

DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: uma experiência de estágio supervisionado no Centro Avançado de Oncologia (CECAN) anexo da Liga Contra o Câncer.¹

**Danielly Tereza da Silva²
Joceilma de França Dantas³
Maria Cristina Silva Pereira⁴**

RESUMO

O Centro Avançado de Oncologia (CECAN) tem como missão acolher todas as pessoas acometidas pelo câncer, de forma humanizada. O presente artigo pretende divulgar e socializar a experiência do estágio supervisionado desenvolvido no CECAN. O Serviço Social realiza um fazer profissional na instituição, com compromisso e responsabilidade sendo norteado pelo projeto ético político profissional. Uma grande parte dos pacientes que chegam à instituição encontram-se inseridos no contexto de vulnerabilidade social necessitando de orientação e acompanhamento de toda equipe técnica institucional. Ocasionalmente assim a consolidação de um trabalho interventivo sobre os Direitos Sociais dos pacientes oncológicos. O artigo científico traz informações sobre a política de saúde no Brasil. Contextualiza a inserção do Serviço Social na área da saúde, em particular no CECAN. Apresenta a sistematização das ações socioeducativas consolidadas com os pacientes, familiares e acompanhantes. Utilizou-se como metodologia: pesquisa bibliográfica, documental e diário de campo. Quanto aos resultados alcançados, pode-se considerar como exitosa a realização das ações socioeducativas, tornando-se necessário a continuidade de ações semelhantes visando esclarecer dúvidas, ampliar o conhecimento e desenvolver no usuário a satisfação de ser bem atendido, usufruindo dos direitos conquistados.

Palavras-chave: Saúde. Serviço Social. Direitos Sociais. Ações socioeducativas

ABSTRAT

Advanced Center of Oncology (CECAN) has its mission to receive in a humanized manner, all sorts of people affected by cancer. The present article intends to diffuse an experience of supervised internship taken on CECAN. In such institutions, Social Service professionals perform their work with commitment and responsibility; they are guided by an ethical and political professional project. A large part of patients who search for the Center is inserted in a social vulnerability context, requiring guidance and monitoring from CECAN's technical team eventually leading to closure as an interventional work on Social Rights for cancer patients. This scientific article provides information about health policies in Brazil. It contextualizes the insertion of Social Service in health areas, particularly at CECAN, and presents the systematization of socio-educational actions reinforced with patients, relatives, and companions. The methodologies chosen for this internship report were field diary, bibliographic and documental research. Concerning the outcomes, socio-educational actions can be considered successful, making it necessary to continue similar actions focused on having all doubts clarified. Consequently, patients can assure their rights that have

been conquered, expand their knowledge of the health system and develop the satisfaction of being well assisted.

Keywords: Health, social service, social rights, and socioeducational actions

1 INTRODUÇÃO

¹ Artigo apresentado à Universidade Potiguar – UNP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, em 2022.

² Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte. E-mail: danielytereza@gmail.com

³ Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte. E-mail: joceilma.franca1@gmail.com

⁴ Docente da Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte. Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: mariacristina.pereira@unp.br

Este artigo tem como objetivo socializar a experiência de estágio supervisionado realizado no Centro Avançado de Oncologia (CECAN), localizado na Avenida Miguel Castro, 1355, Bairro Dix-Sept Rosado, Natal/RN. Mais especificamente, pretende sistematizar teoricamente o trabalho socioeducativo realizado com base nos Direitos Sociais dos pacientes oncológicos.

O CECAN é considerado como a Unidade II da Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer (LNRCC), cuja missão consiste em acolher e tratar todas as pessoas acometidas pelo câncer, com um atendimento humanizado, além dos diagnósticos e tratamentos que sedia setores de radioterapia, quimioterapia e medicina nuclear. Possui uma estrutura moderna de grande porte agregando, toda parte administrativa da LNRCC, como a Superintendência, o setor Financeiro e o Departamento de Recursos Humanos. O setor de diagnóstico por imagem é considerado um dos mais avançados do RN.

O Serviço Social no CECAN contribui em vários fatores desde o acolhimento até o término do tratamento dos pacientes oncológicos. Por se tratar de uma patologia que traz muitas implicações no decorrer da doença, muitos dos pacientes são pessoas inseridas no contexto de extrema pobreza que necessitam de orientação, e acompanhamento de toda equipe técnica institucional.

O trabalho interventivo foi de extrema importância, considerando que, ao serem diagnosticado com alguma neoplasia maligna o paciente necessita de tratamentos que

requerem recursos financeiros. Sendo assim, fundamental que todos os direitos sociais assegurados por lei sejam efetuados e garantidos.

O Artigo encontra-se dividido em cinco seções, a primeira consiste em uma breve introdução, a segunda seção discorre sobre a política de saúde no Brasil, pós Constituição Federal de 1988, enfatizando a caracterização técnica e funcional do Centro Avançado de Oncologia (CECAN). A terceira seção discorre sobre o Serviço Social inserido na divisão sociotécnica do trabalho, realizando um fazer profissional de forma comprometida na consolidação do direito à saúde, em particular, dos direitos sociais dos pacientes oncológicos. Atuando nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos.

A quarta seção apresenta a experiência de estágio supervisionado no Centro Avançado de Oncologia, enfatizando a consolidação das ações interventivas realizada junto aos familiares, acompanhantes e pacientes oncológicos que se encontravam em tratamento no CECAN. Por fim, as considerações finais que trazem algumas reflexões pertinentes ao conteúdo exposto.

A metodologia utilizada para elaboração do Artigo Científico, fundamentou-se em: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e diário de campo. Os principais autores consultados foram: Bravo (2007); Andrade (2001); Luz (1991); Elias (2003); Iamamoto e Carvalho (2005); Bravo e Matos (2007); Brasil (1988, 1990, 1993); Simões (2014); Santos (2013) e ONG ONCOGUIA (2021).

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: um direito de todos

Na década de 1980, no bojo das discussões os movimentos sociais comunitários foram juntos ao congresso, reivindicar direitos e cidadania¹ para os brasileiros: direitos a saúde, habitação educação etc. Pela primeira vez no país, “a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania” (LUZ, 1991, p.84). Esses movimentos sociais vinculados a saúde exigiam medidas a democratização das decisões em

¹(...) a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado. Sublinho a expressão historicamente porque me parece fundamental ressaltar o fato de que soberania popular, democracia e cidadania (três expressões para, em última instância, dizer a mesma coisa) devem ser pensadas como processos eminentemente históricos, como conceitos e realidades aos quais a história atribui permanentemente novos e mais ricas determinações. (COUTINHO, 1997, p.146)

planejamento, administração, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde ações essas de responsabilidade estatal (LUZ, 1991).

Neste contexto, o seminário realizado em julho de 1984 entre as Secretarias de Saúde de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo em conjunto com o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), tinha como objetivo estimular a realização de fóruns de debate sobre a política de saúde. De acordo com Bravo (2007, p. 84), nesse mesmo ano ocorreu o V simpósio sobre Políticas Nacionais de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília sendo apresentados vários documentos entre esses:

Assistência à saúde numa sociedade democrática - documento do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES).

Os trabalhadores rurais e a Previdência Social – a proposta da Conferência Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG).

Financiamento do setor saúde: proposta para a transição democrática, de Hésio Cordeiro (presidente da Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva – (ABRASCO).

Todos esses documentos mostravam o diagnóstico da situação da saúde no Brasil e evidenciaram também as características e as desigualdades regionais e os efeitos perversos do modelo econômico concentrador e excludente. Enfatizando que, a política governamental precisava analisar a execução das políticas sociais² em particular a da saúde. Direcionando seus objetivos para o processo de universalização do acesso aos serviços como: educação, saúde, previdência e habitação. (BRAVO, 2007, p. 87). Nesse sentido, compreende-se políticas sociais como:

(...) o conjunto de intervenções políticas de caráter distributivo, voltadas para assegurar o exercício dos direitos sociais da cidadania e impulsionar a segurança e coesão da sociedade por meio do acesso e utilização de benefícios e serviços sociais considerados como necessários para promover a justiça social e o bem-estar dos membros da comunidade.³

Em março de 1986 ocorreu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde para discutir a reforma sanitária como uma política de saúde necessária no país. O movimento sanitário concordava que era preciso salientar a dimensão política e social da criação de um Sistema Único de Saúde. Ademais, enfatizou-se a necessidade da criação do Sistema Único de Saúde, foi visto também a necessidade de separar a

² Disponível em: <https://gestrado.net.br>. Acesso em: 28/03/2022

saúde da previdência social. Os empresários (donos de hospitais) não participaram dessa conferência em protesto ao tema que estava sendo proposto (BRAVO, 2007).

Em 1987 como resultado das deliberações efetuadas na VIII CNS, foi criado o Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS) e em julho do mesmo ano originou-se o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), incorporando os mesmos princípios defendidos pelo movimento por uma reforma Sanitária, ou seja, a universalização, integralidade da atenção, a regionalização, hierarquização etc. O SUDS não conseguindo superar as relações existentes entre o Estado e a sociedade civil por reforçar os processos de exclusão foi agregado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (LUZ, 1991).

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988, unificou o direito a saúde a todos os brasileiros estabelecendo que, é um dever do Estado manter este direito. Sendo este o principal objetivo do movimento por uma Reforma sanitária. Assim foi definido o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo algumas diretrizes: “Descentralização com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridades para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade” (ANDRADE, 2001, p.28). A Constituição Federal de 1988 declarou o direito à saúde como universal, não condicionado a contribuição. Conforme preconiza os artigos art.196 ao 200, do texto constitucional.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador. (...). (BRASIL, 1988, p.116).

É importante salientar que o SUS é a principal política de inclusão social no Brasil, sendo regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 que compõe a Lei Orgânica da Saúde (LOS). A lei 8.080 /90 estabelece o funcionamento e a organização e dos serviços de saúde, ratificando as condições para a promoção, proteção e recuperação a Saúde (BRASIL, 1991, p.07). Quanto a Lei 8.142/90: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providencias.” (BRASIL,1990, p.33).

A LOS estabelece critérios defendidos pelo movimento por uma Reforma Sanitária definindo, competências e atribuições que buscam promover a saúde da população brasileira, reconhecer e tornar obrigatório o atendimento a qualquer cidadão, democratizando o direito a saúde (BRASIL, 1991, p.08). O artigo 3º da lei 8.080/90, define que:

A saúde como fatores determinantes e condicionantes, entre outros alimentação, a moradia, saneamento básico o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL,1991, p.08).

O SUS deve ser entendido como um processo resultante de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade e estará sempre sujeito a aprimoramentos. De acordo com Simões (2014, p.131), compreende-se que a saúde se constitui como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas públicas sociais que visem à redução dos riscos de se adoecer, seguindo os seguintes princípios:

A universalidade, porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades, gratuitamente; a integralidade, porque a saúde da pessoa não pode ser dividida, devendo ser tratada como um todo; a equanimidade, porque deve oferecer seus recursos de acordo com a necessidade de cada um; a descentralização, distribuindo os serviços conforme sua proximidade com o cidadão; assim, todas as ações e serviços, que atendam à população de um município, devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais; as que são dirigidas a todo o território nacional deve ser federal (...); a regionalização e a hierarquização, porque nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e, por isso, devem se organizar regionalmente, segundo sua hierarquia funcional; a participação de todos os segmentos da população local envolvidos com o sistema, a saber, o governo local, usuários, comunidade, hospitais, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, por meio de conselhos e conferências de saúde partidárias e deliberativos, quanto a política local; (...).

Para referir-se ao Sistema Único de Saúde de uma forma mais simples pode-se afirmar que são instituições sociais voltadas para o benefício da saúde e essas

instituições têm critérios de atendimentos diferenciados, sendo organizados da seguinte forma: Atenção Primária - composta por Posto de Saúde, destinados aos municípios, a assistência a população é feita por procedimentos mais simples; Atenção Primária e Secundária- são os Centros de saúde, destinados também ao município. É um estabelecimento mais completo por contar com assistência médica e tecnológica (ELIAS, 2003)

Atenção Secundária consiste na modalidade Hospitalar e Ambulatorial, vinculada a Unidade Mista, desenvolve todas as atribuições de um centro de saúde mais é acompanhada por leitos e internações e atende as áreas de: pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergência; Alto nível de atenção Secundária destina-se a região economicamente desenvolvida. Atendimento ambulatorial especializado; Atenção Secundária e Terciária formada pelos Prontos Socorros destina-se as regiões urbanas e atendem em situações de urgência e emergência com leitos para os internamentos (ELIAS, 2003).

Por fim, a Atenção Secundária e Terciária formada por Hospitais destina-se as regiões urbanas. Em regime de internação funciona dia e noite, é voltado basicamente para a assistência médica, dispõe de altos níveis de tecnologia e equipamentos com médico e equipe de enfermagem (ELIAS, 2003).

Com a implementação do SUS ficou definido que toda a população tem acesso igualitário ao sistema público de saúde. Embora mesmo buscando abranger todas as camadas populacionais o setor de saúde pública não obteve investimentos suficientes para atender com qualidade e igualdade a todos que buscam seus serviços. Entretanto ocorreu a redução de gastos, comprometendo assim os níveis de serviços prestados, influenciando diretamente no sucateamento do setor público.

O SUS é, portanto, inscrito como o conjunto de ações e serviços de saúde que são prestados através dos órgãos e instituições públicas dos três níveis da federação, da administração direta e indireta, das fundações e instituições filantrópicas a exemplo a Liga Contra o Câncer.

2.1 O CENTRO AVANÇADO DE ONCOLOGIA (CECAN): anexo da Liga Norte-Riograndense Contra o Câncer

Inicialmente, a Liga Norte-Rio-Grandense Contra o Câncer tinha como objetivo prestar tratamento e hospitalização vinculados ao tratamento do câncer. O trabalho era realizado por médicos, enfermeiros e voluntários. Sua primeira sede foi instalada

em um antigo hotel de passagem, na avenida Dr. Mário Negócio. Atualmente, a Liga Contra o Câncer é uma instituição filantrópica, não governamental, sem fins lucrativos que prioriza a qualidade nos serviços clínicos oncológicos, com compromisso social. Tem como missão a prestação da assistência em saúde, priorizando a oncologia, realizando serviços e atendimentos norteados pelo respeito ao ser humano.⁴

Ao longo do tempo a Liga Contra o Câncer ampliou sua estrutura funcional e organizacional, agregando em sua estrutura as unidades hospitalares: o Hospital Dr. Luiz Antônio (HLA); o Centro Avançado de Oncologia (CECAN); a Policlínica; o Hospital de Oncologia do Seridó (HOS); a Casa de Apoio Irmã Gabriela e Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação. (LIGA CONTRA O CÂNCER, 2012).

O Hospital Luiz Antônio (HLA) é uma unidade hospitalar de atendimento exclusivo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O HLA dispõe de 109 leitos de internação, centro cirúrgico com seis salas, e consultórios com diversas especialidades como: Cabeça e Pescoço, Clínica Médica, Ginecologia, Endocrinologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Urologia, Proctologia e Cirurgia Geral e, também, de sala para pequena cirurgia, serviço de imagem, laboratórios de análises patológicas, contando com o suporte da equipe multidisciplinar, composta por vários profissionais da saúde (LIGA CONTRA O CÂNCER, 2012).

O Centro Avançado de Oncologia (CECAN) faz parte da Unidade II da Liga Contra o Câncer. Ele foi inaugurado em 2001 e conta com uma estrutura completa de diagnóstico por imagem (raios-x, ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, etc.), Radioterapia e Medicina Nuclear, o que fez com que a LIGA torna-se referência no seu segmento, como uma das melhores estruturas de tratamento de câncer no Nordeste. O CECAN é uma unidade ambulatorial com especialidades voltadas a Mastologia e Urologia. Comporta o setor de oncologia clínica responsável pela Quimioterapia, Gastroenterologia e Proctologia.

O CECAN está localizado na Av. Miguel Castro, 1355, bairro Nossa Senhora de Nazaré, Natal/RN. Os pacientes são atendidos por uma equipe multidisciplinar, através da qual "(...) o paciente é visto como um todo, considerando um atendimento humanizado. (...), foca-se nas demandas da pessoa, a equipe tem como finalidade atender as necessidades globais da pessoa, visando seu bem-estar." (FOSSI; GUARESCHI, 2004 *apud* TAVARES, 2012, p. 50). Sendo responsável por acompanhar os pacientes nas diversas fases do tratamento e oferecer toda atenção necessária para

⁴ Informações disponíveis em: <http://www.ligacontracancer.com.br>. Acesso em: 01/03/2021

combater o câncer. Essa equipe é formada por: psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas.⁵

O CECAN conta com um quadro técnico composto por mais de 547 funcionários, entre efetivos e terceirizados. Toda a equipe médica é terceirizada,⁶ assim como a equipe de manutenção externa. O quadro técnico está distribuído nas diversas áreas de atuação, dentre eles encontram-se: Anestesiologistas; cardiologistas; cirurgiões de cabeça e pescoço; oncologistas gerais; cirurgiões plásticos e torácicos etc.

Após sua inauguração, a LIGA recebeu por meio de doação um dos maiores e mais tradicionais hospitais da cidade de Natal/RN, o Hospital Professor Luiz Soares, que se tornou a Unidade III da instituição. Em 2002, após algumas reformas, o hospital foi inaugurado recebendo o nome de Policlínica.

O Hospital de Oncologia do Seridó (HOS), enquanto anexo da LIGA, foi inaugurado em 2011. O HOS é a primeira iniciativa da LIGA de interiorização do atendimento. Localizado onde antes funcionava a maternidade Mãe Quininha, no município de Caicó, essa instituição presta atendimento ambulatorial nas especialidades de Cabeça e Pescoço, Oncologia Clínica, Mastologia e Urologia. A Casa de Apoio Irmã Gabriela integra a LIGA e proporciona segurança e bem-estar aos que a ocupam, é composta por quarenta leitos, sendo administrada pela Rede Feminina Contra o Câncer, prestando uma estadia confortável e gratuita para quem vem do interior potiguar para ser submetido a tratamento oncológico na LIGA. A instituição disponibiliza alimentação, transporte e o suporte da equipe multidisciplinar para pacientes em tratamento (LIGA CONTRA O CÂNCER, 2012).

⁵ A estrutura física do CECAN é composta pelos seguintes setores: 31 consultórios médicos, 06 consultórios assistenciais (Psicologia, enfermagem, serviço social, nutrição, odontologia e fonoaudiologia), 01 sala de cirurgia, 02 salas de curativos, 03 salas para repouso, 40 poltronas de Quimioterapia (QT), 06 leitos de QT, 01 recepção de mastologia, 01 recepção de oncologia, 01 recepção de cirurgia geral, 01 recepção para radioterapia, 01 recepção de quimioterapia, também faz parte da estrutura institucional: 01 recepção para pacientes que irão realizar ressonância magnética, 01 recepção de mamografia, 01 recepção para entrega de exames, 01 sala de medicina nuclear, 01 recepção de ultra sonografia, 02 farmácias (1 para entrega de medicamentos, 1 medicamentos de manipulação), 18 banheiros, 03 copinhas, 01 lanchonete, 1 refeitório, 1 instituto de ensino e pesquisa, almoxarifado, 1 sala de repouso para funcionários, 1 sala para depósito do lixo, 1 sala da administração, 1 para o faturamento.

⁶ “Terceirização é a contratação de empresa para a realização de serviços específicos dentro do processo produtivo da empresa contratante. De forma simplificada a empresa contratada será a intermediadora do serviço e as relações trabalhistas serão entre o trabalhador e a empresa prestadora de serviços, e não com a contratante. O conceito de terceirização prevê que a empresa contratada deve realizar os serviços com organização própria, autonomia técnica e jurídica, cumprindo o objeto do contrato.” Disponível em: www.portaldaindustria.com.br. Acesso em: 29/03/2022.

O Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação, foi criado através do Departamento de Ensino, Pesquisa e Educação Comunitária (DEPECOM), criado em 1989, responsável pelo ensino e desenvolvimento de Pesquisas em áreas vinculadas à atenção oncológica. Ao longo do tempo o departamento foi se ampliando, e em 2018, denominou-se por Escola de Oncologia (ESCON), passando a ser:

Unidade de Ensino voltada para a área de Residência Médica, Residência Multiprofissional em Saúde, Pós-Graduação na área de Enfermagem em Oncologia, Cursos de Capacitação na área de enfermagem, farmácia, fisioterapia, Nutrição e Psicologia, além de diversos eventos voltados para área de oncologia, assim como o desenvolvimento de bolsas através do Programa de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq (LIGA CONTRA O CÂNCER, 2020, p. 41).

Dispõe de oito vagas de residência médica nas áreas de Mastologia, Radioterapia, Cancerologia Clínica, Cancerologia Pediátrica e Cancerologia Cirúrgica. Ratifica-se que no curso de medicina prestado pelas Universidades do Rio Grande do Norte, as disciplinas vinculadas a oncologia são ministradas por profissionais da Liga Contra o Câncer.

Portanto, os atendimentos e serviços prestados pela Liga Norte-Rio-Grandense Contra o Câncer são de extrema importância. Prestando uma assistência à saúde de forma humanizada, norteando-se nos parâmetros da política nacional de saúde e na política específica para os portadores de neoplasia maligna. A próxima seção apresenta a inserção do Serviço Social na Saúde e, em particular, no CECAN.

3 O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO AVANÇADO DE ONCOLOGIA (CECAN)

O governo promoveu no Brasil, em meados do século XX, algumas intervenções com objetivo de controlar as tensões sociais e atuar para manter a disciplina e a reprodução da força do trabalho. O Estado utilizou-se de algumas estratégias com caráter interventivo e de regulação da questão social,⁷ essas primeiras ações de intervenção configuravam-se com objetivo de diminuir as

⁷ Questão social definida por Iamamoto e Carvalho (2005, p. 77), “(...) não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão.”

consequências materiais e morais derivadas do trabalho assalariado, sendo assim, ações de caráter mais filantrópico (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

Diante do contexto vivenciado no país, o Serviço Social surge a partir da ampliação da questão social nas décadas de 1920 e 1930 provenientes do processo de industrialização instaurado no país nesse período. A visibilidade social da classe operária contribuiu para ampliar as reivindicações de melhores condições de vida e de trabalho, devido as condições precárias de higiene, saúde e habitação.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2005) o processo de legitimação e institucionalização da prática profissional do Serviço Social no Brasil, deu-se com o advento e desenvolvimento das grandes entidades assistenciais na década de 1940, momento em que os conflitos sociais entre a classe burguesa e a classe operária se intensificaram e passaram a exigir outros meios de intervenções.

Nesse período, o papel do Serviço Social era adequar o operariado às novas condições de vida, com o objetivo de neutralizar a classe trabalhadora que no momento lutava por melhores condições de trabalho e sobrevivência. Assim, pode-se afirmar que o Serviço Social emergiu como um instrumento do capitalismo e da igreja católica para a manutenção da ordem vigente. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

No decorrer do tempo, o Serviço Social buscou construir, em sua trajetória, um aporte teórico e ampliar os referenciais técnicos, afastando se dos moldes da Igreja, e assim, assumindo correntes teóricas, em face da ausência de um referencial crítico. Dentre as correntes de pensamentos, as mais utilizadas pelos Assistentes Sociais foram: o positivismo e o funcionalismo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

Na década de 1960, surge o Movimento de Reconceituação, em toda a América Latina (Chile, Argentina, Peru e Uruguai), caracterizado como uma resposta à ruptura com o conservadorismo, na perspectiva de uma atuação autônoma e legítima. A profissão buscou romper com a marca conservadora das práticas desenvolvidas através da construção de uma teoria crítica. De acordo com Netto (1991), o Movimento de Reconceituação do Serviço Social latino-americano assume três distintas direções: primeiro a perspectiva modernizadora; segundo a perspectiva de reatualização do conservadorismo; terceiro a perspectiva de ruptura com o Serviço Social tradicional.

O processo de reconceituação realizado pelo Serviço Social desde meados da década de 1960 possibilitou à profissão enfrentar a formação tecnocrática conservadora e no período de transição da década de 1970 para 1980 se processaram

as bases para o novo projeto profissional denominado de projeto ético-político do Serviço Social.

O projeto ético-político do Serviço Social, marcado pela ruptura ao conservadorismo, materializa-se em três documentos: o Código de Ética Profissional (1993), que estabelece os direitos e deveres dos assistentes sociais; a Lei que regulamenta a profissão (Lei nº 8.662/93), que representa a institucionalidade legal da profissão; e, o Projeto Político Pedagógico através das Diretrizes Curriculares de Formação para os Cursos de Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS/1996). Estes três documentos definem a atuação dos profissionais de Serviço Social, instituindo as diretrizes gerais e as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Essas dimensões fazem parte da instrumentalidade no Serviço Social, nesse sentido, a teoria utilizada como instrumento de análise da realidade vincula-se a dimensão teórico-metodológica. A técnico-operativa consubstancia-se por meio das estratégias e ações interventivas, necessárias ao atendimento daqueles que buscam os serviços prestados pelo profissional do Serviço Social. A ético-política, representa o comprometimento com um projeto profissional a favor da distribuição da riqueza produzida, da cidadania, democracia, etc. (SANTOS, 2013). Nesse contexto,

(...) O exercício profissional configura-se pela articulação das dimensões, e se realiza sob condições subjetivas e objetivas historicamente determinadas, as quais estabelecem a necessidade da profissão em responder as demandas da sociedade através de requisições sócio profissionais e políticas, delimitadas pelas correlações de forças sociais que expressam os diversos projetos profissionais. (SANTOS, 2013, p. 02).

Na década de 1980 o Brasil passou por grandes transformações tanto no âmbito econômico, quanto no âmbito político com a transição do regime político autoritário para democrático. Sendo elaborada uma nova Constituição Federal em 1988. O texto constitucional ampliou os espaços de trabalho para os profissionais do Serviço Social, ao garantir a universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade dos benefícios e a universalização dos direitos sociais.

De acordo com Bravo e Matos (2007), a área da saúde é a que mais absorveu os assistentes sociais, pelo fato de que a trajetória da profissão está de certa forma relacionada à história da política de saúde no país. Ratificando que, o embate gerado pela disputa entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista requisita do assistente social posturas distintas. Ou seja:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (...) o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2007, p. 25).

Para referenciar a intervenção dos assistentes sociais na área da Saúde, elaborou-se os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009)”, cujo objetivo consiste em contribuir com orientações gerais sobre as respostas profissionais as demandas cotidianas, no âmbito da saúde. Considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde bem como na atenção básica, na média e alta complexidade. Nesse sentido,

Este documento procurou fazer uma análise sucinta da política de saúde, com ênfase nos principais desafios a serem enfrentados na atualidade. (...) apresentou alguns embates teórico-metodológicos que têm ocorrido no Serviço Social com repercussão na saúde. Como conteúdo central, enfatizou os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde, tendo por objetivo fornecer subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais face às ações realizadas bem como, fortalecer o projeto ético- político profissional. Não se pretendeu abordar todas as atribuições e competências, pois considera-se que estas estão em permanente construção, sendo um desafio aos assistentes sociais que atuam na saúde. Procurou-se centrar em algumas ações e destacar algumas polêmicas como, por exemplo, a ouvidoria, a humanização e as atividades burocráticas que são transferidas para o assistente social (CFESS, 2009, p. 36).

É importante acrescentar que, a prática do Serviço Social no âmbito hospitalar consiste na ampliação do acesso aos direitos sociais e na interpretação dos diversos determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença. Tornando-se necessário no trabalho em equipe, que as atribuições pertinentes ao Serviço Social sejam explícitas para todos os profissionais. Neste sentido, o assistente social apresenta,

(...) dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação à demanda e da fragmentação do trabalho. Entretanto, aponta estas dificuldades como fator que deve impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho (CFESS, 2009, p. 24).

O profissional de Serviço Social deve ter uma postura norteada por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da Profissão 8.663/93. No que se refere aos direitos das (os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética de 1993 assegura:

a) Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) Livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais; d) Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; f) Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-a a serviço dos princípios deste Código; g) Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; i) Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos; (BRASIL, 1993, p.20)

Atualmente, o profissional de Serviço Social no âmbito da saúde vem sendo requisitado para atuar também nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Para tanto, a atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida da classe trabalhadora. Portanto, o fazer profissional do Assistente Social na saúde tem como uma das suas atribuições mediar direitos, identificando as demandas dos usuários e as condições sociais em que eles estão inseridos.

O fazer profissional das Assistentes Sociais no CECAN envolve o campo dos valores éticos e morais e o reconhecimento da dignidade humana⁸, compreendendo os determinantes sociais que repercutem nas relações de saúde da população usuária. Atuando em todos os setores da Unidade, acolhe⁹ diretamente os pacientes,

⁸ Dignidade Humana , representar uma: “Qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.” (SARLET, 2006, p. 60).

⁹ “O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético-política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualidade de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilidade nos serviços.” (BRASIL, 2006, p.18)

seus familiares e responsáveis. Prestando atendimentos de acordo com as demandas, o serviço social também realiza um trabalho de orientação junto aos pacientes e familiares sobre direitos sociais e as normas e rotinas institucionais.

O/A Assistente Social atua como o profissional que faz a mediação entre o paciente, a instituição, a equipe técnica e a comunidade, com o objetivo de identificar situações sociais e minimizar possíveis impactos que possam surgir durante o tratamento, consultas e realizações de exames. No CECAN a equipe de profissionais de Serviço Social é composta por três profissionais. Trabalhando de forma multidisciplinar:

O Serviço Social da LIGA tem a missão de intervir nas questões psicossociais envolvidas no processo de reabilitação dos pacientes oncológicos, através de ações socioeducativas, sempre visando ao exercício de sua cidadania. Para isso, desenvolve trabalhos em grupo com os pacientes e seus familiares por meio de uma abordagem multidisciplinar, viabilizando o acesso às políticas sociais e institucionais e objetivando a garantia dos direitos sociais. (FARIAS, 2011,p.80)

Nesse contexto, o Serviço Social é de fundamental importância, considerado como referência nos atendimentos e serviços prestados a Liga Contra o Câncer. Dentre as diversas atribuições realizadas cotidianamente pelas Assistentes Sociais no CECAN destacam-se: as parcerias com as secretárias de saúde municipais e estaduais para viabilização de serviços e direitos dos pacientes; o atendimento humanizado a todos que necessitam dos seus serviços; realização de palestras (diversas temáticas) nos Grupos de Apoio para pacientes e familiares; fornecimento de declarações; marcação de alguns exames e contato com médicos para emitir parecer quando solicitado; entre outros.

Todos os pacientes do CECAN (primeira vez), obrigatoriamente passam pelo setor do Serviço Social, onde são acolhidos e submetidos a uma entrevista com o objetivo de coletar dados sobre as condições socioeconômica do paciente e contribuir para que não ocorra nenhum impedimento que possa impossibilitar a realização do tratamento. Essa ação é de extrema importância, pois o CECAN recebe como maior demanda pacientes provenientes do interior do Estado (RN), que trazem consigo inúmeras necessidades, sejam vinculadas a locomoção, alimentação, moradia etc.

No momento do acolhimento, dependendo das condições econômicas do paciente a profissional do Serviço Social informa os direitos dos pacientes oncológicos

e a estadia gratuita para quem vem do interior potiguar para se submeter a tratamento oncológico na Casa de Apoio Irmã Gabriela.

O Serviço Social também é responsável pela localização daqueles pacientes que interrompem por algum motivo o tratamento sem comunicar a instituição. Nesses casos, é realizado o contato telefônico com o próprio paciente ou o acompanhante. Através dessa comunicação o assistente social atualiza a ficha cadastral, informando aos profissionais envolvidos no tratamento o destino do paciente. Quando a informação recebida for de óbito, a Assistente Social atualiza o cadastro ficando disponível para todos os setores do CECAN.

As demandas que são realizadas pelo Serviço Social, no decorrer do dia a dia, são registradas em ata, no final de cada mês é feito um levantamento dos atendimentos realizados e posteriormente feito um relatório que será encaminhado para direção do CECAN.

O objetivo principal da prática do Assistente Social no CECAN é contribuir para uma assistência de qualidade, com um bom atendimento aos pacientes, estimulando a humanização dos serviços, reforçando a acessibilidade, além de melhorar o canal de comunicação entre os setores, possibilitando o conhecimento das necessidades e expectativas dos pacientes, em um trabalho articulado com a equipe técnica institucional.

O Código de Ética de 1993, no inciso V do art. 4º, preconiza que, o profissional do Serviço Social deve: “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 (...).” (BRASIL, 2021, p.30).

Nesse contexto, ao vivenciar o fazer profissional da Assistente Social durante o estágio supervisionado do curso de Serviço Social da UNP, no CECAM através da observação participativa e escuta qualificada, compreendeu-se a necessidade da realização de um trabalho informativo acerca dos direitos sociais dos pacientes acometidos pela neoplasia maligna, tendo em vista a demanda atendida diariamente, com dificuldades ao acesso aos direitos essenciais para continuidade do tratamento.

3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA DEFESA DOS DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

O trabalho do Assistente Social na saúde, especificamente no atendimento ao paciente acometido por alguma neoplasia maligna, visa a promoção da assistência

integral, aprimorando as técnicas e processos de trabalho. Neste contexto, a prática do profissional de Serviço Social tem o intuito de atender o paciente nos diversos aspectos, visando à garantia da melhoria da qualidade de vida e orientando-os quanto aos seus direitos sociais. De acordo com a Constituição Federal de 1988, no Art. 6º, “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, (...). “(BRASIL, 1988, p.04).

A Constituição Federal de 1988, estabeleceu o Sistema de Seguridade Social como um conjunto integrado de ações com objetivo de assegurar os direitos relativos, à saúde de forma universal e gratuita, à Assistência Social universal e gratuita, embora apresente um caráter seletivo e à previdência social de caráter contributivo. As conquistas destes direitos são frutos de inúmeras lutas da classe trabalhadora, a fim de que todos os cidadãos brasileiros tivessem uma sociedade, mais justa e democrática. De acordo com o Art. 194, Parágrafo único do texto constitucional:

Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, 1988, p.10)

Nesse contexto, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), foi criado em 2 de julho de 1990 pelo Decreto nº 99.350, em 27/06/1990, vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS). Sua atribuição consiste em promover a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições sociais e demais receitas destinadas à previdência social; administrar os recursos do Fundo da Previdência e Assistência Social (FPAS); manter os benefícios e serviços previdenciários; elaborar as ações e programas referentes ao emprego, apoio ao operário desempregado, identificação profissional, segurança e saúde do trabalhador (SIMÕES, 2014). O INSS é responsável pelos pagamentos das aposentadorias e demais benefícios prestados aos contribuintes, com exceção dos servidores públicos.

Segundo informações coletadas no site da previdência social (2015), o Auxílio-doença é destinado aos usuários quando tornam-se inaptos ao trabalho, por doença ou acidente. Desde que o assegurado já tenha colaborado por um período de no

mínimo 12 meses (carência). Nos primeiros 15 dias de licença médica, a empresa é responsável pelo pagamento. Porém, em março de 2015, o benefício sofreu algumas alterações com vigência de que a empresa deverá pagar salário integral equivalente ao período de 30 dias de afastamento. Se a inaptidão persistir, a previdência passa a pagar o auxílio, após perícia médica, até que o segurado se recupere integralmente e retorne as atividades.¹⁰

Se durante as perícias for constatado que a incapacidade é definitiva e total, o assegurado será aposentado por invalidez; se parcial, com contingência de regressar ao trabalho, em sua atividade normal, receberá auxílio-doença até a reabilitação profissional. Destacando, que o benefício só será válido para a doença adquirida após a data de filiação ao INSS, caso contrário o usuário não receberá o auxílio.¹⁷

A aposentadoria por invalidez é para aquele trabalhador incapaz de exercer qualquer atividade colaborativa, e que não possa ser reabilitado em outra profissão, de acordo com a avaliação da perícia médica do INSS. O benefício é pago até o dia que insistir a incapacidade e pode ser reavaliado a cada dois anos. Primeiramente, o indivíduo deve solicitar um auxílio-doença, que possui as mesmas exigências da aposentadoria por invalidez. Caso a perícia-médica ateste incapacidade permanente, sem contingência de reabilitação, a aposentadoria por invalidez será indicada (SIMÕES, 2014).

Todos os trabalhadores formais possuem conta bancária vinculada ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), administrado pela Caixa Econômica Federal. Mensalmente, é depositado obrigatoriamente pelo empregador o equivalente a 8% sobre a remuneração do trabalhador. Dentre outros casos previstos em lei, o paciente acometido por neoplasia maligna ou que tenha dependente com câncer poderá fazer o saque do FGTS (SIMÕES, 2014).

Quanto a à isenção do Imposto de Renda, os pacientes com neoplasia maligna são exonerados dos valores recebidos vinculados a “aposentadoria, pensão ou reforma, inclusive as complementações recebidas de entidades privadas e pensões alimentícias, mesmo que a doença tenha sido adquirida após a concessão da

¹⁰ Informação disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/aposentadoria-por-tempo-de-contribuicao>> Acesso em: 12 de Setembro de 2021. ¹⁷ Informação disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/>> Acesso em: 12 de setembro de 2021

aposentadoria, pensão ou reforma.” (ONG ONCOGUIA, 2021, s. p). Nesses casos, o paciente deve requerer a isenção na instituição responsável pelo pagamento da aposentadoria, pensão ou reforma.

O PIS/Pasep também pode ser sacado pelo indivíduo acometido por neoplasia maligna. O Programa de Integração Social (PIS) é destinado a promoção e integração do empregado no desenvolvimento da empresa, no momento que será mais bem capacitado. O Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) consiste em depósitos mensais que são efetuados “pela União, Estados, Distrito Federal, Municípios e suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações.” (ONG ONCOGUIA, 2021, s. p).

É importante acrescentar que, a partir do texto constitucional de 1988, as contribuições para o PIS/Pasep financiam o programa seguro-desemprego e o abono salarial. Nesse sentido, somente os trabalhadores que tenham contribuído para o PIS ou para o Pasep e não tenham efetuado o resgate total de seus saldos antes de 1988 possuem saldos em contas individuais. Sendo assim,

(...) os trabalhadores da iniciativa privada nessas condições devem procurar a Caixa Econômica Federal (agente operador do PIS) para informações sobre saldos, enquanto os servidores públicos devem se dirigir ao Banco do Brasil (agente operador do Pasep) para obter essa informação. (ONG ONCOGUIA, 2021, s.p).

Ratifica-se para o afastamento do trabalho, o paciente com neoplasia maligna, deve comprovar através de um atestado médico com laudo da doença. Especificando a necessidade da dispensa às atividades de trabalho ou estudantil, para tratamento e recuperação do paciente.

Sobre a Quitação de casa própria, o paciente que apresente invalidez total e permanente possui o mencionado direito, desde que, exista uma cláusula no contrato. Devendo ainda o paciente encontra-se inapto para o trabalho e a doença ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel. Esse direito inclui-se nas parcelas do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH) um seguro que garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte. A instituição financeira do imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável (ONG ONCOGUIA, 2021).

A pessoa com neoplasia maligna poderá obter Prioridade na Tramitação de Processos, tanto judiciais quanto administrativo. Tendo garantido direito ao

atendimento preferencial pela Defensoria Pública em relação aos serviços de assistência judiciária gratuita (ONG ONCOGUIA, 2021).

Embora o Brasil tenha conquistado espaço nos direitos sociais com a Constituinte, os direitos sociais ganharam visibilidade, porém foram refreados na década de 1990 com o neoliberalismo privatista, burocratizado e terceirizado, que favorece a classe burguesa provocando um retrocesso no que se referem às conquistas coletivas, assim, muitos direitos sociais ficaram apenas em leis.

Os benefícios vinculados a Política de Assistência Social, que de acordo com o texto constitucional de 1988, será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social tem por objetivos:

I-a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II- o amparo às crianças e adolescentes carentes; III-a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV- a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (BRASIL, 1988, p.60)

Neste contexto, a partir da Constituição Federal de 1988 em seu artigo 203, foi criado o Benefício de Prestação Continuada (BPC), sendo amparado pelo Estatuto do Idoso e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). O BPC tem por objetivo assegurar ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais e à pessoa portadora de deficiência (incluindo o paciente com câncer) a garantia de um salário-mínimo mensal (SIMÕES, 2014).

Deste que, se comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem a ter provida por sua família cuja renda *per capita* seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário-mínimo. Ressaltando, que não pode ser acumulado com outro benefício no âmbito da Seguridade Social (aposentadoria ou pensão) exceto com benefícios da Assistência à Saúde e pensões especiais de natureza indenizatória. (SIMÕES, 2014). Para adquirir o BPC o usuário deverá procurar a Secretaria Municipal de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou órgão similar no município de origem para informações necessárias.

Os pacientes com câncer cuja mobilidade encontra-se reduzida e que residem em Natal, capital do Rio Grande do Norte (RN), tem direito a ser assistido pelo Programa de Acessibilidade Especial – Porta a Porta (PRAE). Que consiste em um programa gratuito, gerenciado pela Prefeitura do Natal através da Secretaria Municipal

de Mobilidade Urbana (STTU) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com o SETURN.¹¹

Além do PRAE, o direito ao Transporte Público Coletivo na cidade de Natal/RN, é instituído através da Lei complementar n.º 149 de 18 de maio de 2015, estabelecendo no art.52 acerca do cartão gratuidade apenas para passageiros:

I - Pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzidas em tratamento; II - Crianças até 05 (cinco) anos de idade, não se aplicando a exigência àquelas consideradas de colo; III - demais pessoas beneficiadas com a gratuidade nos Transportes Coletivos Urbanos de Passageiros de Natal na forma da lei.¹⁹

Nesse contexto, os pacientes com câncer que residem em Natal e que estão em tratamento de quimioterapia e radioterapia, tem direito a carteira de gratuidade para ter acesso aos transportes urbanos e, assim, poderem transitar pela cidade, de forma gratuita, viabilizando o tratamento médico e, conseqüentemente, efetivando os direitos a saúde.

Independentemente do paciente ser contribuinte ou não da previdência social, de acordo com o texto constitucional de 1988, a saúde passou a ser garantida mediante as políticas sociais e econômicas visando a redução de qualquer doença. Neste contexto, o direito à saúde objetiva o valor da igualdade entre os indivíduos, o texto constitucional nos mostra que o SUS foi pensado através de um modelo de saúde voltada para a necessidade da população procurando resgatar a responsabilidade do Estado com o bem-estar social.

Considerando que a saúde no Brasil é um dever do Estado, deve ser garantido aos pacientes com câncer, acesso a todos os recursos de tratamento disponíveis no SUS. Nesse contexto, o Tratamento fora de domicílio (TFD) é fundamental por consistir em um:

(...) benefício que os usuários do Sistema Único de Saúde podem receber, que consiste na assistência integral à saúde, incluindo o acesso de pacientes residentes em um determinado Estado a serviços assistenciais localizados em municípios do mesmo Estado ou de Estados diferentes, quando esgotados todos os meios de tratamento e/ou realização de exame auxiliar diagnóstico terapêutico no local de residência (Município/Estado) do paciente e desde que o local indicado possua o tratamento mais adequado à resolução de seu problema ou haja condições de cura total ou parcial. (ONG ONCOGUIA, 2021, s.p).

¹¹ Informação disponibilizada no site da Prefeitura do Natal <http://www.natal.rn.gov.br> Acesso em: 12 de setembro de 2021

¹⁹ Disponível em: <https://leismunicipais.com.br>. Acesso em: 12 de setembro de 2021.

Concluimos que, o SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde, em relação a garantia de direitos, trazendo à população uma cobertura universal, contribuindo assim para a melhoria nos atendimentos de saúde. Desta forma, o SUS é organizado com o objetivo de proteger, promover e recuperar a saúde de todos os brasileiros, independentemente de qualquer situação.

Embora, devido a iniciativa privada, em particular a perspectiva neoliberal,¹² o direito à saúde no Brasil, está distante de ser igualitário entre todos os cidadãos. Atualmente, os cidadãos que buscam atendimento direcionado aos serviços de saúde na maioria dos contextos contam com atendimentos precários e ineficientes prestados pelo serviço público, atendimento que é seu por direito, tendo assim, que recorrer aos serviços privados para obterem um melhor atendimento.

As ações realizadas através do Projeto de intervenção materializado no CECAN, foram de extrema importância, considerando que, ao serem diagnosticado com alguma neoplasia maligna o paciente carece de tratamentos que requer recursos financeiros. Sendo assim fundamental que todos os direitos sociais assegurados por lei sejam efetuados e garantidos.

4 SOCIALIZANDO A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO CENTRO AVANÇADO DE ONCOLOGIA (CECAN)

O estágio supervisionado exige do discente de Serviço Social uma atitude fundamentada na ética e nos princípios teóricos metodológicos da profissão. O estagiário precisa acatar todos os requisitos institucionais com respeito, compromisso e responsabilidade para com a profissão. Além disso, deve ser responsável e demonstrar, durante todo o estágio, que a teoria adquirida no curso precede e qualifica à atuação no campo de estágio.

O estágio, enquanto um exercício para a vida profissional, é idealizado tanto como um campo de treinamento, como um espaço de aprendizagem do fazer profissional do Serviço Social. Nesse campo, desenvolve-se um amplo leque de contextos e situações, relativos as atividades de aprendizagem profissional, que possibilitam o amadurecimento do estagiário visando a qualificação de sua formação.

¹² Conjunto de ideias políticas econômicas e capitalistas que defende a não participação do Estado na economia. (MORAES, 2001, p. 30)

Nesse sentido, o estágio finaliza a construção da identidade profissional do aluno (BURIOLLA, 2001)

A vivência no setor de Serviço Social do CECAN possibilitou uma reflexão e compreensão sobre a prática desenvolvida pela assistente social (supervisora de campo), consolidando a visão de que, o processo de formação dessa profissional é direcionado as ações interventivas e proativas, buscando promover a melhoria de vida dos pacientes.

Nesse contexto, através da observação participativa¹³ e escuta qualificada¹⁴ compreendeu-se a necessidade da realização de um trabalho informativo acerca dos direitos sociais do paciente oncológico,¹⁵ tendo em vista que a demanda atendida diariamente, apresenta dificuldade no acesso aos direitos considerados como essenciais para continuidade do tratamento.

Ao definir a temática, em conversas formais com as supervisoras de campo e ensino, elaborou-se e consolidou-se o projeto de intervenção, buscando incentivar o paciente a exercer sua cidadania através do exercício dos seus direitos. Sucessivamente transmitindo as informações necessárias para aquisição dos direitos aos familiares e acompanhantes dos pacientes oncológicos que se encontravam em tratamento no CECAN.

O projeto de intervenção, cujo título consistiu em , “Os Direitos Sociais dos Pacientes Oncológicos: Orientações a pacientes, familiares e cuidadores”, foi submetido a avaliação e aprovação das supervisoras de ensino e de campo. Posteriormente foram realizadas duas ações interventivas através de palestras interativas.

A primeira palestra foi realizada na sala de espera da quimioterapia do Centro Avançado de Oncologia. Contando com presença da supervisora de campo, uma enfermeira, duas recepcionistas do setor e quarenta e oito (48) pacientes e

¹³ “A observação participante implica saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. É preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, assim como que perguntas fazer na hora certa (...). As entrevistas formais são muitas vezes desnecessárias (...), devendo a coleta de informações não se restringir a isso. Com o tempo os dados podem vir ao pesquisador sem que ele faça qualquer esforço para obtê-los.” (VALLADARES, 2007, p. 09)

¹⁴ A escuta qualificada possibilita uma reflexão sobre as queixas do usuário, respeitando suas apreensões e garantindo uma atenção integral e resolutiva. “É vista como um processo mental mais sofisticado que o ouvir, pois demanda mais energia e disciplina (...).” (BURLEY-ALEN, 1995, *apud* DURÃES-PEREIRA; NOVO; ARMOND, 2007, p. 466).

¹⁵ Leia subseção: 3.1 O Serviço Social na Defesa dos Direitos Sociais dos Pacientes Oncológicos.

acompanhantes que ali se encontravam. A supervisora de campo iniciou a exposição apresentado as estagiarias e os objetivos da ação interventiva. Em seguida, com auxílio de um banner ilustrativo, contendo informações pertinentes aos direitos sociais, foi exposto o conteúdo de forma minuciosa, utilizando uma linguagem coerente e compreensiva.

Ratificou-se durante a exposição a importância do conhecimento sobre os direitos concernentes aos pacientes oncológicos, para caso seja necessário, usufruir dos mesmos. No término da exposição distribuiu-se folders para todos os quarenta e oito participantes contendo as mesmas informações do banner. Também foi distribuído uma singela lembrança (pirulito) em alusão a ação desenvolvida. Ao longo da exposição, alguns questionamentos foram esclarecidos tais como: “quem tem direito ao BPC”; “como fazer para ter gratuidade nos transportes públicos”; “quitação da casa própria”, entre outras.

A segunda palestra interativa, ocorreu na sala de espera da radioterapia da mesma instituição. Essa ação interventiva contou com a presença da assistente social, também das três recepcionistas do setor, de quarenta e cinco (45) pacientes e acompanhantes. A dinâmica foi similar a primeira ação desenvolvida. Ressaltando que, em ambas as palestras se enfatizou a importância de os pacientes procurarem o setor do serviço social para o esclarecimento de quaisquer dúvidas vinculadas a aquisições dos direitos a eles destinados.

No final das duas ações realizadas aplicou-se uma dinâmica avaliativa, através da distribuição de cartelas com rostinhos contendo três opções (ótimo, bom e regular). Essa dinâmica possibilitou contabilizar o número de participantes, e o nível de apreensão das informações transmitidas. O resultado obtido comprovou a presença de 93 participantes. Dentre esses, 88 avaliaram como ótimo, 4 não souberam avaliar, 1 avaliou como regular.

Dado os resultados apresentados, pode-se considerar como exitosa a realização das ações socioeducativas, tornando-se necessário a continuidade de ações semelhantes visando esclarecer dúvidas, ampliar o conhecimento e desenvolver no usuário a satisfação de ser bem atendido, usufruindo dos direitos conquistados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de estágio supervisionado no CECAN, foi de suma importância para formação profissional das discentes. A aproximação com o fazer profissional do

serviço social possibilitou o desenvolvimento e qualificação de uma futura práxis comprometida com o projeto ético política da profissão.

Durante a produção teórica dos documentos necessários para finalização do estágio (cenário socio institucional, projeto de intervenção e relatório final de estágio), tornou-se evidente que na conjuntura atual cujo grande projeto do capital consiste no neoliberalismo torna-se praticamente impossível a consolidação das políticas sociais, em particular, na área da saúde. Constatou-se que o Estado se exime parcialmente das suas responsabilidades, atribuindo a sociedade civil a missão expressa na Constituição de 1988 de que a saúde é um dever do Estado.

O trabalho do assistente social na saúde deve estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela efetivação do SUS, buscando conhecer os determinantes sociais que interferem no processo saúde doença. Nesse contexto, o fazer profissional do Assistente Social no CECAN, envolve a interação entre pacientes, familiares, médicos e instituições, buscando a garantia de direitos.

O estágio supervisionado, em particular o trabalho interventivo, promoveu através da reflexão crítica, a percepção das possibilidades e limitações sobre as deliberações para cada demanda específicas e a criação de estratégias para superá-las através de ações que venham a proporcionar o acesso aos direitos dos menos favorecidos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo. HUCITEC; Sobral; UVA, 2001.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil. (1988)** Brasília, DF, senado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 31/03/2021.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 31/03/2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 31/03/2021.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth. **(ORGs) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. Cortez, 2007.

_____. MATOS, Maurílio Castro . Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **MOTA, Ana Elizabeth. (ORGs) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. Cortez, 2007.

BURIOLLA, Marta Alice Feiten. **Supervisão em serviço social: o supervisor, sua relação e seus papéis**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001

CEFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do Serviço Social de 1993**. Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 07/04/2021.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**, Brasília, Março de 2009. Disponível em: <http://www.cressrs.org.br>. Acesso em: 07/04/2021.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade**. Praia Vermelha, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1o sem. de 1997.

DURÃES-PEREIRA. Maria Beatriz Benedita Boldrin; NOVO. Neil Ferreira; ARMOND. Jane de Eston. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12. n. 2, p. 465-476, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org>. Acesso em: 12/04/2022

ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil; In: **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

FARIAS. Tamara Simone Dias de. **Manual dos Acadêmicos de Medicina**, 1ª Edição LIGA Contra o Câncer, Natal/RN, 2011.

FLEURY, Sonia. **Políticas Sociais**. Disponível em: <https://gestrado.net.br>. Acesso em: 28/03/2022.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 18ª ed. São Paulo/SP: Cortez; Lima (Peru): CELATS, 2005.

LUZ, Madel T., Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. In: **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**, vol.01, número 01, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>> Acesso em: 31/03/2021.

Liga Norte Rio-grandense contra o câncer. **Unidades da Liga**. 2012 Disponível em: <<http://www.ligacontracancer.com.br/a-liga/unidades>>. Acesso em: 01/04/2021.

_____. **Relatório Anual 2020**. Disponível em: <https://ligacontraocancer.com.br> . Acesso em: 19 de maio de 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 7ª ed. São Paulo/SP: Cortez, 2004.

MORAES, Reginaldo. **Neoliberalismo: de onde vem pra onde vai?** São Paulo: Editora SENAC, 2001.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SANTOS. Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. **Revista Conexão Geraes**. 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br>. Acesso em: 13/04/2021

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

TAVARES, Suyane Oliveira et al. Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade. In: **5º Interfaces no Fazer Psicológico**. Santa Maria. UNIFRA, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia>. Acesso em: 29/03/2022.

VALLADARES, Lícia. **Os dez mandamentos da observação participante**. Rev. bras. Ci. Soc. vol.22 no.63 São Paulo Feb. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org>. Acesso em: 13/04/2022.