, com a criação da Entidade Anna Marcelina, que coordena grupos de voluntários de Jaú, sendo multiplicado este trabalho nas outras cidades através das Ligas de Combate ao Câncer.

3.2.2 O papel do Assistente Social e sua importância para os pacientes oncológicos.

O Serviço Social na área da saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional, pois, além do “novo” conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, colocando a saúde com aspectos biopsicossociais, ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social

passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.

O assistente social está presente nos órgãos de saúde, seja hospitais, unidades de atendimentos, centros de saúde especializados, nas secretarias de saúde municipais e estaduais, podendo assim garantir o acesso aos direitos que envolvem a saúde.

O assistente social é um profissional de grande relevância no mercado de trabalho, especialmente no setor público, junto às políticas públicas. Espaço alcançado pelas características desta profissão, ou seja, possui flexibilidade, facilidade de mediação, trabalho interdisciplinar, capacidade de superar desafios da profissão, como o de decifrar a realidade social, como lembra Iamamoto (2005, p.20) quando cita:

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.

Porém, a presença deste profissional não garante o reconhecimento de seu trabalho junto a população, pois muitos desconhecem as suas ações realizadas e sua presença neste setores, como podemos observar pelas respostas dos pacientes em tratamento no Hospital Amaral Carvalho. Quando questionados quanto ao contato com assistente social fora do HAC informam:

Contato com assistente social fora do hospital A.C	
Sim	12
Não	13
Total	25

Quadro 9 – Atendimento fora do HAC por Assistente Sociais

Verifica-se que 13 (treze) pacientes não tiveram contato com assistente social fora do Hospital Amaral Carvalho e 12 (doze) tiveram, no entanto todos os que tiveram contato com algum assistente social, fora do Hospital Amaral Carvalho foi

após ter diagnosticado a doença, necessitando deste atendimento em decorrência do tratamento: por necessidade de alguma informação, contato para transporte, cadastro na Rede de Combate ao Câncer, no Posto de Saúde para acesso à medicamentos, ou em outros hospitais, para tratamento antes do encaminhamento para o Amaral Carvalho, como mostram os relatos a seguir:

Fui atendido pela assistente social quando precisei de transporte. (Sujeito 2, 63 anos)

Pra ter informação, pra pegar remédio, pra transporte. Ela que me encaminhou. (Sujeito 8, 46 anos)

No grupo da minha cidade (Rede de Combate ao Câncer) (Sujeito 15, 51 anos)

Quando iniciei o tratamento oncológico, ai já me encaminharam pra ela. Foi ai que conheci o trabalho dela. (Sujeito 18, 33 anos)

Nota-se que apesar do desconhecimento anterior, buscaram nesse profissional a articulação para efetivação de direitos.

Constata-se também, que a maioria dos pacientes que tiveram contato com assistente social fora do Hospital Amaral Carvalho que totalizam 8 (oito) sujeitos, qualificam o atendimento como bom e, 4 (quatro) consideram como ótimo, conforme observa-se no quadro abaixo:

Qualificação do atendimento do assistente social fora do hospital HAC	
Ótimo	04
Bom	08
Regular	00
Ruim	00
Total	25

Quadro 10 – Qualificação atendimento do Assistente Sociais fora do HAC

Afirmam que o bom atendimento e comprometimento com a efetivação da garantia dos direitos dos sujeitos, está presente na ação do profissional como se verifica nos relatos abaixo:

Porque ela foi muito atenciosa. Ela me falou que o que eu precisasse dela, ela correria atrás para conseguir. Toda segunda ela me arrumava leite e sustagem (suplemento alimentar). (Sujeito 4, 40 anos)

Porque a Assistente Social é boa, sempre faz tudo pra gente. Foi através dela que consegui tudo pra biopsia. (Sujeito 10, 33 anos)

Porque é muito bom, ajuda muito a gente. São demais. (Sujeito 15, 51 anos)

Foi bom pelos encaminhamentos que ela fez, indicando o caminho certo. (Sujeito 18, 33 anos)

O Serviço Social do Hospital Amaral Carvalho desenvolve trabalhos individuais e coletivos com os pacientes e seus familiares, promovendo o acesso às políticas sociais e institucionais, com o objetivo de assegurar direitos sociais e o exercício da cidadania.

Assim, o profissional de Serviço Social tem grande importância na instituição, bem como o trabalho desenvolvido, pois este atinge grande parte dos pacientes em tratamento e suas famílias, permitindo que os mesmos conheçam suas ações, constatando que a maioria dos sujeitos entrevistados foram atendidos por um assistente social dentro da instituição, como mostra o quadro 12:

Foi atendido por um assistente social no HAC	
Sim	21
Não	04
Total	25

Quadro 11 – Contato com o Assistente Social no HAC

A qualificação e competência dos profissionais do Serviço Social são fundamentais para uma ação responsável e eficiente, pautada no Código de Ética da profissão, verifica-se que a maioria dos sujeitos, 21(vinte e um) deles já tiveram contato com Assistente Social dentro do HAC, e 4 (quatro) apenas ainda não haviam passado por este atendimento, podendo verificar através do quadro 13 a opinião desses sujeitos:

Atendimento do assistente social do HAC	
Ótimo	10
Bom	11
Regular	00
Ruim	00
Total	25

Quadro 12 - Qualificação do atendimento do Assistente Social no HAC

Pode-se constatar que 11 (onze) sujeitos qualificam o atendimento como bom e 10 (dez) como ótimo, cujos relatos abaixo demonstram a justificativa dessas qualificações:

Porque elas fazem Palestra informativa de INSS, aposentadoria. Elas nos falam coisas que às vezes a gente não sabe. (Sujeito 11, 60 anos)

Porque ela já me procurou e já passou todas as informações. (Sujeito 18, 33 anos)

Porque elas atenderam a gente com alegria, com espontaneidade. (Sujeito 21, 49 anos)

Tudo que pedi foi bem atendido. Elas ajudaram e deu certo, tem muita boa vontade. Foi pra aposentadoria que ela fez os papeis e deu tudo certinho. (Sujeito 25, 53 anos)

Todos os sujeitos, independente da classificação do atendimento, tiveram efetivados os seus direitos, e foram atendidos de forma comprometida, em favor da cidadania, como se pede os princípios do Código de Ética da profissão.

Decorrente de ações bem planejadas e executadas por profissionais empenhados com a gestão da saúde brasileira, lembrando que esta assume novos desafios, uma saúde mais

humanizada, universal e igualitária; o Serviço Social alcança espaços nos diversos setores da política da saúde, participando de uma área até pouco tempo restrita à médicos e enfermeiros. Sua participação possibilita olhar de forma integral o paciente, não mais numa visão fragmentada da doença, permitindo que o usuário, conheça seus direitos e tenha uma referência para iniciar este acesso, pois a informação é também parte da cidadania.

Os Assistentes Sociais atuam em hospitais como um elo entre a Instituição e a população (BRAVO E MATOS, 2007, p.29) a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios.

A atuação do Assistente Social na saúde deve contemplar o princípio de totalidade, utilizando os conhecimentos teóricos e interventivos, respaldado pelo Projeto Ético Político do Serviço Social e da Reforma Sanitária, a fim de garantir um atendimento que promova o acesso à saúde e aos demais direitos sociais elencados no artigo 6º da Constituição de 1988; o que qualificará a atuação do profissional, como argumenta Bravo e Matos (2007, p.43) quanto à importância desta articulação, de forma criativa e incessante:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois Projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social.

Na área de assistência social da Fundação Amaral Carvalho existe também o Departamento de Serviço Social que funciona dentro do hospital e atende aos pacientes e familiares, orientando e informando-os, garantindo o acesso aos benefícios, aos direitos previstos em Lei, e a todas as necessidades que possam contribuir com a qualidade do tratamento. Costa (2000 p.62-70) pontua quanto ao assistente social inserido na saúde, que:

O assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais [...] As novas exigências consiste em colaborar na construção de estratégias de efetivação dos direitos de cidadania [...] estratégias de atendimento às necessidades imediatas [...] às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira.

Nesse sentido, ao assumir o Projeto Ético Político do Serviço Social exige-se sempre do profissional uma postura crítica frente o mundo, reforçando a qualidade dos serviços

prestados, o respeito aos usuários e a defesa dos direitos sociais. Ainda, comprometendo-se com o fortalecimento do usuário, atuando sempre numa perspectiva de totalidade (SANT’ANA 2000, p.73-92; IAMAMOTO 2005, p.75-82).

Por se tratar de uma instituição filantrópica, que realiza serviços públicos, os pacientes do Hospital Amaral Carvalho são geralmente, pessoas provenientes de uma baixa situação socioeconômica, com índices elevados de analfabetismo ou de analfabetismo funcional, desprovidos de informações, tanto em relação ao tratamento, quanto aos seus direitos, assim a presença do profissional de Serviço Social é de suma importância e de forma unânime, como apresenta o quadro abaixo que trata da importância desse profissional para os pacientes:

O assistente social é importante no processo do tratamento	
Sim	25
Não	00
Total	25

Quadro 13 - Importância do profissional de Serviço Social no processo de tratamento.

É reconhecidamente apontada sua importância pela totalidade dos sujeitos, até mesmo por aqueles que não o conhecem ou não foram atendidos até o momento da pesquisa por eles, como verifica-se pelos relatos:

Porque na maioria das vezes é ela que orienta, pra tudo se encaixar nos momentos certos. (Sujeito 2, 63 anos)

Porque tem muitas coisas que a gente não entende aí elas ajudam. (Sujeito 12, 57 anos)

Porque você precisa de coisa que a gente não entende, sem ela a gente não conseguiria nada, porque tem coisa que a gente não entende. É fundamental elas. (Sujeito 15, 51 anos)

Porque estão sempre interado do assunto, enquanto os pacientes durante o tratamento ficam sem cabeça. (Sujeito 18, 33 anos)

Observa-se na área da saúde que a inserção do assistente social não é mais uma “prática” mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a

exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica coletiva e individual.

O assistente social, atualmente, mais do que nunca, tem que estar articulado com os usuários que lutam pela efetivação do SUS, tem que defender a democracia e as políticas públicas, facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ter postura ética, crítica e criativa diante dos desafios e obstáculos, conquistar e efetivar junto com outros profissionais espaços nas unidades de saúde, estar sempre se atualizando e se capacitando em busca de novos conhecimentos e aprimoramentos, percebendo sempre o usuário como um sujeito de direitos.

Neste sentido as autoras Ferreira, et all (2007, p.53) argumentam:

A atual realidade brasileira demanda profissionais comprometidos em reforçar a vinculação entre ética, política, vida social e vida profissional, pois é uma realidade complexa e contraditória que exige um posicionamento ético de todos os cidadãos [...] A coerência entre a dimensão social e profissional é imprescindível para a realização dos valores, o que se faz do Código de Ética um instrumento fundamental no estabelecimento de normas que procurem garantir um suporte a prática profissional.

Indagados se o Serviço Social os atende quando necessitam, os sujeitos afirmam:

O assistente social tem que apoiar cada vez mais os pacientes principalmente os daqui, pela situação. (Sujeito 1, 30 anos)

Acredito estar tudo bom. (Sujeito 2, 63 anos)

Nada a declarar, ta tudo ótimo. (Sujeito 9, 43 anos)

Tudo que precisei ela fez. Não tem mais nada. (Sujeito 15, 51 anos)

No contexto de luta para a efetivação dos direitos sociais, os assistentes sociais do hospital Amaral Carvalho realizam as atividades buscando responder de forma positiva às necessidades dos pacientes que, cotidianamente, emergem de acordo com a realidade vivenciada por cada sujeito. Nota-se que no alcance dos objetivos os assistentes sociais mantêm contato direto com os pacientes para acompanhar o surgimento destas necessidades.

4. CONCLUSÃO

Concluí-se a partir deste estudo que: quanto ao entendimento que os pacientes que realizam tratamento na enfermaria de oncologia tem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) é que o mesmo é um meio de efetivação de direitos, pois o utilizam, ainda que de forma parcial, pois não vivenciam o SUS em toda sua amplitude e princípios.

Pela insuficiência da Política Pública, a prestação de um ineficaz serviço público de saúde, a falta de capacitação de alguns profissionais e, a falta de informações e consciência das dimensões do Sistema, os pacientes entendem que esse direito se limita ao tratamento de algumas doenças, quando é algo decorrente da necessidade de um atendimento médico, ligado à práticas curativas. Não compreendem como um Sistema meio de efetivação de inúmeros direitos, que não limita-se a um atendimento médico, ou tão somente à prática curativa.

É elogiável a forma Constitucional desse Sistema, porém, não se pode dizer o mesmo de sua aplicação substancial, pois carece de efetivação em diversos ramos.

Ainda que a população brasileira tenha conquistado a partir da participação dos sujeitos sociais, o direito à saúde de forma universal, na prática, isso não se efetiva e quando ocorre o atendimento, com algumas exceções (comumente em cidades pequenas), é insuficiente e de baixa qualidade. Neste contexto, os planos de saúde privados apropriam-se desse espaço que compete ao Estado o dever e, contraditoriamente, o último, amparado pelo neoliberalismo, vem cada vez mais se eximindo de suas responsabilidades legais perante os cidadãos, transpondo essas responsabilidades para a sociedade civil. Como se verifica a imprescindível ajuda das Redes de Combate ao Câncer, não somente com pagamento de exames e medicamentos, mas também, outras ajudas assistenciais.

A desinformação também é evidenciada decorrente da realidade socioeconômica da maioria dos pacientes atendidos pelo Hospital. São pacientes que se encontram vulneráveis, permeados por inúmeras expressões da questão social, como falta de saúde, de saneamento básico, de habitação adequada, alimentação necessária, pobreza, falta de informação, desemprego, trabalho informal e inadequado, entre outros.

O Hospital Amaral Carvalho é conveniado ao SUS, com isso, propicia atendimento gratuito e de forma integral aos pacientes, com o objetivo de assegurar o bem estar, porém, é

uma instituição privada, filantrópica, cujo financiamento, além dos valores advindos desse convênio, recebe contribuição da Sociedade Civil, através de doações. Somando ainda profissionais capacitados, humanizados, comprometidos e motivados, o que possibilita uma realidade diferente do Sistema de Saúde Pública da maioria dos lugares.

Nesse contexto verifica-se que os pacientes, muitas vezes não conseguem distinguir essa realidade, tendo como parâmetro para avaliação do Sistema Único de Saúde, a realidade vivenciada dentro do Hospital. Diante disso, quanto a qualificação deste Sistema, a maioria dos pacientes qualificam o SUS como ótimo ou bom, a partir somente do que vivenciam no HAC.

O cidadão deve gozar do respeito e efetivação de todos os direitos, conseqüentemente, o Estado deve garantir todos os meios de seu desfrute pleno e, principalmente, digno. Em contrapartida, a pesquisa evidencia que o direito à saúde, em algumas vezes não é pleno, e nem digno.

O profissional de Serviço Social é importante durante o tratamento, é confirmada sua importância pela unanimidade dos pacientes, e justificada pelo papel que o Assistente Social tem frente as demandas existentes e como ele decifra a realidade, criando estratégias de enfrentamento desta.

O Assistente Social atua em diversas áreas, oportunizando a efetivação dos direitos sociais, porém, identificamos que não foram todos os pacientes que tiveram contato com um Assistente Social fora da instituição, enquanto que, no hospital a maioria passou por este contato, constatando que em ambas as situações, todos reconhecem este profissional como efetivador de direitos, mediador das relações com os demais profissionais, considerado um profissional humanizado, mais próximo do cotidiano dos pacientes.

Os relatos dos sujeitos, comprovam a hipótese levantada pelas pesquisadoras.

Constata-se portanto, através dessa pesquisa a importância da realização de ações coletivas para informar os ramos de direitos que podem ser efetivados através do Sistema Único de Saúde, possibilitando que os sujeitos se mobilizem e busquem o que é de direito.

E como sugestão de tema para um próximo trabalho: Os impactos do câncer na família dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER. **Definição de Câncer**. São Paulo, 2008.

Disponível em:

<http://www.abcancer.org.br/portal/index.php?module=conteudo_fixo&id=585>. Acesso em: 07 de maio 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. **Obtenção de medicamentos**. 2009. Disponível em:

<http://www.abrale.org.br/apoio_juridico/obtencao/index.php>. Acesso em: 13 ago. 2009.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 256p.

BARBOSA, Antonieta. **Câncer, direito e cidadania**. São Paulo: Arx, 2003. 317p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília, 1986. Disponível em:

<www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 30 de abr. 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Seção II da Saúde, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 30 de abr. 2009.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 de maio 2009.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe 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 e dá

outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 02 de maio 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Giselle Lavinias; VASCONCELOS, Ana Maria de. **Saúde e Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, p. 25-47, 2007.

CARR, Kris. **Câncer – e agora?** – como lutar contra a doença sem deixar a vida de lado. Rio de Janeiro: Globo, 2008, 204p.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro: p.97 -102, 2008.

CARVALHO, Guido Ivan de. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde; 3 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2001. 330p.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. de. **Resgatando o viver**: psico-oncologia no Brasil. São Paulo: Summus, 1998, 260p.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**, de 13 de março de 1993. [Institui o código de ética profissional e dá outras providências](http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_etica_cfess.pdf). Brasília, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_etica_cfess.pdf. Acesso em: 05 de maio 2009.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

COSTA, Maria Dalva Horacio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, p35-71, 2000.

FERREIRA, Alcinéia. Donizeti. et all . **Questões Teórico- Metodológicas e a Prática Profissional dos Assistentes Sociais de Franca**. In: Simpósio sobre Saúde Pública - Brasil e Mundo, 2002, Franca. Anais - I Simpósio sobre Saúde Pública Brasil e Mundo. Franca : UNESP, v. I. p. 53-54, 2002.

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Ática, 1998, 71p.

FONTANA, M.I. **Apostila Pesquisa em Serviço Social II**. Faculdade de Serviço Social de Bauru – ITE – Bauru.

FREITAS, **Luiz Carlos de Carvalho Teixeira de. Café Carvalho e Caridade**. Jaú: Fundação Amaral Carvalho. 2005

GLOBO NOTÍCIAS. **Casos de câncer dobrarão em 40 anos**. 2009. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,MUL1013620-5602,00-CASOS+DE+CANCER+DOBRARAO+NOS+PROXIMOS+ANOS+DIZ+ESPECIALISTA.html>>. Acesso em 02 de abr. 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**, 9ed. São Paulo: Cortez, 2005, 326p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **O que é Câncer?** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 10 de maio 2009.

_____. **Tratamento do câncer no SUS**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_cancer_sus.pdf>. Acesso em: 30 de ago 2009.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9º ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994. 406 p.

ONCOGUIA. **Qualidade de Vida e Câncer**. São Paulo, 2008 Disponível em: <<http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=2&id=476&menu=2>>. Acesso em: 10 de maio 2009.

O HOSPITAL Amaral Carvalho é o 4º melhor do Estado e o 1º em Oncologia. **Dr. Amaral Carvalho Informa**. Jaú, p.3, mar. 2009.

MARTINELLI, Chantal Chevalier. **Convivendo com o Câncer**. São Paulo: Larousse Brasil, 2006,152p.

MARTINELLI, Maria Lucia (org). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999, 143p.

_____;RAICHELIS, Raquel; YASBEK, Maria Carmelita. O Serviço Social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos. In **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXIX, n 95. São Paulo: Cortez, p.5-32, 2008.

MATOS, Maurílio Castro de. **O Debate do Serviço Social na Saúde na década de 90:** sua relação com o projeto ético político profissional e com o projeto da reforma sanitária. Rio de Janeiro: ESS-UFRJ, 2000.

OLIVEIRA, Isa. **A arte vencendo a dor**. 3ed. São Paulo: Letras do pensamento, 2008, 384p.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. In **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes,1985.360 p.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. A história das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2007, 35p. Disponível em:
< www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>. Acesso em: 05 de mar. 2009.

SANT'ANA, R. S. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 62, p. 73-92, 2000.

SCLIAR, Moacyr. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac São Paulo, 2002, 160p.

SERRA, José. **Ampliando o possível:** a política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: campus, 2002, 249p

SPEROTTO, Neila. **Formação no Serviço Social:** a teoria - a pratica. São Paulo: Annablume: Multiforme, 2002. 110p.

VARELLA, Drauzio. **Por um fio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, 222p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

_____, et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Giselle Lavinias; VASCONCELOS, Ana Maria de. **Saúde e Serviço Social**. 3 ed. São Paulo:

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.16, n. 30, p. 01-60, jul./dez.2012.
GRIZZO, Ana Flávia Merchan Ferraz; MEDEIRO, Liliane Pereira; MINETTO, Gerceley Paccola. Sistema único de saúde:
um enfoque do paciente oncológico

Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, p.48-76, 2007.

YOUNES, Riad Naim. **O Câncer**. São Paulo: Publifolha, 2001, 96p.