

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO
CURSO BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA DAYANA DANTAS BEZERRA

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ONCOLOGIA: Um estudo sobre a contribuição do trabalho intersetorial para efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer

Juazeiro do Norte - CE
2019

MARIA DAYANA DANTAS BEZERRA

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ONCOLOGIA: Um estudo sobre a contribuição do trabalho intersetorial para efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Banca Examinadora, como exigência para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, sob a orientação da Prof.^a Esp Francisca Helaide Leite Mendonça Fernandes.

Juazeiro do Norte - CE
2019

MARIA DAYANA DANTAS BEZERRA

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ONCOLOGIA: Um estudo sobre a contribuição do trabalho intersetorial para efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Banca Examinadora, como exigência para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, sob a orientação da Prof.^a Esp Francisca Helaide Leite Mendonça Fernandes.

Apresentada em ___ / ___ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Francisca Helaide Leite Mendonça Fernandes
Orientadora

Prof. Márcia de Sousa Figueiredo Teotônio
1º Examinador

Prof. Pedro Adjedan David de Sousa
2º Examinador

Juazeiro do Norte – CE
2019

Aos meus pais, Francisco Carlos e Francisca Bezerra, que nunca deixaram de me incentivar na busca da realização deste sonho, por acreditarem que, mesmo com tanta dificuldade seria possível. Essa conquista é NOSSA!!!

Eu amo vocês, imensamente!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, por ter guiado meu caminho durante toda minha jornada, renovando minhas forças a cada dia, me mostrando que ele é dono do universo e toda promessa sua se cumpre, no seu tempo.

A minha mãe Francisca Bezerra, por ser meu porto seguro. Por estar presente comigo em todos os momentos da minha vida, obrigada todas às vezes que mesmo distante me senti abraçada pela senhora. Amo-te!!!

Ao meu pai Francisco Carlos, por me ensinar desde pequena a ser perseverante, corajosa e destemida. Obrigada por acreditar em mim, por se alegrar com minha felicidade. Meu herói, meu papai querido. Amo-te!!!

Aos meus irmãos Vânia, Pedro e Eudes, por cada palavra de incentivo, pelo apoio e por todo cuidado comigo. Alegria transborda no peito neste momento, vocês fazem parte dessa conquista. Obrigada por tudo. Eu amo vocês!!!

A meu esposo Roberto Werbety, por embarcar nessa jornada comigo, por tantas renúncias vividas durante estes quatro anos (só nós sabemos) o quanto foi difícil, mas você sempre me dizia que ia dar tudo certo, e olha só que deu mesmo (rsrs). Saiba que nenhuma palavra é capaz de expressar o tamanho da gratidão que tenho, a você. Muito obrigada meu amor, EU TE AMO!!!

Aos meus sobrinhos: João Vitor, Vanessa, Carlos Pedro, Pedro Filho, Pedro Henrique, Ana Júlia e Yuri Givago. Meus pequenos anjos, obrigada por todo amor recebido de vocês. Tia ama muito vocês!!!

A minha filha do coração Maria Eduarda, você foi enviada por Deus, sua chegada transformou a minha vida. Eu amo você minha bailarina/escritora.

A minha amiga querida Nayhana Cefas, por todo apoio e carinho.

As minhas amigas (os) que a faculdade me deu de presente: Vanessa, Luxo, Zuleide, Bárbara, Itana, Wergila, Paulinha, Selminha, Tânia, Andreia, Larissa... E tantos outros que tive a oportunidade de conhecer e viver os melhores anos da minha

vida. Houve dias de choro, desespero, brigas, mas também houve muito amor nessa jornada. Obrigada meus bebezinhos!!!!

A minha supervisora de estágio Eulina Alves, obrigada por todo o saber compartilhado, você faz parte dessa construção. Te levarei no meu coração pelo o resto da minha vida.

A minha orientadora Professora Helaide Mendonça, gratidão ter me ajudado na construção deste trabalho, sem você não teria o mesmo êxito.

A todos os meus professores que com todo amor e zelo, transformaram minha vida, através da graduação. Serei eternamente grata a cada um, em especial gostaria de deixar um abraço caloroso aos meus: Cecília, Maria Clara, Péricles, Jacsá, Márcia, Pautília e Dalva. Quando crescer quero ser igual a vocês!!!!

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

“Não há paz e desenvolvimento onde a vida é um valor menor, onde a saúde é considerada uma mercadoria que mais terá quem mais puder pagar. Não há justiça social onde a atenção à saúde depende da capacidade do esforço individual de cada um. Não há futuro para uma sociedade sem bens coletivos, sólidos e perenes”.

(CEBES, 2009, p. 185)

RESUMO

O presente estudo trata de uma análise sobre a atuação do assistente social no âmbito da oncologia, tendo como objetivo discutir sobre a relevância trabalho intersetorial para a efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer, considerando os impactos que a doença acarreta a vida destes sujeitos, especialmente os das classes menos favorecidas. O processo metodológico utilizado para elaboração deste trabalho se deu, através de uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, caracterizada como exploratória, descritiva e explicativa. No decorrer do trabalho, será apontado um panorama sobre a situação do câncer nos dias atuais, posteriormente os direitos sociais destinados aos pacientes e a rede de proteção social brasileira, e por fim como o assistente social desenvolve seu trabalho sob a ótica da intersetorialidade na perspectiva de efetivação destas garantias. Contudo, acredita-se que, através deste estudo torna-se compreensível a importância do trabalho coletivo das redes de proteção social, em atender as demandas que se originam do processo de adoecimento oncológico.

Palavras chave: Serviço Social.Oncologia.Direito Social.Intersetorialidade

ABSTRATC

The present study deals with an analysis of the social worker's role in the oncology field, aiming at discussing the relevance of intersectoral work for the realization of the social rights of cancer patients, considering the impacts that the disease causes the life of these subjects, especially the less favored classes. The methodological process used for the elaboration of this work was given through a qualitative research of a bibliographic character, characterized as exploratory, descriptive and explanatory. In the course of the study, a panorama will be given about the current state of cancer, social rights for patients and the Brazilian social protection network, and finally how the social worker develops his work from the point of view of intersectorality in the perspective effectiveness of these guarantees. However, it is believed that, through this study, the importance of the collective work of social protection networks is understood, in order to meet the demands that originate from the oncological illness process.

Keywords: Social Service.Oncology.Region Social.Intersectoriality

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNCC – Campanha Nacional de Combater ao Câncer

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Trabalho

IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões

ICMS – Imposto Sobre Circulação de Mercadorias

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículo

IRPF – Imposto de Renda da Pessoa Física

IPI – Imposto sob Produto Industrializado

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MAC – Limite Financeiro de Alta Complexidade Ambulatorial e hospitalar

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica

PNCC – Programa Nacional de Controle ao Câncer

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAI/SI – Sistema de Informação Ambulatorial Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

SNC – Serviço Nacional de Câncer

TFD – Tratamento Fora de Domicilio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL	15
1.1 BREVE CONJUNTURA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE E A SITUAÇÃO DO CÂNCER NO BRASIL	15
1.2 A NEOPLASIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE NO TEMPO PRESENTE ..	22
CAPÍTULO II: PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA E A PESSOA COM CÂNCER	27
2.1 A POLÍTICA SOCIAL EM ONCOLOGIA E OS DIREITOS DOS PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA	27
2.2 O SERVIÇO SOCIAL E O PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA ANÁLISE SOBRE AS ARTICULAÇÕES DAS REDES SETORIAIS	33
CAPÍTULO III: SUPERANDO LIMITES E CRIANDO POSSIBILIDADES: A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO	40
3.1 O CAMINHO PARA A PESQUISA.....	40
3.2 O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO E A MISSÃO DO CUIDAR	42
3.3 ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em uma análise sobre a atuação do assistente social no âmbito da oncologia, bem como, sua relação com os pacientes e seus familiares. Hodiernamente a patologia se qualifica como um problema de saúde pública, mediante o crescente número de diagnóstico da doença. Considerando que, o controle desta, tem se tornado a cada dia um desafio para a ciência e para os profissionais da área.

Será discutido acerca dos direitos sociais que assistem os pacientes e seus familiares, a fim de minimizar as dificuldades inerentes ao seu tratamento. Está inserido neste processo o assistente social, como profissional que trabalha na efetivação desses direitos, garantindo que aquele usuário possa usufruir de benefícios e serviços de forma digna e humana, especialmente aqueles que fazem parte das classes hipossuficientes.

Considera-se de extrema relevância a discussão, para que se compreenda o câncer como uma doença espoliante em que, gera diversos prejuízos para a vida dos sujeitos adoecidos, e com isto, inúmeras são as necessidades que estes pacientes enfrentam. Vale ressaltar, a importância do acolhimento social como forma de minimização dos efeitos do tratamento.

O principal objetivo deste estudo é analisar como o trabalho intersetorial tem contribuído para a efetivação dos direitos sociais dos pacientes com neoplasia maligna, mediante a atuação dos assistentes sociais no contexto da política de saúde especialmente na área oncológica, considerando seu papel de mediador entre as redes de proteção social.

Justifica-se a escolha deste tema, através de uma análise sobre do crescente número de casos de pacientes com câncer no país, e também por identificar que em sua grande maioria, apresentam um perfil socioeconômico bastante vulnerável. O que certamente, nos motiva a identificar as demandas que se originam do processo de adoecimento, como emergentes, cabendo ao Estado o dever de garantir a efetivação dos direitos sociais mediante o trabalho da rede de proteção social.

Para a elaboração desta monografia, utilizou-se do método qualitativo, através de uma pesquisa bibliográfica, acarretando estudos em materiais publicados em livros, artigos, portarias e leis, caracterizada como exploratória, descritiva e explicativa.

Consideramos que a metodologia escolhida propiciou um maior aprofundamento sobre o tema, diante do grande acervo de matérias bibliográficos analisados, visto que as mais variadas formas de pensar dos autores, possibilita uma análise ampliada sobre a temática discutida, favorecendo os resultados desta pesquisa.

A divisão sistemática deste trabalho será através de três capítulos, onde cada um irá abordar um assunto ligado ao tema. No primeiro momento, será apresentado um resgate histórico acerca da política de saúde no Brasil e as estratégias de enfrentamentos do câncer.

Discute-se ainda, as implicações que a neoplasia trás para a saúde no tempo presente, expondo um debate sobre as incertezas dos novos tempos, no contexto sociopolítico brasileiro, e como isto pode afetar na instabilidade na gestão da política de saúde.

O segundo capítulo, discorre sobre a proteção social brasileira e a pessoa com câncer. Neste momento, elencamos todos os direitos assegurados por lei aos pacientes oncológicos, ressaltando a importância destas garantias para a qualidade de vida destes sujeitos, durante o seu tratamento.

Em seguida contemplaremos a atuação do assistente social no processo aquisição e efetivação desses direitos, seu poder de articulação com as redes de proteção social e a importância do trabalho intersectorial.

Já o terceiro capítulo, será a culminância da pesquisa, o que responderá todas as indagações inerentes ao objeto de estudo. Para efeito positivo, trataremos do tema com diversos autores a fim de identificar o ponto de vista de cada um, ampliando as possibilidades de compreensão acerca do tema.

Espera-se que esta pesquisa desperte o seguimento a outras, para que fatos novos sejam desvelados. A partir deste estudo, chegaremos à conclusão sobre a importância do trabalho em rede para a efetividade dos direitos dos pacientes.

Acredita-se que os aspectos citados, sejam de suma importância para construção de uma visão holística dos sujeitos, que estando eles acometidos de uma doença tão severa, sem dúvidas sofreram com os impactos da mesma, nos mais diversos campos da sua vida. Visto que, cada pessoa é um ser que carrega em sua trajetória de vida suas reais singularidades.

CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

1.1 BREVE CONJUNTURA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE E A SITUAÇÃO DO CÂNCER NO BRASIL

A busca pela qualidade de vida e bem-estar da população brasileira é atualmente um dos principais enfoques da política nacional de saúde. Deste modo, a proteção social deve ser o objetivo singular das políticas públicas, o que caracteriza a saúde como interesse social. Mas, para alcançarmos este patamar ao que concerne a saúde brasileira, sua trajetória foi longa e complexa, até que se obtivesse um modelo ideal que contemplasse as necessidades da população e não apenas os interesses unicamente econômicos.

Até o final do século XIX, a oferta à população, baseava-se em atendimentos pontuais, em decorrência do crescimento das epidemias. Diante do surgimento de respostas oriundas do processo de industrialização brasileira, com o adocimento da classe operária, motivaram-se mudanças na organização sanitária, o que mobilizou autoridades políticas e intelectuais, surgindo em 1920 então o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por Oswaldo Cruz.

Contudo, outro problema de saúde crescia assustadoramente no país, eram os casos de pacientes com diagnóstico de câncer. Doença pouco conhecida pela medicina nacional, o que dificultava o enfrentamento da mesma, causando a morte

precoce de inúmeras pessoas. Vale ressaltar, que o câncer ganha espaço como um problema de saúde pública, a partir da criação do DNSP.

“Em relação às iniciativas diante da doença, destaca-se a inclusão de medidas para sua prevenção no âmbito da Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, criada por uma reforma sanitária ocorrida em 1920; a criação do primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer em Belo Horizonte, em 1922; e a criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, em 1937, pelo cirurgião Mário Kroeff.” (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 02).

Apesar desta efervescente mudança, a saúde pública nesta fase era extremamente seletiva e estendia-se apenas aos trabalhadores assalariados. Justamente neste contexto, surge a previdência social no Brasil, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), após a aprovação em 1923; da Lei Elói Chaves. Ou seja, havia uma disparidade nos serviços médicos e hospitalares ofertados.

Na década de 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, o que norteou o perfil da política de saúde nacional. Acreditava-se que a persuasão surtiria mais efeitos do que a coerção. Paulatinamente, as questões relacionadas à saúde pública ganhavam ênfase e prioridade.

Nesta época foram instituídos serviços de caráter nacional, direcionados ao combate de doenças percebidas como entraves, ao desenvolvimento econômico, o câncer passa a ser visto de maneira proeminente.

Foi durante o governo de Getúlio Vargas, no ano de 1935 que aconteceu o I Congresso Brasileiro de Câncer. De acordo com Teixeira e Fonseca (2007), o evento trouxe como pauta a elaboração de estratégias para superação da neoplasia a nível nacional. Foi debatido também, sobre a importância dos serviços ofertados pelo Hospital do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz, que prestava atendimento à população de forma filantrópica.

O médico cirurgião especializado em câncer Mario Kroeff, foi um dos articuladores com o governo getulista, na elaboração de campanhas de conscientização das elites políticas e econômica, a fim de elucidar a importância do controle epidemiológico da doença. No ano de 1941, foi protagonista também na

criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), e em seguida assumiu a direção da instituição.

“O SNC tinha como principais funções a elaboração de estudos epidemiológicos para a prevenção do câncer e o auxílio financeiro e técnico às unidades locais de tratamento. O Serviço era composto pelo Instituto de Câncer do Distrito Federal (antigo Instituto de Cancerologia) — responsável pelo atendimento aos cancerosos, pelas pesquisas relacionadas à doença e pelo ensino da cancerologia — e pela Seção de Organização e Controle, responsável pela busca de normatização das ações contra o câncer e pela estruturação da rede de instituições locais direcionadas à doença.” (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 02).

Conforme o Decreto-Lei 3.643, de setembro de 1941 o SNC fora instituído como serviço que liderasse as ações de prevenção, com base em um diagnóstico precoce para a diminuição dos casos de câncer. O que propiciou a ampliação dos serviços de apoio aos pacientes oncológicos, para regiões com menos recursos, a exemplo o norte e nordeste do país. Porém, o Ministério da Educação e Saúde, mantinha como preferência os atendimentos de outras doenças, como febre amarela e a malária, em decorrência ao crescente número de casos, ainda existentes.

Percebe-se, portanto que os interesses no controle ao câncer e às epidemias eram comuns entre governo e cancerologistas. Contudo, os serviços destinados à população ainda eram segregacionistas.

De acordo com Paim (2009), o sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. O que limitava o acesso das classes hipossuficientes, e os índices de mortalidade era altíssimo.

A política de controle ao câncer estava aquém da realidade nacional, tanto no campo da prevenção como do tratamento. Não havia arcabouço financeiro para suprir as demandas, o que era comum observar hospitais superlotados, pois não havia um planejamento que garantisse a equidade dos serviços conforme as necessidades de cada paciente.

“O período em questão também marca o esforço da medicina de base hospitalar no país, em um processo vinculado ao grande desenvolvimento do complexo médico industrial em curso, onde os hospitais acabariam por se transformar nos principais espaços da prática médica.” (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012. p 81).

Avançando até 1950, Getúlio Vargas é reeleito presidente, e propõe uma reforma administrativa do Estado brasileiro. Neste mesmo ano, foi apresentado, pelo Legislativo, o projeto 315, que previa a instalação de um Ministério da Saúde. Na fase de discussão e aprovação do projeto na câmara, os parlamentares médicos tiveram papel importante. Mais tarde no ano de 1953, efetiva-se o Ministério da Saúde (Lei nº 1.920 de 25/07/1953).

Percebem-se nesta conjuntura, que não houve um avanço na área de enfrentamento ao câncer, apenas algumas mudanças na direção do SNC, onde Mário Kroeff passa o cargo de diretor para Antônio Prudente Moraes e um ano depois quem assume é Ugo Pinheiro Guimarães. A saúde nessa época ainda possuía um caráter desenvolvimentista, e todas as ações elaboradas seguiam um viés econômico.

No governo de Juscelino Kubitschek (1955-1960), alguns paradigmas finalmente são quebrados, e os investimentos na política de controle ao câncer passam a ser destinado ao SNC, o que favorece a ampliação das verbas destinadas as instituições privadas filantrópicas ou dos Estados, que eram vinculados a este serviço. Em agosto de 1960, cria-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que além de unificar os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), possibilitou a ampliação de gastos com a medicina hospitalar.

Os cancerologistas percebiam o câncer como um problema social, e defendiam que seu controle se daria a partir de ações de cunho preventivo, da educação em saúde, do diagnóstico e do tratamento. Sob esta percepção, buscava-se viabilizar a democratização do acesso às unidades de tratamento, e ampliar as relações entre patologia e medicina. Ainda durante o governo de JK, inaugurou-se uma sede própria para Instituto Nacional do Câncer (INCA), as novas instalações, propiciaram que o instituto se tornasse a maior instituição na luta contra o câncer da América Latina, devido sua relevante importância, nas áreas de pesquisa e formação profissional.

O regime ditatorial, em vigor entre os anos (1964-1985), marcou um dos períodos mais críticos para a política de saúde no Brasil. O modelo adotado pelo governo totalitário possuía uma base ideológica, voltada ao liberalismo econômico e uma concepção privatizante em relação aos serviços de saúde. Na visão do Ministério da Saúde, o câncer por não ser uma doença epidêmica ou contagiosa, não poderia ser atendido como problema de saúde pública, e seu controle eram voltadas as práticas hospitalocentricas individualizadas.

“O cenário da saúde pública do país, nesse contexto, era marcado pelo fortalecimento do setor privado na saúde, por meio de uma série de políticas públicas; pela criação de diversos órgãos federais, a exemplo do INAMPS (anos de 1977), elevando o número de beneficiados das políticas de previdência e saúde, mas que não significou a universalização do acesso a elas; orientação assistencial e curativa de ações e serviços de saúde e exclusão de grande parte da população ao acesso aos serviços de saúde.” (COSTA et al, 2009) .

Relevantes acontecimentos e discussões sobre a descentralização de poder foram pauta, na II Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde fora pontuado a necessidade de atuação dos municípios, no processo de gestão das ações de saúde. Contudo, os principais marcos para a saúde pública acontecem na III CNS (1963), por trazer questões de abrangência nacional, como a proposta de elaboração de um sistema universal de saúde, um contexto democrático que atendesse a todos igualmente.

De acordo com Teixeira, Porto e Habib (2012), este período ditatorial trouxe inúmeros retrocessos, as propostas da III CNS não conseguem se materializar, pois o perfil privatista e médico-hospitalar, no âmbito da medicina previdenciária, não conseguia atender os interesses da população, o que impactava em tratamentos pouco eficientes de maneira descoordenada, principalmente aos pacientes oncológicos.

Com o crescente número de casos de neoplasia maligna no país, se instala a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), amparada pelo Decreto nº 61.968 de 1967, destinava-se à:

“Art. 2.º — A C. N. C. C. a destinada a intensificar e coordenar em todo o território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de formação de técnicos especializados, de pesquisas, de educação, de ação social e de recuperação, relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-1he a incidência” (BRASIL, 1967, p. 13).

No contexto da década de 1970, a luta de combate ao câncer ganhava novos rumos, surgindo o Programa Nacional de Controle ao Câncer (PNCC) com o objetivo de integrar as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social, o programa contava com a ajuda da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que efetivou ações no campo acadêmico, dando ênfase aos cânceres ginecológicos, tornando-se

modelo para países em desenvolvimento, a partir da década citada, as campanhas eram centralizadas no controle do câncer de colo de útero.

Como fruto desta correlação de forças, adentramos os anos de 1980 sob a égide de uma política de saúde pluralista, discutindo na VII CNS como seria possível efetivar as ações de saúde a nível básico e especializado. Seis anos mais tarde, a VIII CNS contou com cerca de cinco mil participantes, e no evento nasce os caminhos para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), responsável por diversas mudanças sistema de saúde. No texto do relatório final da VIII Conferência a RSB é explicitada da seguinte forma:

“As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os 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 no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está se convencionando chamar de Reforma Sanitária.” (BRASIL, 1987a, p.381).

Resultante destas lutas democráticas dirigidas por movimentos sociais, o Brasil finalmente se redesenha para uma nova fase. A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe a garantia do direito antes em nenhum tempo adquirido. A área da saúde foi considerada a que mais se beneficiou com tais mudanças. E a partir deste momento, a saúde passa a ser uma responsabilidade do Estado, e um direito do cidadão, conforme o Art. 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.55).

As ações no sentido de enfrentamentos de combate ao câncer passam a vista de uma forma holística, onde seus aspectos sociais, econômicos e biológicos tornam-se determinantes para seu controle. Diante desta visão sobre prevenção e promoção, iniciam-se em 1989 campanhas relativas ao combate ao câncer e controle ao tabagismo, coordenada pelo INCA.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), se deu através da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde – (LOS), esta lei regulamenta o SUS que tem por objetivo proporcionar assistência à população, para que assim sejam

procurados os meios capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torna-lo efetivo no Brasil.

Logo em seguida a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros a área da saúde.

Com a criação do SUS, foi possível a extensão dos serviços de saúde no território brasileiro. Surgem neste contexto às políticas de atenção primária, secundária e terciária fundamentada, sobre os princípios da universalidade, garantindo a igualdade no atendimento das demandas, a equidade oportunizando a todos de acordo com suas particularidades e a integralidade, através de ações desde a promoção à saúde, até a ressocialização dos indivíduos.

De acordo com Teixeira, Porto e Noronha (2012), a década de 1990 representa a normatização das ações de controle ao câncer, diversas portarias do Ministério da Saúde foram estabelecidas, a fim de garantir os serviços de alta complexidade, novas descobertas no campo da ciência, tencionou a melhoria do tratamento. Assim como também os repasses financeiros destinados àquelas atividades.

A portaria GM/MS nº 3.535/98, vem garantir a acessibilidade ao tratamento de pacientes com neoplasias malignas de forma integral, elaborando um planejamento para os atendimentos a nível populacional, onde se estimava cerca de 550.000 habitantes para cada centro de alta complexidade, e não mais pela livre demanda como era no passado.

Corroborando com as ações anteriores, a chegada do novo século foi palco para a reestruturação na política nacional de saúde, através da implantação programas de humanização no tratamento das doenças, que contribuiu na construção de laços de cidadania e na dignificação da pessoa humana. O trabalho das equipes de saúde passou a ser realizado de forma integrada com as demais políticas públicas.

Sem dúvidas a trajetória da saúde no Brasil representa a luta da população por qualidade de vida digna. Não se trata de nos retermos apenas a questão de sua estruturação, mas sim da construção social dessa política, seus avanços e seus impasses, e sua descoberta enquanto um direito social, econômico e político. A política de saúde brasileira representa hoje o mais perfeito plano de inclusão a nível

mundial. E garante o tratamento integral e completamente gratuito, aos pacientes acometidos pelo câncer.

1.2 A NEOPLASIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE NO TEMPO PRESENTE

O câncer é considerado a segunda doença que mais mata pessoas no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, tornando-se um constante desafio para a ciência e para os profissionais. Diante dos seus impactos, a neoplasia é qualificada como um problema de saúde pública, e um forte elemento para o declínio populacional dos países em desenvolvimento, pois sem o controle da patologia, a estimativa de vida reduz bruscamente.

Conforme dados do INCA (2018), são estimados para o Brasil no biênio 2018/2019 cerca de 1,2 milhões de novos casos da doença. De acordo com análise de especialistas na área, a incidência será ligeiramente maior entre homens, em comparação às mulheres. Isso se deve pela maior exposição do sexo masculino, aos fatores de riscos comportamentais, como o uso abusivo de álcool, o tabagismo, a exposição solar e contato com agrotóxicos.

A neoplasia é uma doença de múltiplas causas. É possível considerar que o processo de adoecimento populacional está ligado diretamente à qualidade de vida que cada ser humano possui. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), um indivíduo deve possuir um completo bem-estar físico, social e mental para considerar-se saudável.

“Hoje, há consenso quanto ao fato de que a mortalidade por câncer não se deve somente a aspectos biológicos, mas também às condições de vida, à eficiência do sistema de saúde e aos hábitos e padrões culturais específicos das diversas sociedades.” (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012, p. 14.).

Considera-se que, a situação econômica dos indivíduos tem se tornado um importante determinante no uso dos serviços de saúde, pois o perfil predominante dos usuários do SUS, são pessoas de baixa renda. De acordo com Paim (2009), é necessário compreender os determinantes sociais da saúde, para assim intensificar a defesa das políticas sociais e econômicas, a fim de minimizar o crescente número de doenças, desenvolvendo ações e serviços voltados para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, no intuito de garantir a assistência a estes usuários de maneira integral.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005, vem ampliar a rede de atendimento dos serviços da alta complexidade, no intuito de minimizar os casos de neoplasia, efetivando a descentralização de poderes, abrindo espaço para que os Estados e Municípios incluam nos seus planejamentos o atendimento de pacientes oncológicos, através dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Em maio de 2013, é instituída através da Portaria N° 874 a segunda Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. O Objetivo desta nova política é:

A redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013, p. 14).

Observa-se desta forma que a segunda política, complementa a primeira. Visto durante muito tempo os serviços ofertados aos pacientes oncológicos eram realizados por instituições filantrópicas ou privadas, e contavam apenas com uma participação financeira mínima por parte do governo. A partir desta nova percepção na conduta do tratamento, o Estado passa a se fazer presente, não apenas no custeio dos serviços, mas reconhecendo o câncer como uma doença social, espoliante.

Qualquer doença que afete tantas pessoas, também terá um impacto econômico profundo. De acordo com o INCA (2018), o Brasil gasta hoje, entre internação hospitalar, quimioterapia e radioterapia, em torno de R\$ 1,2 bilhões por ano com o tratamento do câncer. Projeções indicam que nos próximos anos, os custos com tratamento serão sete vezes maiores do que, as despesas como ações de prevenção.

Os serviços e ações em saúde são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, de acordo com as considerações da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde. O Limite Financeiro da Média e alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), atualmente está organizado através de incentivos e

custeios que são repassados de forma regular e automática aos fundos de cada uma destas esferas.

Outro componente organizacional da gestão SUS acontece através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que tem como objetivo regulamentar os procedimentos que não estão na tabela SUS, sendo necessário que aconteça uma fiscalização, para averiguar se estes recursos estão coniventes com o solicitado por seus gestores, na pessoa de um auditor fiscal credenciado pelo Ministério da Saúde, através do Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

Diante destas condicionalidades, é viável destacar a necessidade de um planejamento econômico, que consiga equacionar as demandas, surgidas a partir desse contexto, garantindo que a população usufrua dos seus direitos enquanto pessoa humana, através da eficácia das políticas públicas. Mesmo havendo a complementaridade dos serviços de saúde, os custos da alta complexidade são superiores ao estimado.

‘Muitos dos problemas que atormentam o usuário do SUS podem ser equacionados mediante boas práticas de gestão. No entanto, é no subfinanciamento que está o ponto frágil do sistema público de saúde. Isso não só porque o Brasil não gasta o mínimo suficiente, mas pela inexorável tendência de crescimento das necessidades de recursos devido à combinação de elementos, como os demográficos (crescimento e envelhecimento da população) e a velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose.’ (BRASIL, 2011, p.09).

Os serviços de alta complexidade sem dúvidas requerem uma maior atenção por parte da gestão financeira do SUS. A forte acentuação dos índices de patologias crônicas como exempla a situação do câncer, em seu estágio desde o diagnóstico até a aplicação do seu tratamento, trazem números expressivos que provocam uma efervescente inquietação nas equipes que compõem o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde.

Conforme dados do INCA (2018), atualmente estima-se que o número de casos de neoplasia, cresça no país. E o primeiro do ranking é o de próstata com cerca de (68.220), em segundo o câncer de mama feminino com (59.700), pulmão com (31.270), estômago (21.290), colo do útero (16.370), cavidade oral (14.700), sistema nervoso central (11.320), leucemias (10.800) e esôfago com (10.790).

Acredita-se que prevenção é a melhor forma de conter o alastramento das doenças crônicas. Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tem se articulado no contexto da atenção primária, mobilizando suas equipes para trabalharem como vigilantes ativos no processo de prevenção e promoção à saúde.

“Sendo assim, a APS possui um papel central no cuidado aos pacientes com doenças crônicas, condições estas que exigem contato entre vários pontos da RAS, bem como contato com diferentes categorias profissionais, exigindo que a APS seja robusta e resolutiva no cuidado em saúde em todos os ciclos de vida.” (FRIESTINO et al. 2017, p. 02).

O Ministério da Saúde, no intuito enfatizar a importância das campanhas de prevenção e controle ao câncer e outras doenças crônicas, elaborou um calendário anual que enfatiza ações de cunho educativo e preventivo, possibilitando que a população tenha acesso a informação e também a realização de exames para diagnóstico, validando, contudo, a importância do cuidado e zelo pela vida.

Outubro foi o mês escolhido, para a divulgação da campanha de conscientização e prevenção ao câncer de mama e recentemente sobre câncer no colo de útero. A campanha mobiliza grandes equipes de saúde, e a prática se iniciou no Brasil em 2002 e mais adiante em 2011 incluiu-se o câncer de colo de útero.

Como destaque na mídia, o tom rosa vem enfatizar a campanha que se destina exclusivamente para mulheres, incentivando o autoexame das mamas, como também disponibilizando de exames de mamografias e o exame do Papanicolau no colo do útero, sem nenhum custo.

Em decorrência ao dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata (17/11), o mês de novembro tornou-se a referência para alusão da campanha de combate e prevenção deste câncer a nível mundial, representada pela cor azul. De acordo com o INCA (2018), o câncer de próstata representa a segunda maior causa de mortes entre homens, uma estimativa de 01 a cada 36. Muitos são resistentes quando se fala em cuidados com a saúde, por questões culturalmente estruturais como o machismo e o analfabetismo.

Observa-se que muitas são as estratégias elaboradas no sentido de diminuir as suas implicações no tempo presente. Entender a complexidade da neoplasia é reconhecer que este é um problema estrutural, e que seus meios de superação devem

ser garantidos, por meio de um trabalho integral das equipes de saúde, articulando-se com as demais políticas públicas, em favor do bem-estar de todos.

“Apesar dos desafios enfrentados, existe, nos cenários nacional e mundial, o reconhecimento de que nosso país se situa entre os que mais têm avançado na consolidação de um sistema integrado de vigilância de informações sobre câncer, tendo inclusive, nesse campo, contribuído com as experiências exitosas sobre as estimativas na região das Américas e no contexto mundial.” (BRASIL, 2018 p. 08).

A compreensão das limitações que a neoplasia proporciona na vida dos pacientes, e também dos seus familiares deve ser um dos principais instrumentais dos profissionais que atendem estas demandas, visto que os pacientes oncológicos enfrentam inúmeros problemas relacionados não apenas a sua patologia clínica, mas em seu contexto social, econômico, laboral, psíquico e emocional.

A garantia ao acesso universal dos serviços de saúde, é uma característica genuinamente brasileira, e o SUS representa uma conquista democrática do povo. Apesar de inúmeros avanços, com as transições de governo, as políticas públicas têm recebido um forte bombardeamento no que tange aos recursos para sua manutenção.

Durante o governo de Michel Temer (2016-2018) foi votada por parlamentares a PEC 241/2016, em seu Art.1º traz a proposta de “Instituir o Novo Regime fiscal por vinte anos, e o dilema aos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social”, ou seja, a medida a ser adotada irá afetar a vida de todos os brasileiros, pois sem arcabouço financeiro não existe efetivação das políticas públicas, sendo a seguridade social responsável por um tripé que envolve três políticas: a Saúde, Assistência Social e a Previdência Social.

“O SUS tem sofrido grande vulnerabilidade face às mudanças de governo, gestores e partidos. Dirigentes improvisados, persistente clientelismo político, alta rotatividade das equipes e engessamento burocrático exigem alternativas criativas para proteger ou blindar o SUS dos interesses e das manobras da política na saúde.” (PAIM, 2009, p. 99-100).

As incertezas que permeiam os novos tempos são tensas. Os índices crescentes de doenças crônicas, a falta de gestão eficiente, somados a contenção de gastos favorecem o desencadeamento de uma crise humanitária na saúde brasileira, tanto os usuários como os profissionais, estão propícios a enfrentar estes

desafios. Conseqüentemente, com o processo de adoecimento elevado, faz-se necessário, que o Estado desenvolva estratégias exequíveis em resposta as particularidades dos pacientes, através de políticas sociais consistentes.

Mediante análise, é possível definir que a situação do câncer no Brasil, é uma realidade estrutural. Suas dimensões são múltiplas, e afeta diretamente no índice de desenvolvimento populacional, visto o crescimento de óbitos decorrentes da doença, o que se evidencia mais ainda com a ausência do papel do Estado diante de suas responsabilidades e deveres perante o povo brasileiro.

CAPÍTULO II: PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA E A PESSOA COM CÂNCER

2.1 A POLÍTICA SOCIAL EM ONCOLOGIA E OS DIREITOS DOS PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA

A proteção social visa garantir amparo, para aqueles que sobrevivem em situações de vulnerabilidade, com ênfase nas ações voltadas para superação das desigualdades sociais e da pobreza. Faz-se necessário perceber, que as expressões da “Questão social” estão intrinsecamente ligadas as relações de poder, que perpassam a formação socioeconômica do Brasil.

Com a evolução democrática brasileira, foi possível, concretizar o entendimento de que os direitos sociais não têm como escopo somente a proteção dos trabalhadores explorados, mas também das minorias excluídas, dos hipossuficientes. Os rumos tomados a partir de então, favorecem a ampliação dos direitos em seu papel emancipatório dos cidadãos, e legalizador dos serviços ofertados, na corporação das políticas públicas.

Passam a ser critério de inclusão os benefícios sociais adquiridos durante esse processo salutar de amadurecimento das relações. O que traz um delineado político acerca da legitimação, das conquistas expressas na Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu segundo capítulo, no Art. 6º apresentam os direitos fundamentais que, dignificam a pessoa humana.

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção

à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p. 11).

Nesta perspectiva, amplia-se a construção das políticas sociais fundamentada no objetivo principal, em consentir a proteção social da população, a fim de melhorar a estrutura de vida dos cidadãos. É cabível de registro, explanar os quão valiosos foram os avanços ocorridos no período constituinte, a saúde foi sem dúvidas umas das políticas mais favorecidas.

Partindo do pressuposto, de que a vida é o bem mais precioso que os indivíduos possuem, deve-se haver uma garantia de que esta seja usufruída em seu sentido pleno e digno. Atualmente o Brasil é regulamentado por leis, que vislumbram efetivar os direitos garantidos a todas as pessoas, em especiais as que em algum momento de suas vidas, se tornam vítimas de doenças crônicas severas, a exemplo do câncer, as quais impossibilitem os pacientes de manterem suas relações interpessoais e laborais.

O tratamento desta patologia é espoliante, e gera diversas necessidades sociais, ocasionando um impacto considerável nos pilares de sustentação das relações sociais das pessoas. Neste sentido, deve-se buscar, uma reflexão crítica sobre a realidade que envolve os pacientes acometidos por câncer, considerando as fragilidades que lhes assolam, decorrentes das alterações sofridas na vida dos sujeitos adoecidos. Sobre a situação do adoecimento oncológico, Batista Silva ressalta:

A partir da doença diagnosticada, em princípio, inicia-se um processo de tratamento que solicita a disponibilidade do sujeito enfermo para a realização de uma série de exames, acompanhamentos e a própria proposta terapêutica (radioterapia, quimioterapia, cirurgia ou mesmo a combinação dessas propostas). A efetivação desse tratamento depende de condições concretas - da oferta desses serviços pelo SUS e de condições de vida adequadas para que esse sujeito enfermo possa realizar o tratamento. Os determinantes da questão social influenciam fortemente as condições de efetivação desse tratamento [...] outro componente trata-se das famílias que precisam reorganizar-se para atender as necessidades de acompanhamento desse enfermo e da possível ausência de contribuição financeira (SILVA, 2010, p 183).

Como demandante para a problemática exposta, incidem-se os direitos específicos às pessoas com neoplasia maligna, levando em consideração que sua

efetividade deve estar expressa de forma tangível para todos os indivíduos que dela necessitem, possuam acesso facilitado, por meio de informações claras, em uma linhagem de horizontalidade, e ações de extrema eficácia das equipes responsáveis pela solicitação dos benefícios ofertados.

Para evidenciar a aplicabilidade dos bens e serviços destinados a estes pacientes é necessário que os conheçamos. Abordaremos, a partir de então os principais direitos concedidos a pessoas com câncer ou outras moléstias graves, desde o tratamento, os benefícios da Previdência Social, a isenção de impostos, laudos médicos, transporte, moradia e outros direitos sociais, que tem por finalidade o auxílio ao paciente e aos familiares durante este período de tantas preocupações.

Acerca do tratamento, respaldado na Lei Federal Nº 12.732/2012 - Institui o direito aos pacientes com câncer, de iniciarem o seu tratamento pela rede pública de saúde, em no máximo, 60 dias após o diagnóstico. Por questões territoriais, alguns pacientes necessitam desloca-se da sua cidade de origem, para os Centros de Oncologia, a fim de realizar procedimentos inerentes às terapias clínicas, a Portaria SAS Nº 55/99, vem garantir que O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) possibilite a locomoção destes, assim como em casos específicos, o custeio também do acompanhante do paciente.

O câncer de mama atinge milhares de mulheres todos os anos, contudo, estas pacientes sentem-se fragilizadas e colocam-se em um estágio de inferioridade relativa à identidade feminina, uma vez que, exista a necessidade de retirada da mama, conforme conduta médica, para efeito positivo do tratamento.

Para isto, aplica-se o direito a cirurgia para reconstrução mamária, garantida pelas Leis Federais Nº 9.797/1999 e Nº 9.656/1998, Art. 10-A. De acordo com a regulamentação, os planos de saúde e o SUS tem por obrigação a realização de tal procedimento.

Ainda inerente ao tratamento, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM Nº 1.815/2008, dá o direito ao médico que acompanha o paciente de emitir laudo que ateste sua lucidez. Esse tipo de documento é utilizado, normalmente, quando é necessário eleger um procurador para o enfermo. Nesta mesma Resolução, consiste também o laudo para dispensar o paciente que

acompanha de atividades estudantis e no trabalho quando este for acometido por alguma moléstia.

Ao que se refere o direito do trabalhador, conforme regulamentado pela Lei Federal Nº 8.036/1990, é permitido o saque do seu FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Trabalho). Nos incisos XI, XII e XIV de seu Art. 20, especifica as situações em que trabalhadores portadores de doenças graves, ou que possuam dependentes nessas condições, possam realizar a retirada da quantia existente em seu FGTS. Ainda para esta categoria, o saque do PIS/PASEP (Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público)- tornou-se permitido pelo Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP por meio da Resolução Nº 1/96.

Em relação aos benefícios da Previdência Social, os pacientes que estiverem devidamente filiados ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS), e comprovem através de perícia médica a incapacidade laboral em virtude da doença, por mais de 15 dias consecutivos, podem solicitar o benefício do auxílio doença, junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O Portador de câncer terá direito a esta benfeitoria, independente do pagamento das 12 contribuições, desde que, esteja na qualidade de segurado.

Ao que tange a concessão da aposentadoria por invalidez, esta é concedida diante do diagnóstico da incapacidade de trabalho, de acordo com a perícia médica, realizada no INSS. Tem direito ao benefício o segurado que não esteja em processo de reabilitação para exercício de atividade laboral que venha garantir sua subsistência.

De acordo com o Decreto Nº 3.048/1999 regulamenta-se que, o valor da aposentadoria por invalidez deverá sofrer acréscimo de 25%, desde que este paciente esteja em condições de limitação total e necessite de assistência permanente de outrem para as atividades da vida diária.

Referente a política de Assistência Social, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela Lei 8.742/1993 Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), deverá ser concedido, a pessoa com deficiência de qualquer idade, ou idoso mesmo sem haver contribuição. Assim, podem ser beneficiados pacientes

de neoplasia maligna que possuam deficiência decorrente da doença, desde que cumpram os requisitos de renda familiar.

Com relação à isenção de impostos, aplica-se como direito, a exoneração do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) para portadores de doenças graves que tenham rendimentos provenientes de aposentadoria ou pensão, está prevista no Art. 6º, XIV e XXI da Lei N° 7.713/1988. Como também, o IPI (Imposto sobre Produto Industrializado) e o ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) na compra de um carro 0 km. Além disso, também poderá solicitar a isenção do IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos) após a compra do veículo.

No tocante a moradia, é garantida que ocorra a quitação do financiamento da casa própria, desde que a pessoa compradora do imóvel, encontre-se em situação de invalidez total ou permanente em decorrência de acidente ou doença, contudo, é necessário que haja previsão para tal, em cláusula do contrato de compra. Nessas situações, vale reler o contrato de compra da referida residência para averiguar a possibilidade, de acordo com cada caso específico.

Quanto à isenção de pagamento do IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano), fica esta, regulamentada pelas Leis Orgânicas dos municípios. Portanto, cabe aos poderes Legislativo e Executivo de cada cidade a decisão sobre as isenções. O Art. 1º, § 11 da Lei N°1.955/1993 prevê a exoneração para pessoas com deficiência, seja ela de qualquer natureza e proveniente de qualquer causa, inclusive as que são sequelas de doenças graves.

Por fim, outro direito, é o vale social, este destina-se aos portadores de doenças crônicas ou com deficiência, que utilizem do transporte público intermunicipal no Estado do Rio de Janeiro, conforme regulamenta-se pela Lei Estadual N° 4.510, de 13/01/2005. Este benefício se estende a acompanhantes, desde que os pacientes menores de idade e adultos sejam qualificados como incapazes, de acordo com laudo médico.

Sobretudo, é preciso reconhecer que existe uma linha tênue entre a existência do direito e sua real efetividade. Visto que, comumente deparamo-nos com situações onde os pacientes com neoplasia, especialmente aqueles das classes menos

favorecidas, encontram diversas dificuldades no processo de aquisição deste. E são várias as formas de negligência, seja ela por parte das instituições, dos profissionais e especialmente da ausência do Estado. Em relação à legislação social vigente, Rosa e Sturza (2013) comentam:

Apesar de a Constituição Federal fornecer a principal forma de proteção jurídica ao direito à saúde, estando elencado entre os direitos fundamentais, inerentes à pessoa, tendo sido construído com a participação da população, não é o bastante. Pois, o direito, por si só, não dá conta da efetividade de atender a necessidade da população, ele somente concede os instrumentos, sendo necessário o conhecimento multidisciplinar [...] se considerado a quantidade de leis e regulamentos que garantem direitos aos pacientes oncológicos, teremos uma visão distorcida da realidade, pois as leis existem, mas na prática é difícil fazer valer estes direitos (ROSA; STURZA, 2013. p. 47).

Os questionamentos são pertinentes, pois sem que ocorra a efetivação destes direitos, inúmeras pessoas estarão sendo prejudicadas, diante da tamanha vulnerabilidade que estes indivíduos se encontram, ao serem diagnósticos com uma patologia crônica severa, atingindo diretamente suas relações familiares, econômicas e psicossociais.

Neste contexto, deve ser analisado aquilo que estar ocasionando os entraves para que estes direitos não consigam ser efetivados em sua plenitude. Percebendo, contudo, o quanto as políticas públicas estão se tornando cada vez mais fragilizadas, o que acarreta muitas vezes na judicialização destas garantias, justamente por conta da ausência de respostas para as demandas que crescem a cada dia.

Conforme relata, Leite e Bastos (2018), a saúde é um direito público subjetivo com bases fundamentadas constitucionalmente, e cabe ao Estado planejar ações exequíveis no que envolve as políticas públicas, a fim de garantir que a população usufrua destes serviços de maneira integral. Destarte, o Estado deve se portar como garantidor dos direitos constitucionais, e nunca se isentar em zelar pelos cidadãos.

Desta maneira, deve-se haver uma uniformização quanto o entendimento destes direitos, uma vez que as pessoas acometidas por câncer, encontram-se em uma condição de vulnerabilidade maior que as demais, e isto nos leva a compreender a importância da efetivação destes benefícios, visto que, sua concretude garante a dignificação da vida humana, reduz as desigualdades sociais e oportuniza o empoderamento das pessoas.

De acordo com Campos (2015), a pessoa acometida por câncer, deve receber total apoio do Estado e de toda sociedade civil, para superar as limitações que esta enfermidade lhe causará, para isso discorre:

A pessoa doente não pode ver-se abandonada pelo Estado e por ser sujeito de direitos e merecedora de atenção especial, gozará de direitos específicos previstos pela legislação nos âmbitos trabalhistas, previdenciários, tributários, financeiros, administrativos, processuais, dentre outros. Não poderia ser diferente, uma vez que a pessoa acometida por uma doença grave tal qual a neoplasia maligna é sabidamente vulnerável e carecedora da atuação estatal e do apoio de toda a sociedade. [...] embora seja uma atitude exigida preponderantemente do Estado, toda a sociedade deve estar engajada em proteger direitos fundamentais tais quais o direito à saúde, pois o seu alcance é o mais amplo possível e diz respeito a humanidade e para além de uma questão médica e jurídica, é também uma questão ética e moral (CAMPOS, 2015, p. 15).

Panoramicamente, pode-se dizer que a política social em oncologia é responsável em perceber as limitações que esta doença trás para a vida dos sujeitos adoecidos, e os direitos vigentes devem garantir que aqueles pacientes estejam assistidos e amparados, em um momento tão desafiador e frágil de suas vidas. Neste sentido, a saúde se apresenta como um valor social, e pensada de forma holística.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL E O PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA ANÁLISE SOBRE AS ARTICULAÇÕES DAS REDES SETORIAIS

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Possui um caráter sociopolítico crítico e interventivo, o qual possibilita atuar no processo de mediação frente ao conjunto das desigualdades sociais, procedentes do antagonismo entre as classes. Encontra-se atualmente, vinculado ao campo das ciências sociais aplicadas, no intuito de intervir frente às múltiplas expressões da questão social.

A profissão está regulamentada e respaldada de acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), conforme apresenta Xavier e Lopes:

O exercício da profissão de Serviço Social está regulamentado pela Lei nº 8.662/93 (BRASIL, 1993) e pelo Código de Ética do Assistente Social, instituído através da Resolução CFESS nº 273/93. O Código apresenta as ferramentas para o trabalho do assistente social, no que diz respeito à prestação de serviços diretos à população usuária, ao planejamento e à assessoria, também, na área da Saúde (XAVIER; LOPES, 2016, p 01).

Especificamente na política de saúde, o Serviço Social tem por objetivo, contribuir para a efetivação das propostas elaboradas pelo SUS. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 218/97 a mesma discorre sobre a importância do trabalho interdisciplinar na área da saúde, e reconhece o Serviço Social, como parte das quatorze profissões inseridas nesta política. A Resolução nº 383/99 do CFESS, ressalta este aspecto: “(...) o Serviço Social não é exclusivo da saúde, qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde.” (CFESS, 1999, p. 02).

Neste aspecto o assistente social, tem buscado realizar um trabalho no contexto da política de saúde, voltado a atender as necessidades que se originam do processo de adoecimento, considerando as particularidades das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade, tornando-se clara sua importância na composição das equipes multiprofissionais.

Para nortear tais ações, o CFESS elaborou um documento intitulado de Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, embasado com o Código de Ética e a Lei que regulamenta a profissão, a fim de referenciar sua intervenção, de acordo com suas competências e atribuições.

Na oncologia o assistente social, atua a partir de uma visão ampliada da vida dos pacientes, procurando elaborar mecanismos e estratégias para atender as demandas que decorrem do tratamento desta patologia. Sua atuação deve ser direcionada em três seguimentos: o paciente (como protagonista), a família e a equipe.

Visto, contudo, a necessidade de acolhimento destes, proporcionando segurança e confiança para com a equipe, pois “desta vinculação dependerá também a aderência ao tratamento, essencial para a realização de um bom trabalho para ambas as partes” (SANTOS, 2010, p. 62).

De acordo com o INCA (2012), dentro das unidades hospitalares a equipe do Serviço Social, deve buscar identificar as questões a qual possam intervir, durante o processo de tratamento, viabilizando o acesso aos direitos sociais do paciente com

câncer, visto que, um ser humano com seu estado de saúde comprometido, suas relações sociais, econômicas e familiares também estarão fragilizadas.

É necessário que os pacientes com neoplasia tenham consciência que, mesmo ausente de saúde, sua condição como sujeito de direito não muda. Para isto, Farias (2007) discorre:

É preciso enfatizar o papel do (a) assistente social na constituição do paciente como indivíduo que vive o processo de doença, ao ter acesso aos serviços de saúde, entre um ser político, que possui direitos, e o seu corpo doente; e ainda refletir até que ponto o fazer cotidiano do Serviço Social corrobora com o que Antunes chama de “suspensão do exercício pleno da cidadania” do indivíduo doente, analisando como esse profissional se posiciona frente à realidade de um usuário que busca os seus serviços, na tentativa de obter uma resposta humanizada no campo da saúde (FARIAS, 2007, p.100).

Em particular, a relação entre os assistentes sociais e os pacientes oncológicos, está diretamente ligada às demandas que surgem durante o seu tratamento, visto que o apoio social neste período de incertezas, torna-se fundamental para o processo de efetivação dos direitos sociais as quais lhes pertencem, bem como na garantia do exercício de cidadania plena.

Compreender a realidade dos pacientes com neoplasia maligna requer um esforço, por parte de todos os componentes das equipes multiprofissionais. Devem participar de sua vida, realizando um diálogo empático, no intuito de identificar quais as suas principais vulnerabilidades, para assim, viabilizar seu acesso aos benefícios que fazem jus. Sobre esta percepção, é necessário discutir sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003, no âmbito do SUS, para isto Malta, Schall e Modena (2009) relatam:

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à "ampliação da garantia de direitos e ao aprimoramento da vida em sociedade" (MALTA; SCHALL; MODENA, 2009, p. 05).

Portanto, os autores trazem em sua fala a importância da prática da humanização no cotidiano das ações, dos profissionais que fazem parte das equipes envolvidas com o tratamento oncológico. E é viável ainda dizer, que esta rede de

humanização deve se dar por uma construção permanente e solidária, ressaltando a valorização do ser humano, a integração das equipes, a comunicação e a conexão com as outras políticas sociais.

Partindo da premissa de que nenhuma política obtém resultados de forma isolada, o essencial é que corroborem entre os setores, uma parceria que tenha o mesmo sentido, através de um serviço continuado, que assista à população hipossuficiente, havendo uma resolutividade das condicionalidades que afetam as relações socioestruturais. Para tanto, é viável destacar como esta relação acontece, para que possamos enxergar a mediação para além dos centros oncológicos, e a saúde em seu sentido amplo.

O assistente social, deve articular-se entre as políticas setoriais, para assim propiciar a viabilização e a otimização dos serviços, destinados a atender às demandas vigentes, oriundas das múltiplas expressões da questão social. No intuito de garantir que os sujeitos inseridos neste contexto, usufruam dos direitos previstos pelas leis brasileira, fundamentados na Constituição Federal de 1988. Sobre intersetorialidade, pode-se afirmar:

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2)

Por isso, a importância da intersetorialidade como ferramenta e mecanismo de gestão, que se mostra extremamente necessária. Haja vista que, não se pode pensar em construção de políticas públicas sem considerar, a relevância da interação e integração dos diversos órgãos e instituições, no compromisso comum de efetivação de direitos, garantindo-se, também, a participação social como requisito essencial de legitimidade das políticas sociais.

As políticas públicas necessitam atender os pressupostos da intersetorialidade e da descentralização, em colaboração com a sociedade, para a construção de estratégias comuns, na resolução dos problemas sociais que afetam a todos. Embora o Estado possua uma importante função de atuação nesse cenário social, ele não

pode vir a substituir a sociedade seja qual for o sistema, nem vice-versa. Deve-se saber o que se transferir, para quem e como (JUNQUEIRA, 2004).

O trabalho em rede deve aderir a ações que se configurem por uma linhagem de totalidade, que consigam abranger os mais variados aspectos dos problemas sociais, gerando um modelo de intervenção ou gestão no tocante das políticas públicas, superando com isto, os limites institucionais encontrados no exercício profissional.

A saber, especialmente o assistente social, deve atuar de maneira que transponha o caráter emergencial e burocrático, mobilizando as equipes de saúde, a fim de garantir o desvelamento das demandas a ele posta.

Em relação ao exercício profissional do assistente social, sob a temática da intersectorialidade na política de saúde, pode-se mencionar:

Sobre isso cabe evidenciar que o assistente social na área da saúde é como um agente da integração, ou seja, um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre as demais políticas públicas, cujo principal produto é assegurar a integralidade das ações. Neste sentido, a ação intersectorial realizada pelo Serviço Social na saúde cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador das condições objetivas para realização do trabalho em saúde, e principalmente para tornar possível o acesso da população aos serviços existentes, constituindo como elo invisível. (AMARAL apud MIOTO e SCHUTZ, 2011, p.16)

Portanto, é notório perceber que o assistente social executa ações de efeito integrado, no sentido de manter o equilíbrio entre as equipes, que atuam em diversas políticas públicas. Uma espécie de teia deve ser construída, a fim de fortalecer os laços interpessoais, assegurando que os usuários destas, possam receber o auxílio necessário, especialmente os pacientes acometidos por câncer.

As urgências sociais emergida no processo de saúde são múltiplas. E é necessário que o assistente social inserido neste contexto, perceba os sujeitos não apenas na condição de adoecimento, mas observar suas dificuldades tanto de acesso como de consumo dos serviços. É preciso desmistificar a ideia da saúde como modelo biomédico hegemônico e para isto, a intersectorialidade vem favorecer o processo de descentralização das ações e aniquilar o perfil de hierarquização ainda existente.

Romper com os protocolos operacionais que ainda existem, é um desafio. Os assistentes sociais que estão inseridos na execução dos serviços públicos precisam transcender na sua prática, a função de mero executor, para torna-se um profissional proativo e dinâmico, isto parafraseando Iamamoto (2015). É preciso que o profissional se comprometa em, atuar frente à superação dos desafios, objetivando sua práxis na efetividade, sob o princípio da dignidade da pessoa humana.

Os profissionais do Serviço Social, dentro dos centros de oncologia se deparam cotidianamente com demandas que estão além do seu fazer profissional naquele espaço, necessitando articular-se com as redes de proteção social, que é responsável em viabilizar meios para o cumprimento e a resolutiva, das demandas que lhes são encaminhados, ainda realizando um serviço continuado, a fim de identificar se aqueles benefícios estão conseguindo contemplar, as particularidades que envolvem a vida do paciente e da sua família.

Nesta mesma perspectiva de mediação, os encaminhamentos são realizados de acordo com as necessidades do paciente, mobilizando as redes de proteção social, que por sua vez, deverão responder a estas solicitações por meios de instrumentais nomeados por “contra referência”, no intuito de esclarecer como se deu o desfecho dos casos, visto que os serviços realizados pelo assistente social, dentro dos hospitais caracterizam-se como pontuais e emergenciais. Em relação aos encaminhamentos para as redes setoriais, pode-se dizer:

Duas dessas relações dizem respeito ao fluxo assistencial dos usuários entre os serviços da rede: a referência e a contrarreferência. Por relações de referência, compreende-se o encaminhamento do usuário para serviços que mais se adequem às suas necessidades e às características da pessoa, isto é, à complexidade de seu caso. A contrarreferência é o processo por meio do qual esse último serviço fica responsável por prestar o cuidado necessário e encaminhar a pessoa de volta para o serviço inicial, viabilizando o cuidado compartilhado. Por intermédio desse sistema de referenciamento e de contrarreferenciamento, espera-se promover a integralidade do cuidado, por meio da comunicação entre os serviços (COSTA et al COLUGNATI, 2015, p. 01).

Portanto, fica expressa a importância da comunicação, entre as redes setoriais para a concretude das demandas a lhes são enviadas. Isso leva-nos a compreender que uma falha nesse processo, poderá desnortear a atuação das equipes, haja vista que entraves encontrados na efetivação dos direitos e benefícios, muitas vezes acontecem por meios da falta de preparo de quem operacionaliza os serviços.

Para Sodré (2010), o assistente social deve se atentar as novas dimensões das lutas sociais que, se colocam como desafios na produção de conhecimento e pelo direito à informação, para que suas ações possuam um caráter legitimador na defesa da democracia, consolidado frente ao seu projeto ético político profissional a garantia pela efetividade dos direitos sociais, destinados aos pacientes com câncer.

Assim, cabem aos profissionais, ações para a formulação de estratégias que busquem reforçar ou criar experiências no serviço de saúde que efetivem o direito social à saúde, e incluindo que o Código de Ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho do assistente social na saúde e isso destaca – se nos próprios princípios fundamentais, destacando:

A defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; 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; 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. (CFESS, 1993, p. 70).

Prontamente entendemos que, o Serviço Social no contexto do trabalho coletivo em saúde é um agente transformador de ações sólidas, compromissado em atuar frente aos princípios do Sistema Único de Saúde e as implicações da Reforma Sanitária Brasileira, construindo um elo com as demais políticas, no intuito de potencializar a eficácia dos serviços, respondendo as particularidades de seus usuários.

Na rede de atenção oncológica, a profissão deve se estabelecer a partir da objetividade das relações sociais, fortalecendo os laços com os pacientes e seus familiares, diante desse cenário tão desafiador que é enfrentar um tratamento dessa complexidade. Devem ser levados em consideração todos os aspectos da vida do indivíduo: corpo, mente, espírito e vida social, buscando aliviar suas tensões, seus sofrimentos e ampliar sua condição de vida.

A discussão exposta leva-nos a perceber o quanto o trabalho em rede, se torna importante para a execução da práxis dos assistentes sociais. Visto que, uma gestão compartilhada propiciará a elaboração de um planejamento que alcance os

interesses coletivos, e para isto teremos como efeito a agilidade no cumprimento das demandas, a diminuição dos conflitos gerenciais, a participação e o controle social.

CAPÍTULO III: SUPERANDO LIMITES E CRIANDO POSSIBILIDADES: A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO

3.1 O CAMINHO PARA A PESQUISA

O despertar pela pesquisa surgiu a partir da experiência vivenciada durante o Estágio Supervisionado I e II, que ocorreu no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP), localizado no município de Barbalha-Ce, durante o ano de 2018. A unidade hospitalar é referência para 45 municípios, atendendo a cinco microrregiões de saúde, e ainda recebe pacientes por demanda espontânea de 60 cidades.

Acoplado ao HMSVP encontra-se, o Centro de Oncologia do Cariri, fundado em 2001, considerado referência em tratamento oncológico, no interior do Ceará. Dentro deste espaço, tive a oportunidade de realizar diversos atendimentos a pacientes e seus familiares, e com isto, era observado os efeitos que esta patologia trás para a vida destes sujeitos, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social.

Desta maneira, foi realizada uma análise acerca do acesso aos benefícios existentes, enfatizando a importância do assistente social, na viabilização das garantias que assistem os pacientes com câncer, avaliando como acontece a articulação entre as redes de proteção social a contribuição do trabalho intersectorial no processo de aquisição e efetivação dos direitos sociais.

É possível perceber que a pesquisa científica, se tornou uma ponte para a construção de conhecimento, onde qualifica o pesquisador como um ser investigativo, em busca de desvelar a realidade que envolve os sujeitos, dentro dos seus espaços e necessidade. Para Demo (2002), a pesquisa pode significar uma condição de consciência crítica e cabe como componente necessário de toda proposta emancipatória.

Sob esta perspectiva, é viável destacar a importância que o conhecimento científico agrega para as relações sociais, visto que, sua intenção está intrinsecamente relacionada em transformar a realidade a partir da compreensão do valor central sobre aquilo que traz inquietude e desperta interesse em investigar. Pesquisar é debruçar-se sobre os fenômenos e suas causas, no intuito de alcançar resultados exequíveis, para modificar a vida das pessoas.

O processo metodológico utilizado para elaboração deste trabalho se deu, através de uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, caracterizada como exploratória, descritiva e explicativa. Fazendo o uso do materialismo dialético, que de acordo com Richardson e Pfeiffer (2017), vimos que:

Ideologia e ciência do marxismo. Oposição clara a toda forma de positivismo e estruturalismo. Considera-se materialismo porque sua interpretação da natureza, concepção dos fenômenos naturais e sua teoria são materialistas. Considera-se dialético porque sua aproximação (método e estudo) dos fenômenos naturais é dialética (RICHARDSON, PFEITTER, 2017, p.32).

A abordagem qualitativa, é um método de investigação científica que toma como foco a subjetividade do objeto analisado, no intuito de construir conhecimento sobre temas específicos, em conjunto com a abordagem bibliográfica. Pra Minayo (2009), este tipo de pesquisa visa responder a questões muito particulares, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das inspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Tornando-se impossível mensurar, a realidade de forma quantitativa.

Entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura, sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Sobre seu desenvolvimento, podemos afirmar:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas (GIL, 2009, p.44).

Esta pesquisa fora realizada no período de fevereiro a junho do ano de 2019, e utilizou-se de informações e dados, extraídos a partir da leitura e o estudo de artigos científicos, livros, monografias, dissertações de mestrado, de revistas eletrônicas e

impressas, páginas de web sites, portarias e leis. Sob a visão crítica e reflexiva de vários autores, que subsidiaram a discussão acerca do objeto de estudo.

Portanto, a pesquisa já citada torna-se, imprescindível no processo de construção de conhecimento, visto que suas vias de acesso permitem que, os pesquisadores desenvolvam em si um senso crítico de determinado assunto, pelo grande volume de obras, texto e diálogos com diversos autores.

3.2 O HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO E A MISSÃO DO CUIDAR

Fundado em 1970, O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, instalado na Av. Cel. João Coelho, 299, Bairro: Centro, no coração da cidade de Barbalha-Ce, é referência na saúde do paciente, e conta com uma equipe multiprofissional atuando de forma integrada. Ao longo dos anos, o hospital foi aumentando e diversificando seus atendimentos, sempre buscando atender às políticas prioritárias do Ministério da Saúde e, a partir de 1990, das políticas implantadas pelo Sistema Único de Saúde.

O hospital se caracteriza como uma unidade mista de saúde, atendendo a aproximadamente 70% da demanda do SUS, cerca de 28 planos de saúde e particulares. Disponibiliza dos serviços de pediatria, UTI neonatal, pediátrica e adulto, ambulatórios para consultas diversas, centro de imagens, laboratórios clínico e patológico, centro cirúrgico materno infantil, medicina nuclear, oncologia clínica e cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, entre outros. Atualmente o Hospital São Vicente conta com 50 especialidades.

Dentre os serviços ofertados para o tratamento de alta complexidade, encontra-se o Centro de Oncologia do Cariri, que funciona em conjunto com o hospital, sendo esta a única oncologia do Sul do Ceará, atendendo a centenas de pessoas que necessitam do tratamento em decorrência do diagnóstico da doença. Diariamente, estes pacientes realizam procedimentos, e recebem assistência da equipe multiprofissional que compõem o setor de oncologia.

Atualmente, o serviço social do HMSVP, conta com duas assistentes sociais, responsáveis por todos os setores do hospital. Em suas atividades realizam acolhimento dos pacientes e de seus familiares, orientando-os acerca dos seus

direitos e viabilizando meios para que estes consigam amparo, quando necessário das outras políticas públicas, através do serviço intersetorial.

Diante do que já fora citado, é sabido que a demanda recebida caracteriza a unidade de saúde como referência para diversos atendimentos. Sua estrutura física de área construída equivale a 14.248 metros quadrados, possui 228 leitos, um corpo clínico de 157 médicos e conta com 900 funcionários. O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é um grande patrimônio da história da saúde da cidade de Barbalha, são 49 anos de amor à missão de servir a população, de zelar pela saúde, de acolher vidas em busca de curar seus males.

3.3 ANÁLISE DO OBJETO DE ESTUDO

No contexto da política de saúde, em particular na área da oncologia, as expressões da questão social se apresentam de forma mais aguçada, visto que, o próprio adoecimento é a manifestação direta da precariedade das condições de vida. Compreender a dimensão dos prejuízos que esta patologia acarreta na vida dos sujeitos, tem sido um grande desafio para os assistentes sociais que atuam nessa política.

Diante do surgimento das novas demandas, é solicitado ao profissional sua intervenção no contexto da prevenção, tratamento e reabilitação destes pacientes. Neste sentido, o seu trabalho deve estar pautado na viabilização e acesso as políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia da efetivação dos direitos sociais e o exercício de cidadania.

Para tanto, faz-se necessário que este profissional possua conhecimento, preparo, instrumentos, condições e liberdade para, acima de tudo, superar os desafios de efetivar direitos e obter sucesso em suas ações.

A possibilidade de empreender estratégias e ações que favoreçam os interesses e necessidade dos usuários depende da capacidade de desvendamento e apreensão dessas contradições, o que demanda uma qualidade de análise da realidade trabalhada que resulte em conhecimento e informações necessárias para a criação de formas de acesso aos recursos enquanto direitos sociais e de exercício de relações democráticas, solidárias e justas (VACONCELOS, 2003, p.436).

Diante do exposto, a autora expressa em sua fala o quanto é relevante que os assistentes sociais reconheçam suas competências e habilidades, para que assim consigam desenvolver seu trabalho no intuito de atender aos interesses coletivos, no sentido de romper com os paradigmas de ações tecnicistas ainda existentes.

As propostas formuladas pelos assistentes sociais mediante tais condições devem estar relacionadas a atividades de cunho coletivo, e requer um aprofundamento sobre a intersetorialidade. De acordo com Costa (2010), a apropriação se faz necessária, dado o fato de que o Serviço Social realiza atividades entre as mais diversas políticas setoriais, no intuito de fortalecer os vínculos entre as políticas públicas e seus usuários.

Neste sentido, partimos da compreensão de que, agir na intersetorialidade significa desenvolver a capacidade de combinar, articular e conectar ações e serviços no sistema de proteção social e de seguridade social. No tocante aos direitos sociais dos pacientes com câncer, entende-se que só será possível sua efetivação mediante o esforço por parte de todos que compõem esse processo, visto que o trabalho em rede facilita a comunicação e flexibilização das demandas.

Coadunando com esta proposta, o CFESS afirma no texto dos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, que a atuação crítica e competente do Serviço Social consiste em: “Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.” (CFESS, 2010, p 30).

Analisando tais considerações, é viável destacar a importância do assistente social na construção de um modelo unificado de atenção social, partindo do pressuposto da integralidade, considerando a existência do crescimento das desigualdades sociais, oriundas do processo de adoecimento populacional e o quanto o trabalho em rede solidifica as ações e fortalece os vínculos entre os profissionais e os usuários.

O trabalho intersetorial é realizado no sentido de promover a qualidade dos serviços aos pacientes com câncer, visto que, apenas um profissional inserido em uma área específica não seria capaz de abarcar todos os atendimentos, mas as ações

devem ser realizadas de forma coletiva em diferentes políticas públicas, considerando as mais variadas necessidades que permeiam a vida desses pacientes e seus familiares, durante o período de tratamento da doença. Sobre a participação do assistente social neste processo, Farias (2007) relata:

[..] o(a) assistente social dispõem de informações sobre os direitos dos pacientes oncológicos, fazendo o papel de mediador e facilitador destes juntos a órgãos municipais, estaduais e federais, para agilizar e encaminhar processos e/ou situações/problemas que perpassam pelos mesmos durante o período de tratamento. Na maioria das vezes os pacientes desconhecem os direitos dos quais são possuidores (FARIAS, 2007, p. 87).

Sobretudo, a autora discorre em sua fala a importância da interação entre os assistentes sociais e estes pacientes. Sem dúvidas, essa aproximação faticizará o desenvolvimento das suas atividades de acordo com as particularidades de cada indivíduo, subsidiando a mobilização de toda a rede de proteção social, na resolução das problemáticas.

Ainda vale ressaltar, que a ausência de informação acerca desses direitos, têm tornado ainda mais difícil a sua efetividade. Mediante este fato, devemos considerar como competência profissional do assistente social: “Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.” (CFESS. 2010. P36)

Portanto, a dinâmica de trabalho do assistente social na oncologia deve ser realizada de forma clara e objetiva, pautada na comunicação entre pacientes, familiares, profissionais e as redes de proteção social. Sua concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite ao profissional analisar os determinantes sociais do processo saúde-doença para assim, desmistificar o modelo de atendimento centrado apenas na enfermidade.

Entretanto, Farias (2007) discorre em sua dissertação de mestrado sobre a discrepância existente entre a defesa dos direitos sociais e o contexto da oferta desses direitos por parte do governo, o que tem gerado uma constante tensão entre as estratégias para enfrentamento da questão social e os projetos sociais distintos. Para tanto, é considerado que o Estado tem enfatizado a lógica da despolitização de suas ações, e transferido sua responsabilidade à sociedade civil.

Nota-se a partir dessa análise, que os entraves para efetivação dos direitos sociais estão intrinsecamente ligados, a falta de compromisso do Estado com os cidadãos, que necessitam de apoio e assistência para superação das condições precárias de vida, resultante do processo de adoecimento oncológico. Deliberadamente neste contexto, é validada a atuação dos assistentes sociais, a partir da compreensão do seu papel de articulador, mediante sua capacidade intelectual e crítica de perceber as relações sociais.

Para superar essa situação e avançar no campo da intersectorialidade, sob a perspectiva da democratização do Estado e da efetivação dos direitos sociais, Junqueira (1997) considera que, para resolver os problemas dos indivíduos, deve-se levar em consideração a totalidade, mobilizando os serviços para um atendimento integral. Ainda caracteriza estas ações como, estratégias de gestão, para um alcance amplo da realidade social, possibilitando que os cidadãos usufruam de uma vida digna.

Como se pode observar, os autores abordam o tema, analisando as condições de vida dos sujeitos e as limitações em decorrência da doença, a existência das garantias sociais que lhes pertencem, e considera ainda a ausência do Estado em cumprir seu papel de assistir estas pessoas, e caracteriza como um dos principais entraves para efetivação desses direitos. Sobretudo, é visto no trabalho intersectorial uma tentativa de superação dessas limitações, considerando a lógica da gestão compartilhada no acolhimento das demandas e na resolutiva destas. Corroborando com essa análise, os autores Martins e Zaidan (2017) ressaltam:

A articulação de saberes e experiências agem para melhorar o nível de desenvolvimento social, pois a ação do assistente social se insere no campo da promoção da saúde e da assistência social, notadamente no eixo da intersectorialidade e da garantia da integralidade das políticas públicas, incentivando a participação da população. Espera-se que se use a intersectorialidade para combater diversas formas de violação de direitos e precarização do serviço (MARTINS; ZAIDAN, 2017, p. 03-04).

É imprescindível o valor dessa discussão, haja vista que, mediante o elo criado no âmbito das políticas públicas, solidifica as ações dos assistentes sociais com base na dimensão da integralidade, de modo que enalteça a qualidade dos serviços prestados à população, com ênfase nos destinados aos pacientes de neoplasia maligna.

O espaço intersetorial, proporciona às equipes a liberdade de construir novas formas de agir e pensar sobre uma demanda ou um assunto que, é atendida em determinada política, mas que necessita de outra para encontrar a melhor solução. Comumente essas ações são percebidas no âmbito da seguridade social, com a pretensão de acolher as solicitações dos usuários, e os encaminhamentos da rede de proteção social, para aquisição de garantias e serviços ofertados por estas políticas. De acordo com Rodrigues (2011) é importante destacar que:

[..] a intersetorialidade atua na perspectiva de compartilhamento de responsabilidades e na organização de atribuições necessárias à gestão, enquanto importante ferramenta no processo de materialização dos direitos fundamentais inscritos na Constituição Federal de 1988 (RODRIGUES, 2011, p. 07).

Desta forma, percebe-se o quanto a intersetorialidade tem se tornado um mecanismo de ação para a gestão pública das políticas sociais. Sob o aspecto dos serviços e atendimentos aos pacientes acometidos por câncer, entende-se que a melhor forma de garantir que seus direitos enquanto sujeito, acontece por meio do trabalho articulado entre as redes de proteção social.

Amparado por este viés, podemos avaliar que através da perspectiva idiossincrática coletiva, é possível elaborar estratégias para enfrentamento das expressões da questão social oriundas do processo de adoecimento oncológico, garantindo a efetividade dos serviços em seu caráter integral. Além disso, a prática intersetorial vem desmistificar, os aspectos considerados fragmentados e pontuais das políticas sociais.

Em relação às estratégias construídas pelo Serviço Social, no tocante a efetivação dos direitos sob a perspectiva da intersetorialidade, Costa (2010) discorre:

[..] O Serviço Social tem construído estratégias de acesso e garantias de direitos, bem como construído importantes elos que, se objeto de sistematização, podem pôr em evidência estratégias e caminhos em prol da construção da intersetorialidade no espaço da micro política do processo de trabalho, inclusive podendo oferecer subsídios no campo da gestão do sistema de seguridade social brasileiro (COSTA, 2010, p. 232).

Sobre o exposto de sua fala, é percebida a importância do fortalecimento do trabalho intersetorial para efetivação dos direitos sociais e, sobretudo, o Serviço Social tem contribuído de maneira significativa, para o fortalecimento das ações coletivas no

contexto da seguridade social, na intenção de desburocratizar o acesso a estas garantias e agilizar na resolutiva das demandas.

Coadunando com essa perspectiva, Mito e Schuts (2010, p. 3-4), defendem que: “construção da intersectorialidade é, portanto, uma necessidade apontada no campo da política social como requisito da proteção integral.” Sob essa lógica, mais uma vez é percebida a relevância do trabalho em rede, para a resolutiva dos problemas sociais e a construção de uma sociedade mais justa e humana.

No entanto, é preciso enfatizar que o trabalho em rede só consegue ter efetividade mediante a interação de todos com compõem as políticas setoriais, visto que sem a participação dos profissionais, torna-se inviável a materialização dos serviços de carácter continuado. Levando em consideração a situação de enfermidade dos pacientes com câncer, este necessita de apoio dos mais variados serviços públicos, para que possa superar este momento adverso de suas vidas.

Sendo assim, a efetividade das garantias sociais, depende da articulação das redes, partindo do pressuposto que nenhuma política obtém resultado de maneira isolada. Para tanto, os assistentes sociais atuam como mediador nesse contexto, rompendo os limites institucionais e criando possibilidades de intervenção.

Para tanto, é preciso que o assistente social não se detenha apenas as questões subjetivas vividas pelos usuários. A respeito disso, Farias (2007) considera que:

O trabalho desse profissional na área da saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articuladas aos princípios da reforma sanitária e 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 às necessidades apresentadas pelos usuários (FARIAS, 2007, p. 114).

Neste aspecto, entendemos que para alcançarmos um resultado positivo das ações profissionais dos assistentes sociais no contexto da política de saúde, é necessária sua compreensão acerca dos determinantes sociais inerentes ao processo saúde-doença, para assim, conseguir atender as necessidades dos sujeitos adoecidos, pautada de acordo com as propostas da reforma sanitária e o Projeto Ético Político do Serviço Social.

Como se percebe, as referências utilizadas para construção dessa pesquisa, possibilita uma reflexão sobre os desafios postos aos assistentes sociais em trabalhar na lógica da intersetorialidade, objetivando através desta a efetivação dos direitos sociais dos pacientes com neoplasia maligna. É viável destacar, que sem a harmonia entre os setores, torna-se ineficiente os serviços ofertados pelas políticas públicas.

Desta forma, vimos também que o trabalho intersetorial se caracteriza como uma forma de superação para as limitações encontradas no processo de efetivação dos direitos, considerando que sua prática se norteia pelo princípio da integralidade, o que favorece a construção de um modelo unificado ao que concerne a proteção social brasileira.

Os resultados da pesquisa nos apontam que, os assistentes sociais inseridos no contexto da política de saúde, em especial na área oncológica, devem atuar buscando estabelecer uma relação próxima com os pacientes, a fim de entender suas principais necessidades para assim buscar o apoio da rede de proteção, no intuito de garantir a efetividade dos direitos que lhes fazem jus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constitui objetivo desta pesquisa, a realização de uma análise sobre a importância do assistente social no contexto da política de saúde em especial na área da oncologia, e sobretudo, como o trabalho intersetorial tem contribuído para efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer, considerando o seu perfil de articulador entre as redes de proteção social.

Para esta pesquisa, tomou-se como foco a condição de adoecimento populacional brasileiro, em decorrência do expressivo número de diagnósticos por câncer nos últimos tempos, o que conseqüentemente qualifica essa patologia como um problema de saúde pública, levando em consideração os fatores de risco que propiciam o crescimento de novos casos.

Motivou-se também, compreender os impactos que esta doença acarreta a vida dos pacientes, considerando que após um diagnóstico este sujeito sofrerá danos em que afetará diretamente em suas relações interpessoais, laborais, sociais e familiares. Neste contexto, são vivenciadas as mais diversas formas de expressões da questão social, considerando o quanto esta enfermidade pode limitar a vida destas pessoas.

O principal aspecto que motivou esta pesquisa, foi a necessidade de analisar sobre, a contribuição do assistente social no processo de efetivação das garantias sociais destinadas aos pacientes com câncer, e como este desenvolve sua atuação frente aos setores públicos. Ou seja, com tem se dado à comunicação da rede de proteção social, ao que concerne o processo de aquisição e efetivação dos direitos sociais, destes pacientes.

Durante o processo de construção deste trabalho, fora percebido que, mesmo havendo várias produções bibliográficas relacionadas ao tema, ainda são poucas as que de fato expõem a visão do assistente social sobre a importância do trabalho intersetorial para efetivação dos direitos sociais destinados aos pacientes oncológicos. Como esta pesquisa se caracteriza unicamente como bibliográfica, seus resultados foram obtidos apenas através da análise dos materiais disponíveis já publicados.

Acredita-se que a partir desta pesquisa, fica claro sobre a importância do trabalho coletivo para a efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer, considerando que, a articulação intersetorial surge como uma tentativa de superar o

imediatismo, dos serviços prestados nos espaços das políticas públicas, portanto, sem a comunicação entre as redes de proteção social, o trabalho do assistente social se torna ineficiente.

Assim, ainda que, mesmo diante de todas as limitações, os assistentes sociais devem atuar na perspectiva de construir laços sólidos entre as políticas setoriais, motivando a participação coletiva, para garantir a efetividade dos direitos sociais dos pacientes com neoplasia maligna, evidenciando a contribuição da intersectorialidade no processo de trabalho, como estratégia de fortalecimento da gestão do sistema de seguridade social brasileiro.

Vale ressaltar a importância da continuação do conhecimento aqui produzido, pois cada assistente social está inserido em uma realidade diferente, portanto não há verdades universais contidas nesse trabalho, o intuito aqui é de abrir espaços para novos estudos sobre a temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Glaucia. **As ações intersetoriais na atenção à saúde na alta complexidade: construindo marcos de referência para o exercício profissional do assistente social.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: . Acesso em: 15 de mai. de 2013.

AMARAL, Glaucia. **As ações intersetoriais na atenção à saúde na alta complexidade: construindo marcos de referência para o exercício profissional do assistente social.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

BARROCO, M. L. S. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado** / Maria Lucia Barroco, Sylvia Helena Terra; Concelho Federal de Serviço Social – CFESS, (organizador). – São Paulo: Cortez, 2012.

BATISTA, Letícia Silva. **Condição de vida e adoecimento por câncer.** Libertas, Juiz de Fora, v. 10, p. 172 – 187. 2010.

BRASIL, Revista Impedindo a Queda. **O Câncer não é mais uma sentença de morte. E em muitos casos, a cura é possível.** Ed. 40, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. P.11

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. P55.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2).

BRASIL. Decreto (1970). **Campanha Nacional de Combate ao Câncer.** Rio de Janeiro, Ministério da Saúde. 1970. P 05.

BRASIL. RSB. **Reforma Sanitária Brasileira.** Brasília, Ministério da Saúde. 1987. P 381.

CAMPOS. J.R.I.S. **Direito Fundamental à vida: Uma análise da proteção jurídica às pessoas acometidas por neoplasia maligna.** Videre. Dourados, v. 07, n. 13, p. 34-48, jan./jun. 2015.

CEBES. DOCUMENTO. **Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33 n.81, p. 185-188, jan./abr. 2009

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010

CNS. Resolução N° 218/97. **Caracterização dos profissionais de saúde de nível superior**. Brasília. 1997.

COMERLATT, Dunia et al. **Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais**. In. Rev. Katál. Florianópolis: v. 10. n. 2. p. 265-271, 2007

COSTA. M.D.H. **O Serviço Social e a Intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. / Maria Dalva Horácio da Costa. – Recife. O autor: 2010. 264 folhas: fig., gráf., quadros, abrev. e siglas. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2010.

CFESS. Resolução N° 383/99. Ementa: **Caracteriza o assistente social como profissional de saúde**. Brasília. 1999.

COSTA et.al. **O cenário da política de saúde brasileira no regime militar: Uma análise sobre a revista Veja no período de 1971 a 1981**. Recife. 2009.

COSTA. P.H.A.; MARTINS. L.F.; MEDEIROS. A.X.; SALGADO. J.A.; SILVA. W.M.D.; RONZANI. T.M.; COLUGNATI. F.A.B. **Sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: Contribuições da análise de redes sociais**. Cad. Saúde Colet., , Rio de Janeiro, 23 (3): 245-252. 2015

DEMO, P. **Saber pensar**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

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

FRIESTINO, et al. **Percepções sobre o diagnóstico precoce do Câncer Infante Juvenil na Atenção Primária à Saúde**. Revista brasileira de cancerologia. Chapecó. P.02, 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. – 4. ed. 12. – São Paulo: Atlas, 2009.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO: A história do hospital. Disponível em <<http://www.saovicente.org.br/instalacoes/historia/>> Acessado em 30 de Maio. 2019.

IAMAMOTO, MARILDA VILLELA. **O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. 26.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

INCA. Estimativa 2018 – **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em <<http://actbr.org.br/post/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil/17130/>> > Acessado em 10 de Fevereiro às, 15h30min.

INCA. **Direitos sociais da pessoa com câncer: Orientação aos pacientes**. Rio de Janeiro. 3° Ed. 2012

JUSBRASIL. **Benefícios Garantidos em Lei para Pacientes com Câncer.** Disponível em < <https://doutormultas.jusbrasil.com.br/artigos/511510032/18-beneficios-garantidos-em-lei-para-pacientes-com-cancer>> Acessado em 12 de Outubro de 2018 às, 01h40min.

JUNQUEIRA, Luciana A. Prates. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, p. 25- 36, jan-abr, 2004.

JUNQUEIRA. L.A.P. **Descentralização e intersetorialidade: A construção de um modelo de gestão municipal.** RAP. Rio de Janeiro 3 2(2): 11-22, Mar/Abr. 1998

JUNQUEIRA. L.A.P. **Descentralização e intersetorialidade: A construção de um modelo de gestão municipal.** RAP. Rio de Janeiro 3 2(2): 11-22, Mar/Abr. 1998

LEITE. I.C.; BASTOS P.R. H.O. **Judicialização da saúde: Aspectos legais e impactos orçamentários.** Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 102-117, jan./abr. 2018

MALTA. J.D.S.; SHALL. V.T.; MODENA. C.M. **O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos Oncologistas Pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte.** Revista Brasileira de Cancerologia; 55(1): 33-39. 2009

MACHADO, Lourdes A. **Construindo a intersetorialidade.** Disponível em: <portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com>, Acesso em: 22 jul. 2011.

MARTINS. V.; Z Aidan. L.S.G. **O trabalho do assistente social frente as demandas intersetoriais.** 2017. (PARTICIPOU DA VIII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS) – UFMA (ARTIGO)

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHUTZ, Fernanda. **Interseitorialidade na Política Social: Reflexões a partir do exercício profissional dos Assistentes Sociais.** Pelotas-RS, 2011.

MIOTO. R.C.T.; SCHUTS. F. **Interseitorialidade e Política Social: Subsidio para o debate.** Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun./2010

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHUTZ, Fernanda. **Interseitorialidade na Política Social: Reflexões a partir do exercício profissional dos Assistentes Sociais.** Pelotas-RS, 2011. Disponível em: . Acessado em: 5 de abr. de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro, 2009.

ROSA, A. C.; STURZA, J. M. **A necessária garantia do direito à saúde ao paciente oncológico: Estudo de caso acerca das decisões do tribunal de justiça do estado do Rio Grande do Sul.** 2013. Disponível em < <http://www.domalberto.edu.br/wp-content/uploads/2012/02/A-NECESS%C3%81RIA-GARANTIA-DO-DIREITO-%C3%80-SA%C3%9ADE-AO-PACIENTE.pdf> > Acessado em: 15 Abril. 2019.

RODRIGUES. J.M.S. **A Intersetorialidade entre as Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social Pós Constituição Brasileira de 1988**. 2011 (PARTICIPOU DA V JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS) UFMA (ARTIGO)

RICHARDSON, Roberto Jarry; PFEIFFER, Dietmar Klaus. **Pesquisa social : métodos e técnicas**. – 4. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo : Atlas, 2017.

SANTOS, C. F. dos. **A atuação do assistente social em cuidados paliativos**. Coletânea de Textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia, 2010.

SODRÉ. Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Serv. Soc. Soc. no.103 São Paulo July/Sept. 2010 Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004 > Acessado em 17 abril. 2019

TEIXEIRA, L.T.; PORTO, M. A.; NORONHA, C.P. **O Câncer no Brasil: Passado e Presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TEIXEIRA, A.T.; PORTO, M. A.; HABIB, P. A. B. B. **Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: Elementos de uma trajetória**. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,20, p.02, 81, 2012.

TEIXEIRA, A. T.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema para problema de saúde pública: O INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social; cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. 2ed. SP:Cortez, 2003. p.413-548.

XAVIER. P.R.H.; LOPES. S.M.B. **As práticas do assistente social e sua articulação com a Equipe de saúde do Hospital de Curitiba**. Serv. Soc. Rev., Londrina, V. 18, N.2, P.132 - 150, jan. /jun. 2016