

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

LAIS DE CARVALHO SALDANHA

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ATENDIMENTO
ÀS PESSOAS COM CÂNCER.**

**Juiz de Fora
2023**

LAIS DE CARVALHO SALDANHA

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ATENDIMENTO
ÀS PESSOAS COM CÂNCER.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Graduação em Serviço
Social, da Faculdade de Serviço Social da
Universidade Federal de Juiz de Fora como
Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Joseane Lima.

**Juiz de Fora
2023**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Saldanha, Lais de Carvalho .

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER. / Lais de Carvalho Saldanha. -- 2023.

67 f.

Orientadora: Joseane Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2023.

1. Serviço Social. 2. Atenção Oncológica. 3. Sistema Único de Saúde. I. Lima, Joseane , orient. II. Título.



LAIS DE CARVALHO SALDANHA

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM
CÂNCER.

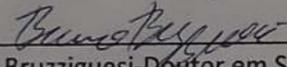
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Joseane Lima

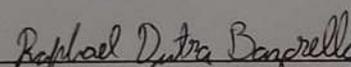
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 14/07/2023, por banca composta pelos seguintes membros:



Joseane Lima-Doutora em Serviço Social



Bruno Bruzziguesi-Doutor em Serviço Social



Raphael Dutra Bazarelo-Mestre em Serviço Social

Nota: 9,5

Juiz de Fora
Julho 2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, Bolsonaro nunca mais!

Gostaria de agradecer às minhas maiores inspirações, que me deram forças e me sustentaram para que eu pudesse concluir essa etapa da minha vida. Mãe e Vó, deixo aqui registrado que nós conseguimos!

Também ao meu companheiro de todos os momentos Carlos, obrigada por dividir a vida comigo e me apoiar nos meus planos mais desvairados.

Agradeço também a toda minha família, que me ensinou que com amor, carinho e coragem nós conquistamos o mundo. Lidia, Benedita, Ribamar, Fernando, Leonan, Suellen, Brenda, Manu, Paulinho, Juliana, Tatá, Clarinha, Dione, Priscila, Sophia, Tia Ramy, Roger, Luiza, Juju, Tia Kita, vocês moram no meu coração.

Um agradecimento especial à minha supervisora de Campo Paula Vieira, por ter me acompanhado de forma brilhante no momento do estágio. E a todos do CAPS AD que me ensinaram o trabalho em equipe, em especial Ana Paula, Adalberto, Gisele, Beatriz, Melindra, Grazi, Renata, Adriana, Huyara, Ana Clara, Diane, Reginaldo e Thaiz, nunca esquecerei as contribuições e a amizade.

À Shirley e Lais Resende e Carol por todo carinho, parceria e cumplicidade em meio à todos os surtos de se estar numa faculdade.

Às amigas que tornaram a vida longe da família e cidade natal mais fácil, Ana Lidia, Camila e Gabi, obrigada por estarem comigo nos momentos mais difíceis desse caminho.

Agradeço aos professores e supervisores da Faculdade de Serviço Social, da UFJF, que contribuíram para a minha formação com um olhar crítico da realidade, em especial minha orientadora Joseane Lima pela dedicação e paciência.

Enfim, agradecer a todos que contribuíram direta e indiretamente para que esse momento chegasse. Por fim, Viva as Universidades Públicas!

RESUMO

O trabalho apresenta uma análise das possibilidades de contribuição do exercício profissional dos Assistentes Sociais para a viabilização dos direitos de pessoas com câncer a partir de uma revisão de literatura. Pretendeu-se analisar a Política Nacional de Saúde com foco na Atenção Oncológica, e a legislação sobre a profissão de Serviço Social, para a partir de artigos do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais entender a contribuição profissional na área. Para alcançar os objetivos definidos foi realizada uma pesquisa bibliográfica ampla através de plataformas como scielo, sites relacionados ao tema como o INCA.gov, bibliotecas da Universidade Federal de Juiz de Fora, os documentos da base do Ministério da saúde relacionados a Política Nacional de Prevenção e controle do câncer, Anais dos Congressos Brasileiro de Assistentes Sociais (2016-2022) e documentos produzidos pelas entidades representativas da categoria para orientar o exercício profissional dos Assistentes Sociais. O trabalho está dividido em dois capítulos. No primeiro, analisa-se a trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil, com ênfase na Atenção Oncológica da década de 1920 até a construção do SUS, e os desafios para o direito à saúde. Já no segundo capítulo, analisou-se os aspectos históricos do Serviço Social na área da saúde, dando ênfase as publicações do CBAS referentes ao exercício profissional do Assistente Social unidade de atenção oncológica, considerando as demandas apresentadas à profissão, desafios, limites e possibilidades. Foram discutidas também, as ações pautadas nos eixos de atuação profissional na saúde, sendo eles o atendimento direto ao usuário; a mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional, para ações que visem a autonomia e emancipação dos usuários.

Com esse estudo, foi possível constatar que a intervenção profissional do Assistente Social é essencial para um atendimento integral e humanizado aos usuários acometidos pelo câncer, com foco nos aspectos biopsicossociais e acesso às Políticas Sociais. Contudo, a conjuntura ultraneoliberal coloca imensos desafios para um exercício profissional capaz de viabilizar o direito à saúde em consonância com o princípio da integralidade. Apesar dessa adversidade, o Assistente Social deve buscar ações propositivas para mobilização dos usuários, familiares e trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: 1. Serviço Social. 2. Atenção Oncológica 3. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The work presents an analysis of the possibilities of contribution of the professional practice of Social Workers to the viability of the rights of people with cancer based on a literature review. It was intended to analyze the National Health Policy focusing on Oncological Care, and the legislation on the Social Work profession, in order to understand the professional contribution in the area based on articles from the Brazilian Congress of Social Workers. To achieve the defined objectives, a broad bibliographical research was carried out through platforms such as scielo, websites related to the theme such as INCA.gov, libraries of the Federal University of Juiz de Fora, documents from the base of the Ministry of health related to the National Prevention Policy and cancer control, Annals of the Brazilian Congresses of Social Workers (2016-2022) and documents produced by representatives of the category to guide the professional practice of Social Workers. The work is divided into two chapters. In the first, the historical trajectory of Health Policy in Brazil is analyzed, with emphasis on Oncological Care from the 1920s until the creation of the SUS, and the challenges for the right to health. In the second chapter, the historical aspects of Social Work in the health area were analyzed, emphasizing the publications of the CBAS referring to the professional practice of the Social Worker in an oncological care unit, considering the demands presented to the profession, challenges, limits and possibilities. Actions based on the axes of professional action in health were also discussed, namely direct service to the user; mobilization, participation and social control; research, planning and management; advice, qualification and professional training, for actions aimed at the autonomy and emancipation of users.

With this study, it was possible to verify that the professional intervention of the Social Worker is essential for a comprehensive and humanized service to users affected by cancer, focusing on biopsychosocial aspects and access to Social Policies. However, the ultraneoliberal conjuncture poses immense challenges for a professional practice capable of making the right to health viable in line with the principle of integrality. Despite this adversity, the Social Worker must seek proactive actions to mobilize users, family members and health workers.

Keywords: 1. Social Service. 2. Oncological Care. 3. Health Unic System

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
CAP'S	Caixas de Aposentadorias e Pensões
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IAP'S	Instituto de Aposentadorias e pensões
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MES	Ministério de Educação e Saúde
SNC	Serviço Nacional de Câncer
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
CNS	Conferência Nacional de Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PNCC	Programa Nacional de Controle do Câncer
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos e Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação de Saúde Coletiva
SICC	Sistema Integrado de Controle do Câncer
Pro-Onco	Programa de Oncologia
RAS	Rede de Atenção à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CONTAPP do Câncer	Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer
MS	Ministério da Saúde
EXPANDE	Expansão da Assistência Oncológica
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
PIS	Programa Integração Social

PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SFH	Sistema Financeiro de Habitação
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviço
IPVA	Imposto de Propriedade de Veículos Automotores
IPTU	Imposto sobre a propriedade Predial Territorial Urbana
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
OMS	Organização Mundial da Saúde
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 A POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL.....	14
1.1 – HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE E ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL: da década de 1920 à constituição do SUS.....	14
1.2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA DE COMBATE AO CÂNCER....	22
1.3 - A CONTRARREFORMA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	30
CAPÍTULO 2 SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA.....	38
2.1 – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: aspectos históricos.....	38
2.2 – O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	47
2.3 – O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM HOSPITAIS ONCOLÓGICOS: Uma sistematização dos relatos de experiência publicados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) dos últimos seis anos (2016-2022).....	51
2.3.1 - Percurso metodológico.....	51
2.3.2 - Análises e Resultados.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo a atuação dos Assistentes Sociais no atendimento às pessoas com Câncer. Tem como objetivo geral analisar as possibilidades de contribuição do exercício profissional dos Assistentes Sociais para a viabilização dos direitos de pessoas com câncer a partir de revisão literária. E como objetivos específicos: analisar a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer; Analisar os direitos da pessoa com câncer e as leis que os garantem; Discutir os parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde; Analisar os limites e possibilidades do exercício profissional do Assistente Social em unidades de Saúde que realizam tratamento oncológico a partir dos trabalhos publicados nos congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (2016-2022); e Analisar os impactos do neoliberalismo no desmonte dos direitos das pessoas com câncer no Brasil.

A motivação para o estudo dessa temática surgiu a partir das reflexões trazidas durante a minha participação no PET Saúde- Interprofissionalidade, onde fui alocada em uma Unidade Básica de Saúde no bairro São Judas na Zona Norte do município de Juiz de Fora. Nessa unidade, acontecia o acompanhamento de diversas pessoas com câncer, com questões para além da saúde física, e devido à falta de profissionais do Serviço Social ficavam lacunas sobre a Política, os auxílios previdenciários, etc. Dessa forma, me senti provocada a pesquisar sobre a atuação do Assistente Social frente a esse público. Parte-se do pressuposto o grande avanço quanto a Política de Atenção Oncológica no Brasil ao atendimento das pessoas acometidas pelo câncer, como também a prevenção e controle da doença. Assim, analisando os direitos das pessoas com câncer garantidos por lei, e considerando que assim como a Política Nacional de Saúde, a Política de Atenção Oncológica também passa pelo avanço do neoliberalismo e o desmonte da política, que traz grandes desafios aos profissionais do Serviço Social. O profissional de Serviço Social inserido em unidades hospitalares que fazem atendimento à pessoas com câncer, tem o papel de efetivar uma atenção hospitalar na qual a doença não seja o foco, e sim a qualidade de vida dos usuários através de diversas ações que são possibilidade aos usuários de acessarem seus direitos através de Políticas Sociais, visando a saúde como bem estar biopsicossocial.

Para alcançar os objetivos, a realização desse estudo foi direcionada pelo método crítico-dialético por meio da qual buscou-se analisar os limites e possibilidades de contribuição do exercício profissional dos Assistentes Sociais para a viabilização dos direitos

de pessoas com câncer. Nesse sentido, realizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico. Assim, a pesquisa foi realizada através de plataformas como scielo, sites relacionados ao tema como o INCA.gov, bibliotecas da Universidade Federal de Juiz de Fora, os documentos da base do Ministério da saúde relacionados a legislação vigente sobre a Política Nacional de Prevenção e controle do câncer, e documentos produzidos pelas entidades representativas da profissão, tais como parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais. Para obter uma compreensão mais aprofundada da realidade abordada pelo estudo, foram utilizados materiais de apoio, incluindo artigos, teses e monografias.

A análise do exercício profissional do Assistente Social no atendimento às pessoas com câncer foi realizada a partir dos anais dos trabalhos publicados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) no período de 2016 a 2022. Nessa direção, para selecionar os artigos relacionados ao objeto de estudo utilizou de alguns descritores, sendo eles: oncologia, câncer e oncológico. No 15º Congresso, com o tema “80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão” foram encontrados 5 trabalhos com o descritor “oncologia”, 4 com o descritor “câncer” e nenhum com o descritor “oncológico”. No 16º Congresso com o tema “40 anos da “Virada” do Serviço Social” foram encontrados 3 trabalhos com o descritor “oncologia”, 12 com o descritor “câncer” e 9 com o descritor oncológico. No 17º Congresso, com o tema “Crise do capital e exploração do trabalho em momento pandêmico: repercussões no Brasil e na América Latina.” foram encontrados 1 trabalho com o descritor “oncologia” 2 com o descritor “câncer” e 2 com o descritor “oncológico”.

O critério utilizado para a escolha dos artigos a serem analisados neste trabalho, se deu a partir de um roteiro de leitura com as seguintes questões: Competências e atribuições dos Assistentes Sociais; As principais demandas ao profissional de Serviço Social em instituições hospitalares; As expressões da Questão Social apresentadas pelos usuários no atendimento do Serviço Social nestas instituições; Os limites da intervenção profissional do/a Assistente Social, considerando recursos, precarização, não acesso e desmonte; Os desafios colocados e as possibilidades para o exercício profissional do/a Assistente Social em instituições que atendem pessoas com câncer; A partir da análise geral, foram escolhidos 6 artigos que respondem às questões norteadoras¹.

¹ Somente os artigos que respondem todas as questões norteadoras foram escolhidos.

O trabalho está dividido em dois capítulos. No capítulo primeiro intitulado “A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no Brasil” buscou-se trazer um panorama histórico da Política de Saúde no Brasil, com ênfase na Atenção Oncológica. Considerou-se diferentes processos históricos a partir da década de 1920 com o avanço das reivindicações do movimento operário e as Caixas de Aposentadoria e Pensões, contexto em que também foi criado o primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer e o Centro de Cancerologia no Distrito Federal, que posteriormente foi transformado no INCA, a saúde no período de Getúlio Vargas com a Política de Saúde dividida em saúde pública e medicina previdenciária, até a década de 1980 com a articulação do movimento pela Reforma Sanitária, que avançou no debate em torno da saúde pública, e a construção do Sistema Único de Saúde. Foram discutidas também Leis e Portarias que avançaram no atendimento às pessoas com câncer, como a Portaria 2.439/2005, atualizada pela Portaria 874/2013 que prevê a Política Nacional para a Prevenção e controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, e outras que indicam alguns direitos sociais essenciais aos usuários em tratamento como o Tratamento Fora de Domicílio, Benefício de Prestação Continuada, auxílio Doença, entre outros.

O capítulo também aborda as contrarreformas que acontecem no âmbito da Saúde, e os desafios colocados para a constituição do SUS com o avanço do neoliberalismo no Brasil. Destacando algumas questões importantes como: o financiamento, avanços e retrocessos na política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer nos governos Lula, Dilma, Temer e Bolsonaro.

Já o segundo capítulo é intitulado “Saúde, Serviço Social e exercício profissional na Atenção oncológica” e analisa-se os aspectos históricos da profissão, perpassando as protoformas do Serviço Social com influência da Igreja, demandado pelo Estado para controle da classe trabalhadora, até o que entendemos hoje como uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, com um Projeto ético-político que defende a liberdade como valor ético central, a autonomia e emancipação dos usuários e de compromisso com a classe trabalhadora. Ademais, pesquisou-se sobre a inserção do profissional no âmbito da saúde, e a aproximação dos princípios da profissão, com os da Reforma Sanitária, para que dessa forma fosse possível analisar o exercício profissional na atenção hospitalar, utilizando os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” e a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

Neste capítulo foram analisados seis artigos dos últimos cinco anos do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), para entender a atuação profissional no atendimento às pessoas com câncer. Entendendo as publicações do Conselho Federal de Serviço Social como grandes impulsionadoras do trabalho profissional, onde o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” foi abordado pelos artigos, entendendo o trabalho em rede e multiprofissional como principais atuações, destacando as principais demandas que chegam aos profissionais e também os desafios colocados como privatizações e a judicialização da saúde.

Nas considerações finais conclui-se que o profissional de Serviço Social tem grande importância na efetivação do conceito ampliado de saúde, com foco nos aspectos sociais. Considerando a complexidade da doença, o Serviço Social torna-se fundamental dentro da equipe multiprofissional para uma abordagem humanizada e integrada do cuidado ao usuário. Promovendo o acesso aos direitos, obtendo melhor qualidade de vida, e assistência integral às necessidades sociais dos indivíduos afetados pela doença.

CAPÍTULO I – A POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

Este capítulo pretende analisar a história da Política de Saúde e Atenção Oncológica que se desenhou no Brasil a partir da década de 1920. Serão abordados os processos históricos, a mobilização popular e as Leis sancionadas até chegar ao que conhecemos como o Sistema de Saúde Brasileiro. Além disso, buscaremos discutir os princípios e questões pertinentes ao SUS como seu financiamento, organização, etc, a configuração da Política de Prevenção e Controle do Câncer, e sua operacionalização na Rede de Atenção à Saúde e os direitos assistenciais garantidos às pessoas acometidas pelo câncer. Por fim, versaremos sobre o avanço do projeto neoliberal na Saúde Pública e os limites para sua efetivação, analisando os governos de Lula, Dilma, Temer e Bolsonaro no tocante ao financiamento e programas instituídos durante tais mandatos.

1.1 – HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE E ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL: da década de 1920 à constituição do SUS

Anterior a regulamentação da Lei 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil possuía a assistência médica pautada na filantropia e na prática liberal (BRAVO,1999). Com o avanço das reivindicações do movimento operário na década de 1920 vão surgindo iniciativas do setor de saúde.

A reforma de Carlos Chagas em 1923² com o intuito de criar consenso diante a crise em curso, levanta questões como a saúde do trabalhador, e cria medidas que constituiu o sistema previdenciário brasileiro, como a lei Elói Chaves. Essa lei institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP'S), que eram financiadas pela União, empresas e empregados, onde apenas as empresas com condições de manter possuíam esse benefício, e esses eram proporcionais à contribuição. Entre os benefícios estavam assistência médica, aposentadorias, fornecimento de medicamentos, pensão e auxílio funeral. Além disso, há algumas iniciativas no campo da saúde como a vigilância do exercício profissional de operários urbanos e algumas campanhas. Os trabalhadores da área de exportação, são os mais organizados politicamente nesse momento, uma vez que possuem mais poder político por estarem inseridos no processo direto de circulação de mercadorias, prejudicando o capital em caso de

² Nessa reforma foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que tinha como objetivo trazer temas como o saneamento rural, a propaganda sanitária e educação higiênica para responsabilidades do Estado. (LIMA, A. L.G. S; PINTO, M.M.S, 2003)

organizações que visem parar esses serviços, tornando-se os primeiros a terem as Caixas, sendo eles os ferroviários, estivadores e os marítimos. (BRAVO, 2000).

Paralelamente, nas primeiras décadas do século XX os médicos brasileiros começam a ter uma aproximação com o câncer em eventos internacionais e abordar iniciativas de colocá-lo na agenda de saúde pública nacional. O que abriu espaço para a criação de um hospital especializado no tratamento radiológico do câncer em Belo Horizonte em 1922 e na criação do Centro de Cancerologia no Distrito Federal em 1937 que viria a se transformar no INCA.

No cenário político e econômico brasileiro, Getúlio Vargas assume o poder através de um golpe, em meio a um processo de crise econômica e política. O final da década de 1920 é marcado pela crise de superprodução do café, com a desvalorização da moeda brasileira. Além disso, há uma forte crise econômica mundial gerada pela quebra da bolsa de Nova York, diminuindo o preço do café, gerando uma grande insatisfação da população. (SCOREL, 2012)

Além disso, nesse período houve o aumento da urbanização no Brasil, potencializando o desenvolvimento do movimento operário, e o processo de ampliação das demandas das camadas médias.

Embora mantendo sua base agrária, o Brasil de então caminhava decididamente para a urbanização, já apresentando 20% da população vivendo nas grandes cidades. Esse adensamento urbano potencializou o desenvolvimento do movimento operário que, liderado por anarquistas e socialistas, colocou os problemas das camadas operárias na agenda nacional. Também foi responsável pela ampliação das camadas médias urbanas que, cada vez mais, demandavam uma política de cunho liberal, livre das mazelas patrocinadas pelas oligarquias dominantes. Por fim, as grandes cidades foram palco do surgimento do fenômeno político do tenentismo, movimento liderado pela jovem oficialidade militar que também pregava a modernização das estruturas da República. (SCOREL, 2012)

Assim, em Outubro de 1930 ocorreu o primeiro golpe de Getúlio Vargas³ apoiado por gaúchos e paraibanos. Apesar de não ter como objetivo o fim da elite cafeeira, seu governo precisou responder às demandas de grupos que faziam pressão nesse momento, como o movimento operário que com o processo de rápida industrialização, se expandiu obrigando o governo a dar resposta a algumas questões como diminuição das jornadas de trabalho, aumento dos salários, reconhecimento dos direitos trabalhistas, etc. Tais respostas são dadas

³ O golpe aconteceu em um momento de crise política com o rompimento da República do café com leite, onde em cada eleição o candidato de um dos Estados (Minas e São Paulo) assumia o poder. Porém o presidente Washington Luís apoiou o candidato paulista Júlio Prestes, levando o Estado de Minas Gerais romper com a aliança. Júlio Prestes ganha a eleição, porém Getúlio Vargas e a aliança liberal (composta por gaúchos e paraibanos) não aceitam a derrota instituindo o Golpe.

em forma de coerção e consenso, através de políticas sociais centradas na criação de condições sanitárias mínimas que contemplassem os assalariados urbanos e combinadas com maior repressão ao movimento, e perda da autonomia sindical (SCOREL, 2012)

No que tange a área da saúde, a partir de 1933 há o surgimento da medicina previdenciária com a criação dos Institutos de aposentadorias e pensões (IAP's), sendo estes a reorganização e junção das caixas de aposentadorias (CAPs), passando a associar os trabalhadores por categoria profissional, e não mais por empresas, tornando um sistema nacional de previdência. Estendendo para um maior número de trabalhadores contribuintes, sem cobertura ampla, de orientação contencionista.

Nesse período, o financiamento dos institutos também foi modificado, incluindo a contribuição do Estado, onde o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio passa a ser o intermediário entre os trabalhadores contribuintes e a previdência. Como a assistência médica individual ainda era limitada aos trabalhadores contribuintes também foi vinculada a esse Ministério. Segundo Bravo (2009), a política Nacional que se desenhava desde 1930 foi consolidada em 1945, onde a Assistência médica previdenciária era oferecida basicamente pelos serviços dos Institutos. (BRAVO, 2009).

Com relação à saúde pública, em 1930 há a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), composto pelo Departamento Nacional de Educação e pelo Departamento Nacional de Saúde. Tal Ministério, nos seus primeiros anos não desenvolveu atividades inéditas, mas deu continuidade às ações do Departamento Nacional de Saúde. Isso se dá pela instabilidade política entre as forças políticas. (SCOREL, 2012)

Além disso, a partir de 1934 acontecem ações relacionadas à saúde pública que marcam esse momento, como o início da gestão de Gustavo Capanema no MESP, e em 1935 retorno das campanhas sanitárias. Dando início em 1937, a Reforma Capanema, que reformulou o Ministério passando a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES), com várias modificações no âmbito da saúde pública.

De início, foi ampliado o principal setor do ministério relacionado ao campo da saúde: o Departamento Nacional de Saúde passou a chamar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e a contar com diretorias de Assistência Hospitalar, Sanitária Internacional e da Capital da República. Também foram criadas oito delegacias federais de saúde – correspondendo às oito regiões em que o país foi dividido –, que tinham como objetivo garantir a colaboração dos serviços locais de saúde pública com os serviços federais e supervisionar os serviços federais de saúde. Por fim, foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde, àquela época uma reunião nacional de dirigentes do setor, de cunho bastante administrativo, e voltada para a integração e normatização dos serviços locais de saúde. (SCOREL, 2012, p. 482)

Ademais, essa reforma trouxe a centralização dos serviços de saúde, onde o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social se tornou o coordenador dos departamentos estaduais de saúde, buscando centralizar a política de saúde através do poder normativo estatal. (SCOREL, 2012)

Nesse período foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC), órgão responsável pela formulação e a execução das políticas de controle à doença através da elaboração de estudos epidemiológicos. Esse serviço era composto pelo Instituto de Cancerologia do Distrito Federal que atendia aos doentes, e a partir de pesquisas buscava a normatização das ações e estruturação da rede. Porém diversos hospitais filantrópicos também foram incorporados ao serviço e por isso os locais dos hospitais cancerosos se estabeleciam em função das possibilidades e interesses das instituições privadas, ficando distante das necessidades da população. (TEIXEIRA,2012)

Segundo Bravo (2000) a Política de Saúde nesse momento se dividia em saúde pública e medicina previdenciária. A primeira tinha como objetivo a garantia de condições mínimas para a população urbana, como combate a endemias e campanhas sanitárias. Enquanto a segunda atendia apenas os assalariados que possuíam cobertura dos IAP's. (BRAVO, 2009) Assim, a assistência médica individual não era controlada pelo Ministério da Educação e Saúde, ficando a responsabilidade ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC)

Outro fato importante para a saúde pública no Brasil se dá no dia 20 de Novembro de 1941, quando acontece a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS). Teve a participação de representantes estaduais, e uma delegação do Governo Federal. Essa conferência contou com a participação de representantes estaduais e uma delegação do Governo Federal. Durante o evento, houve um amplo debate sobre a política de saúde, resultando no aumento do interesse médico-científico e no fortalecimento institucional.

Esse fortalecimento se refletiu na ampliação da rede de atendimento e no avanço do campo científico. Nesse contexto, em 1946, foi criada a Sociedade Brasileira de Cancerologia, seguida pela Revista Brasileira de Cancerologia em 1947. Além disso, o VI Congresso Internacional de Câncer foi realizado, fortalecendo o Instituto de Câncer e proporcionando um aumento no financiamento do Serviço Nacional de Câncer (SNC). Também houve um aumento no número de instituições privadas filiadas ao SNC.

A partir de então, os dirigentes do Ministério da Saúde, com base na ideologia do liberalismo econômico e com uma concepção privatizante em relação à saúde, passaram a postular que o câncer era uma questão da medicina hospitalar de base privada. Na concepção dos dirigentes do Ministério, por não ser uma doença epidêmica ou contagiosa, o câncer não poderia ser entendido como um problema de

saúde pública e seu controle deveria se restringir às ações curativas individuais. (TEIXEIRA, 2012, p.378)

A configuração da saúde na década de 1950 se dá principalmente, com ampla estrutura hospitalar de natureza privada. Tais instituições já desenhavam a consolidação de empresas médicas.

Em 1964, há a tomada de poder modificando a ordem democrática, estabelecendo a Ditadura Civil Militar que perdurou até os anos 1985. Durante esse período o trato da questão social foi caracterizada pela coerção e consenso é acentuado com a implementação de políticas assistenciais voltadas para a regulação, visando acalmar as tensões existentes e garantir legitimidade e acumulação do capital. Segundo Bravo (2000), durante esse período houve o favorecimento do setor privado por meio de terceirização em massa das ações de saúde, em detrimento do setor público. Além disso, as práticas médicas predominantes eram curativas, individual, assistencialista e especializada⁴. Trata-se de um período de tensões entre a ampliação dos serviços de saúde e os interesses burocráticos do setor estatal, que atuava como garantidor dos interesses da saúde privada.

No que diz respeito à compreensão do câncer como um problema social, o golpe de 1964 silenciou e reprimiu essa questão. Os avanços e conquistas alcançados no campo da saúde e da pesquisa sobre o câncer foram afetados pelo contexto político vigente na época, que priorizava outros interesses e direcionava recursos de forma seletiva.

O ano de 1966 foi marcado pela unificação dos IAPs, criando um sistema de Previdência Social unificado, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estendeu a cobertura previdenciária a grande parte da população urbana, e posteriormente aos trabalhadores rurais, domésticas e autônomos. Essa medida refletia o fortalecimento do papel interventivo do Estado naquele momento, afastando os trabalhadores do debate político e da gestão da previdência.

O fortalecimento da saúde pública não era uma prioridade do governo ditatorial que optou pelo beneficiamento da iniciativa privada, por meio da compra de serviços médicos, equipamento hospitalar e indústria farmacêutica, garantindo o crescimento da prática médica curativa, especializada, assistencialista e individual, e a criação do complexo-médico-industrial, que elevou as taxas de lucro na saúde. (BRAVO, 2000).

Assim, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, a compra de serviços privados em clínicas e hospitais aumentou. Apesar da existência da

⁴ Tais práticas biologicistas vão de encontro com o conceito ampliado de saúde, que vê a saúde de forma integral, pensando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Campanha Nacional contra o Câncer, criada em 1967⁵, os tratamentos ainda eram realizados de forma descoordenada. Devido à busca por consenso político, o governo precisou colocar questões sociais em pauta. Nesse momento, surgiram iniciativas que passaram a entender o câncer como um problema de saúde pública, demandando uma ação governamental organizada

Com essa movimentação em 1973 instituiu-se o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC) que tem como objetivo coordenar as ações em âmbito nacional, integrando as atividades do Ministério da Saúde e a Previdência Social. Além disso, foi elaborado o plano de funcionamento das unidades com equipamentos, o registro nacional de câncer pelo Ministério da Saúde e o reembolso para todos os procedimentos com relação ao câncer feito pelos serviços privados, que despertou interesses de laboratórios e hospitais para diagnóstico e tratamento de câncer. (TEIXEIRAS,2012)

Com relação à saúde pública, a lógica do modelo previdenciário ganha lugar com relação ao Ministério da Saúde, concentrando todo investimento para essa política, ampliando sua abrangência aos trabalhadores rurais e domésticas. Assim, as pessoas que não tinham a qualidade de segurado, recebiam atendimento em centros de saúde pública, em serviços filantrópicos como as Santas Casas e clínicas particulares. (ESCOREL,2012)

A defesa de uma política de saúde pública e universal em oposição a sua mercantilização unificou diversos movimentos sociais em torno da defesa de uma nova política nacional de saúde.

Esse amplo debate envolvendo atores com ideais de mudanças no sistema de saúde, começa em meados da década de 1970, e é denominado como o Movimento da Reforma Sanitária. Tal movimento teve como atores primários o movimento estudantil, o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES), médicos residentes, e atores do campo da docência e pesquisa.

O movimento estudantil e o CEBES caracterizados como primeira vertente desse movimento foram responsáveis por expandir os ideais da medicina social.⁶ Além disso, o CEBES, criado em 1976, foi um órgão de representação de estudo, articulação com outros movimentos sociais e divulgação desse campo através da revista “Saúde em debate”. Já a

⁵ A institucionalização da campanha se deu através do Decreto nº 61.968/1963 a fim de: “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 pesquisa, de educação, ação social e de recuperação relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência” (Decreto nº 61.968/1963)

⁶ Assim, em uma definição que traduz um conceito mais amplo, consideramos como “Medicina Social o estudo e a aplicação dos conhecimentos das ciências da saúde para a atenuação e/ou erradicação dos problemas sociais” MEIRA; SEGRE, 1985

segunda vertente foi composta por médicos residentes, representando a atuação profissional de forma política. E a terceira vertente composta por professores e pesquisadores que deram origem ao movimento pela reforma sanitária, partindo dela, materiais teóricos. (ESCOREL,2012)

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000 p.9)

A partir de 1975, pode-se ver o avanço do debate em torno da saúde pública. A abordagem médico-social ganha lugar nas instituições de todo o país, e há o crescimento das pesquisas com relação ao tema. Marcado como um período de grande produção intelectual, marcado pelo viés político nas pesquisas.

Além disso, há a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação de Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, como representação dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, medicina social e da saúde coletiva.

Cabe destacar que os anos 1980 foram marcados pelo processo de redemocratização política e por grande crise econômica. Importante destacar que essa conjuntura pós golpe também afetou as Políticas de Prevenção ao câncer, houve redução das verbas destinadas para a doença, em contrapartida trouxe também o anseio pela Reforma Sanitária, que buscava a ampliação do papel do Estado na universalização dos direitos, e o fim da divisão entre saúde pública e previdenciária (TEIXEIRA, 2012)

Em 1982 respondendo às reivindicações foi criado o Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), e em 1984 o governo federal criou o Programa de Oncologia (Pro-Onco) para a implementação de ações nacionais de informação, prevenção, diagnóstico e controle do câncer, que em 1990 foi transferido para o Instituto Nacional de Câncer (INCA). (TEIXEIRA,2012)

No que se refere às lutas pela Reforma Sanitária iniciada no fim da década de 1970, destaca-se que há maior maturidade no Movimento, e envolvimento dos atores sociais que o compõe.

Nesse contexto, a saúde passa a estar vinculada à democracia, ganhando um caráter político, onde diversos personagens como entidades profissionais, movimento sanitário,

partidos políticos e movimentos sociais vão compor o Movimento pela Reforma Sanitária, que traz reivindicações a respeito da universalização do acesso e o dever do Estado e direito social com relação à saúde.

O momento mais marcante na história da saúde pública é a VIII conferência nacional de saúde. Realizada em Março de 1986, em Brasília e teve como tema “A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial”. Dispôs da participação de quase quatro mil pessoas, incluindo entidades representativas como moradores, sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais e parlamento. (BRAVO,2000). Promulgando a Constituição de 1988, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Constituição é aprovado o direito universal da saúde, para todas as pessoas, e considera os serviços de saúde de relevância pública, devendo o Estado a sua regulamentação, fiscalização e controle. Como aponta Bravo (2000) a promulgação da Constituição e o processo constituinte foi um avanço para os direitos sociais, “representou , no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social”(BRAVO, 2000, p.09). Assim, a Constituição Federal de 1988 buscou introduzir avanços significativos no sentido de corrigir as injustiças sociais que se acumularam ao longo da história da sociedade brasileira.

1.2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Dentre os principais debates em torno da lei 8.080/90 e 8.142/90 que institui o Sistema único de Saúde, estão os princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde, e dizem respeito a sua operacionalização, sendo eles a universalidade, igualdade, a equidade e a integralidade, participação da comunidade e a descentralização.

A universalidade diz respeito ao direito à saúde, “como direito à cidadania para todos os brasileiros, por nascimento ou naturalização” Independente da complexidade, custo e natureza do tratamento (TEIXEIRA, 2011). Já o princípio da igualdade diz respeito a não discriminação por renda, cor gênero ou religião no acesso aos serviços de saúde. Onde o Sistema de Saúde deve ser orientado apenas pelas diferentes necessidades de saúde. (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012)

A integralidade, por sua vez, está associada à compreensão do usuário em sua complexidade, e o conjunto de ações para a promoção, prevenção e assistência à saúde, e o

tratamento integral das necessidades de saúde, considerando os aspectos biológicos e psicossociais. Quanto ao princípio da equidade, diz respeito ao modo de aproximar a igualdade de oportunidades relacionadas à saúde, como acesso aos serviços de saúde, aos meios de prevenção de agravos e doenças, medicamentos, entre outros. Como explicita Teixeira, sobre as especificidades da saúde:

Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.(TEIXEIRA, 2011, p.5)

O princípio da equidade relaciona-se à oferta de ações específicas, para grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam instáveis, ações para pessoas e grupos que apresentem riscos diferenciados de adoecer devidos a riscos diferentes, com características genéticas, questões econômicos-sociais, ou históricos-políticas e culturais. Para a compreensão desses múltiplos determinantes, a participação da comunidade através de suas entidades representativas torna-se essencial para a participação e formulação de diretrizes e prioridades, além do caráter fiscalizador das ações de serviços de saúde. (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012)

Além disso, as diretrizes também são de grande importância para o Sistema de saúde brasileiro, elas que articulam a operacionalização da Política. Dentre elas estão a Descentralização, que diz respeito a direção única em cada esfera do governo, redefinindo responsabilidades entre os entes de nível federal com o Ministério da Saúde, para os Estados com as Secretarias Estaduais de Saúde, e municípios, com as Secretarias Municipais de Saúde, visto que os problemas de saúde podem ser diferentes de acordo com cada região. Além da regionalização e a hierarquização, que se refere a forma que as unidades de saúde se relacionam entre si, delimitando bases territoriais e a organização de graus de complexidade tecnológica dos serviços, onde os procedimentos mais frequentes considerados básicos devem ser distribuídos de forma mais ampla, enquanto os de níveis mais especializados seguem a lógica de distribuição de acordo com a territorialização. Conformando assim, uma Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁷

⁷ A Rede de Atenção à Saúde se trata de um conjunto de Serviços que visam atender as necessidades de saúde da população. São organizados, a partir de grau de complexidade, demandas e níveis tecnológicos. Além disso, são estruturadas para responder às demandas da população de forma contínua e integral nos diferentes níveis de atenção: Primária, secundária e terciária.

Com relação ao modelo institucional, como já apontado, a descentralização permite a participação de vários atores sociais na tomada de decisões. Com o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, com gestores federais, estaduais e municipais, além do colegiado na qual há o Conselho Nacional, Estadual e Municipal. Além dos Conselhos de representação dos Secretários de Saúde como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Assim, os gestores participam da elaboração das políticas de saúde, financiamento e avaliação dessas políticas a partir do controle das esferas de atuação pertinentes a cada um. Enquanto ao Ministério da Saúde cabe a coordenação do sistema de saúde em âmbito nacional.

Além disso, as ações e serviços previstos na Lei do Sistema Único de Saúde, vão além do campo de organização da Rede de Assistência à Saúde. Entre elas também estão as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, participação na produção de insumos, saneamento básico, proteção ao meio ambiente e a fiscalização de produtos. (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012)

A lei prevê que o orçamento do SUS está na responsabilidade das três esferas governamentais (Federal, estadual e municipal), devendo planejar o financiamento promovendo a arrecadação e os repasses necessários.

Outrossim, a regulamentação do SUS passa por outras legislações que complementam a lei de nº 8.080/1990, entre elas Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010 que “estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2010). Nela são definidos os níveis de atenção e Assistência à Saúde no Brasil, sendo eles a atenção primária, secundária e terciária. Delimitação essencial para a organização de recursos.

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). (BRASIL, 2010)

A atenção primária a Saúde (APS) está inserida na RAS com o papel de ser o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, ou seja, o serviço de saúde. As ações da Atenção Primária à saúde são baseadas na “promoção, e proteção à saúde, além de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.” (BRASIL, 2010)

As principais funções da Atenção Primária à Saúde expostas através da portaria, se dão na resolução das demandas dos usuários, a organização das referências e contrarreferências, e a responsabilização dos usuários independente do local de atenção à saúde que estejam. (BRASIL,2010)

Os serviços que devem complementar a APS fazem parte da atenção especializada, que possui dois elementos, a atenção secundária e terciária, onde estão os ambulatórios e a especialização hospitalar. Onde são necessários tratamentos de doenças específicas, exames de maior nível tecnológico, procedimentos que são necessários maior nível tecnológico e custos maiores como cardiovasculares, oncológicos, transplantes etc.

Embora nem todas as demandas do movimento da Reforma Sanitária tenham sido atendidas devido a correlação de forças que se deu na constituinte, entre as forças progressistas que defendiam a saúde como direito de todos e dever do Estado, e por outro lado os grupos empresariais que representavam o modelo médico assistencial, pressionando a preservação do mercado privado da saúde, a constituição do Sistema único de Saúde traz grandes avanços para a saúde da população brasileira.

No que se refere a política de combate ao câncer, com a institucionalização do SUS foram desenvolvidas ações importantes para a promoção, proteção e prevenção contra o câncer. Entre elas podemos destacar a criação da coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (CONTAPP); Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino e o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica.

Além disso, pode-se destacar a regulamentação das portarias de nº3.535 e no. 3.536 em 1998, que "estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia" (MS,1998) onde foram planejados os Centros de oncologia em hospitais gerais⁸, e a criação de um sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia, nutrindo um sistema de informações com o objetivo de expandir a oferta de serviços como diagnósticos, cirúrgicos, quimioterapias e cuidados paliativos nas áreas de necessidade de maior cobertura. Apesar do avanço com relação a definição de parâmetros para o planejamento da assistência oncológica, tais portarias ainda colocam os serviços de forma isolada e focalizada. (DIONÍSIO, 2021).

Nos anos 2000 o INCA que antes era responsável por ações regionais, se tornou responsável em âmbito nacional por ações de controle de câncer, se tornando referência no âmbito do SUS. Entre as ações em destaque, estão o Programa Nacional de Controle do

⁸ Atualmente conhecidos como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

Tabagismo; Programas de Qualidade em Mamografia, e a Expansão da Assistência Oncológica (EXPANDE).

Mesmo com grandes avanços ao tratamento das pessoas com câncer no Artigo 196 da Constituição, como o Tratamento Fora de Domicílio (TFD)⁹, e o acesso a medicamentos de alto custo, uma das maiores conquistas para os serviços oncológicos é a regulamentação da Portaria no. 2.439/2005, a partir dela foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).

Somente por meio da Portaria GM/MS no. 2.439, de 2005, que se instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a percepção da integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer foi melhor explicitada nas normativas do SUS, incluindo em seu conjunto de ações – além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – a promoção e a prevenção, buscando, dessa forma, superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência. A PNAO descreveu a necessidade de garantir o cuidado integral do usuário por intermédio de mecanismos de referência e contrarreferência que permitissem acessar todos os níveis de complexidade, de modo a obter assistência às demandas advindas tanto do processo de confirmação diagnóstica quanto do tratamento (MIGOWSKI et al., 2018, p. 248 apud DIONÍSIO, 2021, p.48).

Assim, a Portaria 2.439/2005 representou um grande avanço no atendimento às pessoas com câncer, com o princípio de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Sendo encargo das três esferas da gestão o desenvolvimento de estratégias a fim de identificar os determinantes dos principais tipos de câncer, além do desenvolvimento de ações intersetoriais visando a qualidade de vida e saúde que previnam os fatores de risco¹⁰, e reduzem danos relativos à doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.439/2005)

Dessa forma, a portaria define a construção da Política Nacional de Atenção Oncológica a partir de componentes considerados fundamentais, como ações de promoção e vigilância em saúde, informatização de dados referente ao câncer para o auxílio de gestores no planejamento de políticas com avaliações tecnológicas, diretrizes nacionais a fim de regular, avaliar e controlar o serviço, incentivo a pesquisas sobre a doença e a educação permanente das equipes de saúde e a definição de competências da Atenção Básica, Média Complexidade

⁹ Portaria SAS nº 55 de 1999 MS que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

¹⁰ “Risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioletas, a hábitos sociais e alimentares” (Portaria GM/MS 2.439/2005)

e Alta complexidade e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2.439/2005)

Serviços que foram definidos posteriormente na Portaria SAS nº 741/2005, estabelecendo as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Assim, o UNACON são os hospitais com condições técnicas, físicas e de recursos para o atendimento de Alta Complexidade para diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, e o CACON de todos os tipos de cânceres. E os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia exercendo papel de auxiliar nas políticas de Atenção Oncológica são os hospitais de ensino que possuam condições de diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer com base de atuação preestabelecida de acordo com o levantamento de novos casos anuais da doença. (MS 741/2005)

Com relação à organização da Política Nacional de Saúde e a Política Nacional de atenção Oncológica, outra Portaria importante é a 4.279/2010 que diz respeito organização da rede de Atenção à Saúde, que foi referencial para a organização das Redes Temáticas, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2012. Entre elas estão a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

A Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças crônicas objetivou fortalecimento do cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, incluindo o câncer. Posteriormente através dessa discussão há a sanção da Lei 12.732/2012, que assegura o início do tratamento em no máximo 60 dias após o diagnóstico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

A portaria 2.439/2005 foi atualizada pela Portaria no. 874/2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal portaria tem como objetivo “diminuir a incidência, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos usuários com a doença, através de ações que visem a promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos” (MS, 2013).

Garantindo o atendimento através das ações de saúde a partir da articulação do sistema de saúde de atenção oncológica até aqui apresentado, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer traz como principais eixos de atuação: a promoção da saúde, prevenção do câncer, detecção precoce e tratamento oportuno. Além disso, a vigilância, monitoramento e

avaliação, o cuidado integral, incentivo a pesquisas e educação permanente e tecnologias que fomentem os estudos e pesquisas sobre a doença, além da educação e comunicação em saúde.

Além disso, também são estabelecidas as responsabilidades do Ministério da Saúde, e das Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Secretarias de Saúde municipais. Entre elas estão a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas em seu âmbito de atuação, a atuação territorial de acordo com o perfil epidemiológico, a garantia da infraestrutura adequada aos estabelecimentos que prestam atendimento às pessoas com câncer com base nos fundamentos de diretrizes do SUS, garantir o financiamento tripartite¹¹, monitoramento e avaliação, desenvolvimento e implantação de sistemas de informação, e estímulo de pesquisas e promoção de intercâmbio e experiências a fim de disseminar o conhecimento sobre a área. Além disso, também diz respeito à participação popular na elaboração de estratégias de controle da doença. (MS,874/2013)

Grandes avanços no atendimento oncológico são colocados nesta portaria. A organização de diretrizes nacionais em todos os níveis permite o cuidado integral dos usuários. Além disso, pontua responsabilidade da União, Estados e Municípios ofertarem a ampliação do conhecimento sobre o tema por meio de ações de promoção e prevenção à saúde, abordando a diminuição dos fatores de risco da doença, como melhores hábitos alimentares, prática de atividades físicas, ações e políticas para o enfrentamento do tabagismo, consumo de álcool, obesidade, entre outros. Além disso, inclui ações de prevenção, como o controle de fatores de risco físico, químico, biológico, e para além disso, a atuação nos determinantes econômicos da doença e a detecção precoce.

Sendo assim, também é organizado o atendimento em todos os níveis de atenção e atendimento. Estabelecendo critérios técnicos, atendimento por equipes multiprofissionais, atendimento especializado em casos raros e cuidado compatível com a evolução da doença.

Quanto a ciência e tecnologia deve ser implementado e fomentado pesquisas, métodos e mecanismos para prevenção e controle do câncer, Incorporando métodos de coleta e análise de dados, para o aperfeiçoamento da Política e a democratização de informações, a fim de estimular estratégias de promoção à saúde. (MS,874/2013)

Com relação ao financiamento da Política, são citados os recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais, além de outras fontes:

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção,

¹¹ Esse termo é utilizado pois a utilização dos recursos do Sistema de Saúde é de responsabilidade da União, Estados e Municípios.

deteção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; III - criação de fundos especiais; e IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. (MS, 874/2013)

Além do arcabouço legislativo específico que compõe a Política Nacional para prevenção e Controle do Câncer, destaca-se uma série de direitos sociais que foram conquistados ao longo dos anos, para pessoas acometidas por essa doença, entre eles estão:

- Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), garantido pela Lei nº 8.922 de 1994
- Saque do Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), pela Resolução nº 1, de 15/10/1996
- Auxílio doença, garantido pela Lei nº 8.213 de 1991 nos artigos 59 a 63
- Afastamento do Trabalho, pela Resolução CFM nº1.851 de 2008 no Art. 3
- Licença para Tratamento de Saúde
- Licença por Motivo de Doença em Pessoa de Família, direito assegurado para servidores públicos
- Aposentadoria por invalidez e acréscimo de 25% sobre a aposentadoria pela Lei Federal nº 8.213 de 1991.
- Benefício de prestação Continuada, instituído pela Lei 8741/1993
- Tratamento Fora de Domicílio, programa normatizado pela Portaria SAS nº 055 de 1999;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU)
- Isenção do Imposto e Renda na Aposentadoria, Pensão e Reforma de acordo com a Lei nº 7.713 de 1998
- Quitação de Financiamento de Imóvel pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH) em caso de Invalidez ou morte;
- Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) para pessoas com Deficiência de acordo com a Lei nº 10.182 de 2001;
- Isenção de Imposto de Circulação de Mercadorias e sobre prestação de Serviços (ICMS) para pessoas com Deficiência;
- Isenção de Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para Pessoas com Deficiência para Condução de Veículo Adaptado;
- Isenção de Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) (INCA, 2022)

Desse modo, percebe-se que houve um grande avanço nos serviços de atendimentos oncológicos no Brasil, e uma tentativa de reorganização e inúmeros esforços de grupos comprometidos com a defesa da saúde pública, estatal e de qualidade para com a institucionalização do SUS. Contudo, mesmo com todos esses avanços os usuários da política de atenção oncológica enfrentam diversas dificuldades relacionadas a integralidade dos atendimentos, a conexão entre os níveis de serviço, a insuficiência da estrutura da Rede de Atenção, de equipamentos e de recursos humanos.

A dificuldade da consolidação plena do sistema de saúde brasileiro se dá pelo avanço das políticas ultraneoliberais na saúde, onde o setor mercadológico da saúde tem

ganhado força, e os serviços públicos têm recebido cada vez menos recursos. Nesse contexto, a “Política Nacional para a prevenção e controle do Câncer na rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas” fica sujeita às parcerias público/privadas. Esta prática influencia no desmonte e desfinanciamento de um Sistema único de Saúde que visa o atendimento de toda a população, reduzindo-o a uma Política de Saúde que presta atendimento focalizado aos mais pobres, enquanto que os usuários que possuem renda são direcionados para o pagamento do seu tratamento, estando à mercê dos planos e seguros privados de saúde.

1.3 - A CONTRARREFORMA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

O texto Constitucional que institui o SUS, traz grandes avanços para a política de Saúde. Porém o projeto construído pelo Movimento da Reforma Sanitária, que traz a saúde como direito, a reestruturação de um Sistema unificado, com olhar coletivo, visando a integralidade, a descentralização e um efetivo financiamento, sofre profundos ataques por parte do grande capital.

O debate sobre a política de Saúde, que historicamente já é dividido em dois blocos, recebe ainda mais pressão dos grupos empresariais, que buscam manter a saúde como meio lucrativo. Por outro lado, encontram-se os atores que deram força ao Movimento da Reforma Sanitária para que o projeto se concretize na prática.

Os ataques à consolidação do Sistema Único de Saúde se dão logo após a sua instituição. A reforma Constitucional da previdência de forma isolada, mostra o intuito de desmonte da proposta de Seguridade Social, que engloba a Saúde, Assistência e Previdência contida na Constituição de 1988, desconsiderando a integralidade dos serviços e a relação entre eles. (BRAVO 2004)

Além disso, estava em ascensão na Europa e EUA a ideia de Estado mínimo, teoria defendida pelo neoliberalismo buscando reduzir a ação do Estado na vida social, com tendências à privatização de empresas estatais, abertura da economia, etc. (PAIVA, col, 2014) Dessa forma, o Estado Mínimo é a caracterização do Estado dentro do neoliberalismo, onde os interesses coletivos são subtraídos em benefício do capital privado.

Na década de 1970, além do EUA aderir ao neoliberalismo com a gestão Paul Volcker, ¹²há também essa adesão na Inglaterra com Margareth Thatcher. Influenciando a abertura para a doutrina neoliberal nas economias globalizadas.

¹² Economista estadunidense, presidente da Reserva Federal dos Estados Unidos da América

Neoliberalismo é uma doutrina que abrange economia e a filosofia social e suas principais linhas incluem: a superioridade do mercado como uma instituição para alocação ótima de recursos; a Teoria da Escolha Pública, na qual as decisões tomadas pelo governo visam o bem público através de escolhas racionais positivistas; a Teoria do Ônus Público do bem estar social, onde é preconizado que o indivíduo deve assumir responsabilidade sobre o bem estar social; a superioridade do individualismo sobre o coletivismo e a autoconfiança, em que a responsabilidade moral individual se sobrepõe a uma cultura de interdependência; o Estado Mínimo, onde existe reduzida interferência do Estado nas políticas públicas. (MUNHOZ D. B, et al. 2009, p.272)

Assim, com a adesão dos princípios neoliberais, o Estado brasileiro deixa sua função de responsável pelo desenvolvimento econômico e social para transferir ao setor privado essa responsabilidade, colocando assim, as Políticas de Saúde, Sociais e Econômicas, à mercê das leis do mercado. (MUNHOZ D.B, et al, 2009)

Dessa forma, enquanto para os países mais desenvolvidos economicamente, houve a redução de gastos públicos, caracterizando o fim do Estado de bem-estar Social, no Brasil e em outros países menos desenvolvidos, que não se conformaram nesse estado pleno de bem estar, há o acirramento das iniquidades sociais, a desigualdade e o acúmulo de riqueza na mão de poucas pessoas. Além de privatizações, flexibilizações no mundo do trabalho, desalinho do movimento sindical, a desregulamentação do mercado e globalização da economia (Munhoz D.B et al, 2009)

Assim, esse cenário corrobora para que a esperança gerada a partir do fim da Ditadura militar, durante a construção do Movimento da Reforma Sanitária e a instituição da Lei 8.080, colidisse com interesses econômicos do grande capital, crise interna e conjuntura, fazendo com que o SUS não fosse instituído como é expresso na carta constitucional.

O Estado se afasta da responsabilidade pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar regulador. Abrindo mão da administração pública para dar lugar à um modelo gerencial descentralizado, reduzindo custos, com interesses na eficiência e produtividade (BRAVO,2004)

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2004, p. 14)

Assim, o projeto de saúde baseado nos ideais da reforma sanitária encontra limites para sua efetivação frente ao avanço do neoliberalismo no país. Tal avanço tem enfraquecido o setor público e fomentando a iniciativa privada. Além disso, diferente do que diz a Lei 8.080 sobre a concretização de um sistema de saúde público, sem caráter contributivo e excludente e com serviços integrais, há um avanço do modelo biomédico, assistencial e privatista, com a contenção de gastos e racionalização da oferta dos serviços. Assim, o Estado garante o mínimo à população que não pode pagar, com atendimentos focalizados, estimulando meios para ampliação do setor privado aos que possuem forma de arcar com as despesas desse serviço (COSTA,1996).

Dessa forma, ocorria a batalha pela contrarreforma, desfragmentação do Sistema de Saúde; desorganizando o movimento da reforma sanitária, juntamente com a utilização do SUS apenas como uma possibilidade diante do ajuste neoliberal. De acordo com isso, Soares (2013) destaca que quanto mais o SUS é precarizado mais cresce o mercado de serviços privados e, não por acaso, na década de 1990, esse mercado se amplia consideravelmente; tanto que, em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passa a ser responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar. (DIONÍSIO,2021, p.40)

Podemos apontar nesse momento o enfraquecimento do movimento sanitário que fica submetido a governos mais ou menos democráticos e momentos de maior organização, para conseguir avançar na instituição do Sistema Único de Saúde.

Mesmo com o avanço neoliberal para a contrarreforma, esses momentos de força maior da luta pela saúde, ainda gerou conquistas importantes, como a regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde e a IX Conferência Nacional de Saúde em 1992. Além disso, houve uma tentativa maior de organização com a convocação da XII Conferência Nacional de Saúde em 2003, que debateu a Seguridade Social, e a Intersetorialidade dos serviços de saúde. Porém como aponta BRAVO (2000) “foi observado além da não ampliação dos participantes, o não avanço no fortalecimento da Reforma Sanitária”.

Assim, entre os desafios para a institucionalização do Sistema Único de Saúde, a partir de 1990, pode-se dizer que o movimento da contrarreforma avança frente ao movimento da reforma sanitária, trazendo consequências prejudiciais como a Tecnificação da Saúde, a ampliação de forma restrita e focalizada dos serviços de saúde, assistência precarizada e emergencial, a privatização e mercantilização da saúde pública, a precarização e superexploração do trabalho na saúde pública. (SOARES,2013, apud DIONÍSIO, 2021).

Em 2003, com a eleição do candidato Luiz Inácio Lula da Silva, houve uma expectativa de fortalecimento do projeto da reforma sanitária. Durante seu mandato, segundo

Bravo (2000), em alguns momentos o governo buscou o fortalecimento do projeto da reforma sanitária, e em outros momentos o projeto privatista, com destaque a focalização e o desfinanciamento da política.

Com relação às ações de âmbito setorial não houve mudanças que deram ênfase ao projeto da reforma sanitária, e sim algumas ações governamentais se destacaram com relação aos determinantes da saúde, como política de transferência de renda, aumento do salário mínimo, ampliação de empregos, etc. Além disso, as ações de saúde mesmo que importantes para o momento, não conseguiram romper com a lógica da fragmentação e focalização, como a criação de programas de saúde bucal, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular, além da ampliação da atenção básica e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outras políticas focais para a resolução de problemas em alta naquele momento. (MENICUCCI, 2011)

Além dessas ações, podemos destacar a escolha do então presidente por profissionais que fizeram parte do movimento pela reforma sanitária para ocupar o Ministério da Saúde¹³, e a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, fazendo com que a concepção da Reforma Sanitária retornasse ao debate político (BRAVO,2000)

Quanto ao financiamento da Política de Saúde, segundo Teixeira e Paim (2005), os problemas estruturais do Sistema Único de Saúde não foram colocados em agenda pública. Além disso, sem a regulação das condições de financiamento e a discussão sobre os repasses de financiamento do setor privado que também recebe verbas públicas, há a crescente terceirização de funcionários e o aumento dos serviços privados de Saúde. Ademais, há a utilização dos recursos da Seguridade Social a fim de garantir o superávit primário das contas públicas, e a ampliação de ações de serviços de saúde como saneamento e segurança alimentar, marcaram a redução de recursos destinados ao SUS. (TEIXEIRA, PAIM, 2005),

Durante o governo de Lula (2003-2011), houve um importante avanço na área da Atenção Oncológica com o início das discussões sobre o que viria ser a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida por meio da Portaria 874/2013, no Governo Dilma. Essa iniciativa representou um marco significativo no combate ao câncer, buscando fortalecer ações preventivas e de controle da doença em âmbito nacional. O governo empenhou-se em estabelecer diretrizes e estratégias efetivas para a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos relacionados ao câncer, com o objetivo de melhorar

¹³ Humberto Costa e José Gomes Temporão foram Ministros da Saúde do governo Lula, mesmo sendo nomes que fizeram parte do movimento da reforma sanitária, não seguiram com os ideais propostos pela reforma.

a qualidade de vida dos pacientes e reduzir a incidência e mortalidade causadas por essa doença.

Nessa direção foi elaborados o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres e Colo de Útero e Mama.¹⁴ Porém, há um favorecimento da iniciativa privada como já apontado, durante esse período, que também afeta a política de atenção oncológica com o aumento de privatizações.

Em 2010, com a eleição da também petista Dilma Rousseff para Presidente da República destaca-se a continuidade das ações iniciadas durante o governo Lula, tais como: a realização de programas que buscam o crescimento econômico e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro com políticas de transferência de renda, além do avanço do processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios e aumento de recursos humanos e tecnologias em saúde. (REIS, PAIM, 2018)

Assim, como continuidade também manteve o foco na redução de gastos públicos, e a manutenção do subfinanciamento com a expansão do setor privado, com aumento dos planos de saúde e seguros privados, e o fortalecimento da iniciativa privada dentro do Sistema Único de Saúde, ampliando as parcerias público-privadas, a exemplo da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)¹⁵ aprovada no Governo Lula. Além disso, a focalização nas políticas de saúde foi mantida com a ampliação de serviços da atenção primária. (REIS, PAIM, 2018)

Com relação ao subfinanciamento, a Lei complementar nº 141 de 2012

mantém os percentuais mínimos do orçamento para a saúde nos estados (12%) e nos municípios (15%) e foi mantida a fórmula de cálculo da participação da União centrada na variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal, ou seja, manteve o mesmo mecanismo de financiamento do SUS estabelecido 12 anos antes para o nível federal por meio da Emenda Constitucional nº 29 (REIS, PAIM, 2018, p. 104)

Além do desfinanciamento, o Sistema único de Saúde durante esse período sofreu diversos ataques do congresso Nacional como aponta Reis e Paim (2018)

¹⁴ Câncer de Mama é o que mais acomete a população feminina no Brasil, representando cerca de 24,5% de todos os tipos de neoplasias diagnosticadas, correspondendo cerca de 66.280 casos de câncer ao ano. (INCA, 2020)

¹⁵ “Trata-se de uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, unipessoal, de dimensão nacional regida pela Lei nº 12.550/11, por seu Regimento Interno e por seu Estatuto Social, e que vem intervir de forma definitiva na vida dos que estão de alguma forma ligados aos Hospitais Públicos Federais, sejam trabalhadores, seus usuários, estudantes universitários e ou/ a própria universidade, por constituir-se um instrumento de ressonância do Governo e não da comunidade acadêmica.” (AMORIM, 2017, p.64)

entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº 627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros. (REIS, PAIM, 2018 p. 105)

Durante o governo de Dilma Rousseff, também foram conquistados avanços significativos para a assistência oncológica, por meio da Lei 12.732/2012 e da Portaria 874/2013, a primeira diz respeito ao estabelecimento do prazo de 60 dias para o início do tratamento ao usuário com neoplasia maligna. (BRASIL, 12.732/2012) A segunda institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. (BRASIL, 874/2013) Além disso, destacou-se a elaboração e implementação do Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do câncer, lançado em março de 2011. Essas iniciativas visavam fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a redução dos impactos negativos da doença na sociedade. No entanto, o governo de Rousseff anunciou um contingenciamento de gastos públicos, chegando a 11,7 bilhões na saúde no início do ano de 2015. (SENADO, 2015)

Segundo os dados publicados no site do INCA (2014) entre os anos de 2010 a 2013 houve um aumento de 51,1% nos exames de mamografia realizados pelo SUS. Porém tal fato ainda não corrobora para a diminuição, que passa de 11,9 em 2003 para 12,1 em 2012 de mortes a cada 100 mil pessoas, chegando a taxa de 75,19 mortes em decorrência de câncer de mama a cada 100 mil mulheres. (ATLAS DIVULGADO PELO INCA, 2014).

Assim, os governos PT embora tenham trazido avanços para a atenção oncológica, assim como na Política de saúde de forma geral, buscaram ações focalizadas e planos que não se reverteram em um financiamento adequado das políticas, e que não conseguiram se concretizar em ações integrais e eficazes para diminuir o índice de mortalidade e acometimento pela doença, tendo sido registrado uma média de 189.454 mortes por câncer em 2013, fim do primeiro mandato da presidente, com estimativa de mais de 569.070 casos da doença no Brasil em 2016. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2016)

Durante um período marcado por uma intensa crise política e econômica, com manifestações tanto favoráveis quanto contrárias a Dilma Rousseff, a presidente acabou perdendo apoio parlamentar, o que resultou na abertura de um processo de impeachment. Em 12 de maio de 2016, o pedido de impeachment foi aprovado, levando à destituição de Dilma

Rousseff e à ascensão de Michel Temer, então vice-presidente, ao cargo de forma golpista. Nesse momento é revelado a fragilidade da democracia brasileira e o avanço da ideologia ultraneoliberal, dificultando respostas governamentais, trazendo ainda mais impactos negativos para a política de saúde. (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018)

O governo Temer é marcado pelo desmonte das Políticas através de contrarreformas que atacaram de forma intensa os direitos da classe trabalhadora.

O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018 p.12)

Para Bravo et.al (2018), além das contrarreformas trabalhistas, da previdência social, o aumento exponencial das privatizações e um novo regime fiscal estiveram entre os objetivos de Temer. Trata-se de um novo programa neoliberal a fim de criar políticas de austeridade fiscal, através de um discurso de que a crise na saúde é uma crise da sociedade e por isso é necessário que ajustes sejam feitos, e de que os efeitos serão partilhados por toda a sociedade. (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018)

Com relação ao financiamento do Sistema único de Saúde, pode-se dizer que foram os cortes mais exorbitantes na política, onde foi implementada a PEC 95/2016 que congela os gastos por 20 anos, trazendo vários prejuízos para a saúde no Brasil.

Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja: ao comparar a regra da PEC com a atual, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recursos para a Saúde. (BRAVO, e tal apud VIEIRA, BENEVIDES 2016, p.15)

Assim, o governo de Michel Temer aprofundou o ajuste fiscal, com medidas que dão fim aos gastos obrigatórios da União com saúde e educação. Além disso, o governo isentou os produtores rurais em 10 bilhões em impostos sobre o acesso a agrotóxicos, com uma política de incentivo fiscal a agrotóxicos no país, afetando a produção alimentar, e aumentando a poluição ambiental, fatores agravantes para o câncer no Brasil. O governo Temer chegou a liberar o uso de cerca de 57 novos agrotóxicos chegando a um total de 439 substâncias liberadas no fim do seu governo. (SPUTNIK, 2019)

Em 2019, o avanço do projeto ultraneoliberal é continuado e aprofundado com a eleição de Jair Bolsonaro para presidente da república, que se intitula de direita e conservador. Além de falas que apresentavam em forma de ataques aos grupos minoritários, o então presidente avança no desfinanciamento e nas parcerias público-privadas.

O governo de Bolsonaro deu continuidade de forma ampliada e aprofundada ao projeto ultraneoliberal iniciado no governo de Michel Temer. No que se refere à atenção oncológica, o governo Bolsonaro vetou o projeto de Lei 6.3300/2019 que obrigava os planos de saúde a cobrirem os gastos com medicamentos de uso domiciliar contra o câncer. Contudo, o presidente também alterou a Lei dos Agrotóxicos que permite o uso de pesticidas que podem causar câncer, e reduziu os recursos para assistência oncológica de 175 milhões para 97 milhões em 2023, para garantir o orçamento secreto¹⁶.

Em março de 2020 quando se inicia no país a preocupação pelo novo coronavírus, Sars-Cov 2¹⁷. O então presidente não cria políticas de combate ao coronavírus, e não estabelece a unificação de ações que aconteciam em diversos estados, além de relativizar a letalidade do vírus e não efetivar uma política de isolamento social, também não dando destaques às diversas vacinas que estavam sendo produzidas sem um plano de imunização da população e financiamento aos estados e municípios. Além disso, dissemina diversas fake news¹⁸ a respeito de medicamentos que tem sua ineficácia comprovada, e informações falsas sobre as vacinas, mostrando a falta de preparação para dirigir e promover ações de saúde, principalmente em um momento de epidemia, que torna ainda mais necessário uma direção séria para o país.

Quanto ao desfinanciamento do Sistema Público de saúde, o desmonte começado por Michel Temer é aprofundado por Bolsonaro com um corte de aproximadamente 50% do Orçamento para o próximo governo do ano de 2022, o menor valor desde 2014. Tais cortes foram movidos pela transferência de verba para emendas parlamentares, sendo necessário cortes em ações de serviços em saúde, como farmácia popular, saúde indígena e formação profissional¹⁹(FIOCRUZ, 2023).

Apesar dos diversos ataques contra a saúde, e a baixa organização dos grupos que compunham o movimento pela reforma sanitária, podemos ver que ainda há fôlego nesses a partir do terceiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva na presidência da república, iniciado

¹⁶ Ficou conhecido como orçamento secreto as emendas de relator do orçamento, que são emendas encaminhadas por parlamentares que não especificam o destino do investimento.

¹⁷ vírus que gera a doença Covid-19, que pode evoluir para uma infecção respiratória grave e tem alto índice de contágio entre as pessoas, tornando-se uma epidemia

¹⁸ Notícias falsas que são compartilhadas de forma deliberada.

¹⁹ <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/como-fica-o-orcamento-da-saude-para-2023>

em 2023. A vitória de Lula nas eleições de 2022 demonstra que o debate sobre temas significativos para os grupos progressistas tem sido difundido, a exemplo dos direitos humanos e políticas sociais.

Dessa forma, entendemos que a organização dos movimentos sociais se torna importante para que o Sistema Único de Saúde, bem como as demais políticas sociais sejam asseguradas como direitos, em detrimento da sua mercantilização.

Capítulo II - SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Este capítulo pretende fazer uma análise histórica sobre o surgimento do Serviço Social no Brasil, e as demandas colocadas pelo Estado para a profissão nesse momento. Além disso, serão discutidos os processos históricos para entender o avanço teórico, político, e técnico até o que conhecemos como Serviço Social hoje. Ademais, será abordado a inserção do profissional na atenção hospitalar, a partir dos eixos profissionais da atuação profissional em saúde. Por fim, serão analisados artigos do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais para entender a ação profissional no atendimento às pessoas com câncer, além das demandas mais comuns, desafios e possibilidades colocadas à profissão.

2.1 – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: aspectos históricos

O Serviço Social está inserido nos processos sócio-históricos do Brasil e do mundo, assim esses têm rebatimentos na profissão. Ao longo dos anos, a profissão tem influência de processos econômicos, sociais, e outros, que impulsionam a reflexão sobre a atuação profissional, a matriz teórica e a organização profissional. Por isso, neste trabalho serão apresentados os aspectos conjunturais que perpassaram a profissão até os dias atuais com o bloco hegemônico pautado na teoria marxista.

O Serviço Social surge no Brasil com influência europeia, e principalmente da igreja católica na década de 1930. Sua emergência se dá no bojo do pensamento conservador, através de ações de caridade e controle com articulações entre a Igreja e o Estado. (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014).

As protoformas do Serviço Social no Brasil aparecem a partir do fim da Primeira Guerra Mundial. O debate sobre o socialismo na conjuntura internacional e a efervescência do movimento operário no Brasil trouxe à tona a ideia da “Questão Social” e a necessidade de buscar soluções para resolver ou diminuir tais expressões. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014)

Nesse contexto se dá a inauguração da Associação das Senhoras Brasileiras em 1920 no Rio de Janeiro e a Liga das Senhoras Católicas em 1923 em São Paulo. “Têm em vista não o socorro aos indigentes, mas, já dentro de uma perspectiva embrionária de assistência preventiva, de apostolado social, atender e atenuar determinadas sequelas do desenvolvimento capitalista” conforme Iamamoto; Carvalho (2014, P.177)

Em 1932, surgiu o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), considerado por Yamamoto e Carvalho (2014) como a manifestação original do Serviço Social no Brasil. Com um novo sentido, essa ação teve como objetivo “intervir diretamente junto ao proletariado para afastá-lo de influências subversivas” (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014). Além disso, era voltado para ações de formação técnica especializada, que irá influenciar na fundação da primeira escola de Serviço Social em 1936 em São Paulo. (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014).

Em 1938, há a iniciativa do curso regular da Escola Técnica de Serviço Social, que abre espaço para o surgimento de escolas de Serviço Social nas capitais no decorrer da década de 1940. Porém tiveram dificuldades e não conseguiram avançar tão rapidamente, limitando a atuação de Assistentes Sociais diplomados nas capitais. (IAMAMOTO, CARVALHO 2014).

A expansão da profissão a partir de 1945, ocorre para atender a novas demandas com o aprofundamento do capitalismo, sendo a profissão demandada pelo Estado para controle da classe trabalhadora, uma vez que as reivindicações aumentaram e foi necessário a implementação de Políticas Sociais. A ação profissional nesse momento ainda era influenciada pela Igreja e ideias norte-americanas que tinham como foco a atuação de cunho psicológico e moralista. (BRAVO, MATOS, 2004)

A influência norte-americana na profissão substituiu a européia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional – com alteração curricular – como nas instituições prestadoras de serviços. O marco desta mudança de influência situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA). Posteriormente, foram criados diversos mecanismos de interação mais efetiva, como o oferecimento de bolsas aos profissionais brasileiros e a criação de entidades organizativas. Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização. (BRAVO, MATOS, 2004, p.2)

Dessa forma, há o aumento dos campos de atuação profissional, que ainda é doutrinária e assistencial. Na imprensa estatal com cursos de formação profissional, lares educativos, serviço médico e serviço de casos individuais, na Juventude Católica da União Social Feminina e da Associação de Senhoras Brasileiras, atuação com as comerciárias, com restaurantes populares, cursos de formação moral e doméstica. No Departamento de Serviço Social do Estado de São Paulo a atuação se dá como comissários de menores no Serviço Social de menor, atuando no serviço de abrigo e de triagem. No campo da Assistência judiciária com reajuste de pessoas e famílias e como pesquisadoras sociais e nos serviços de plantão. (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014).

Também há entrada profissional no Serviço Social de empresa, com a atuação voltada para as legislações do trabalho com concessão de benefícios, e atividades ligadas a ações educativas de formação moral e de higiene, visitas domiciliares, e encaminhamentos para serviços da comunidade e movimentos de aperfeiçoamento moral e profissional. Além disso, a atuação em empresas também consiste no controle dos trabalhadores enquanto força de trabalho, com prevenção de acidentes, vigilância da saúde e vigilância sanitária (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Na área da saúde, há iniciativas embrionárias no campo do Serviço Social médico.

Estarão ligadas inicialmente à puericultura e a profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas se referiram à triagem (o que o cliente ou família pode pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente (“dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter”), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento”, e a adequação do cliente à instituição através da “obtenção de sua confiança” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014, p. 208)

Com o novo Conceito de Saúde²⁰, determinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, dando foco aos aspectos biopsicossociais, foi necessária a inserção de novos profissionais na área, como o Assistente Social.

Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO, MATOS 2004 p.3)

Mesmo com a inserção do profissional nesta área, ainda pode-se ver uma ação em moldes conservadores e higienistas que individualizam o usuário. (BRAVO, MATOS, 2004). Outro elemento conjuntural que influenciou a inserção do profissional de Serviço Social na área da Saúde é a consolidação da Política Nacional de Saúde. O profissional atua entre a população e a instituição, viabilizando o acesso aos serviços e benefícios, concessão de benefícios etc. Além disso, essa política ainda se colocava de forma excludente, onde os benefícios ainda eram custeados pelos próprios usuários que eram descontados dos salários.

Apenas no início dos anos 1960, se inicia no Brasil uma reflexão a fim de questionar o

²⁰ “Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças” (OMS,1948)

viés conservador na profissão, com respaldo das ciências sociais e humanas, porém essa iniciativa foi suprimida com a Ditadura Civil Militar no Brasil.

Paralelamente, na América Latina, estava ocorrendo o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, período de reflexão sobre a prática profissional, voltada para uma análise crítica da realidade a fim de superar as práticas tradicionais do Serviço Social. Adiante, o Brasil irá se espelhar nesse movimento com o mesmo objetivo. (NETTO, 2005).

O processo de repensar o Serviço Social brasileiro ficou conhecido como Renovação do Serviço Social e foi desenvolvido a partir de três perspectivas, conhecidas nos termos de Netto (1992) como: Modernização conservadora, Reatualização do conservadorismo e, por fim, Intenção de Ruptura.

A primeira diz respeito à adequação do Serviço Social às demandas da Ditadura Civil Militar, dando foco na instrumentalidade.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática. (BRAVO, MATOS, 2004 p.5)

Tal perspectiva buscou tematizar o Serviço Social e inseri-lo numa perspectiva teórica e metodológica a partir do estruturalismo-funcional, sem que a ordem política fosse questionada. No contexto da saúde, a ação profissional estava baseada na assistência médica previdenciária. (BRAVO, MATOS, 2004).

Já a reatualização do conservadorismo vigorou a partir de 1978²¹, e teve por objetivo aperfeiçoar as antigas práticas, sem impor mudanças na ação profissional.

Nesta perspectiva do processo de Renovação do Serviço Social no Brasil se manifesta, no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado profissional, a ponderabilidade maior da herança profissional, sem prejuízo dos elementos renovadores que apresenta. Releva notar, ainda é preliminarmente, que a correta apreciação deste perspectiva demanda observações, mesmo sumárias, acerca das dificuldades que se punham para a explicitação do pensamento mais conservador, de que ela é uma ponta privilegiada, quando da sua imersão no panorama do Serviço Social no país. (NETTO, 2005, p.202)

No que tange ao exercício profissional na área da saúde, Bravo e Matos (2004) apontam que entre os anos de 1974 e 1979 o Serviço Social não se alterou, porém apareceram alguns processos organizativos com outras direções políticas, que se desdobrarão apenas na

²¹ “Expressa primeiramente na tese de livre-docência de Anna Augusta de Almeida (1978). (NETTO, 2005, P.201)

década de 1980 em meio às lutas mais gerais pela redemocratização e ampliação dos direitos sociais.

A terceira perspectiva, Intenção de Ruptura, buscou romper totalmente com o Serviço Social tradicional, utilizando do pensamento marxista a fim de superar a prática do Serviço Social tradicional. (NETTO, 2005). Nessa direção, a profissão se aproximou da teoria social marxista, inicialmente a partir de abordagens reducionistas, com um referencial inconsistente do ponto de vista teórico, porém é um grande avanço com relação à dimensão sócio-política de questionamento da prática profissional e aproximação com os movimentos sociais.

Neste marco assistentes sociais inquietos e dispostos à renovação indagaram-se sobre o papel da profissão em face de expressões concretamente situadas da “questão social”, sobre a adequação dos procedimentos profissionais tradicionais em face das nossas realidades regionais e nacionais, sobre a eficácia das ações profissionais, sobre a pertinência de seus fundamentos pretensamente teóricos e sobre o relacionamento da profissão com os novos protagonistas que surgiram na cena política-social. (NETTO, 2005 sem página)

Um evento marcante nesse momento é o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) que ocorreu entre 23 a 28 de Setembro de 1979, e ficou conhecido como Congresso da Virada, fazendo críticas ao capitalismo e assumindo um compromisso de classe. (KONIG, 2018)

Esse congresso é um marco simbólico na recusa do conservadorismo de origem no Serviço Social brasileiro em favor de sua renovação histórico-crítica, ao associar-se aos interesses e necessidades dos trabalhadores em luta pela democracia. Contestam-se propostas exógenas à realidade latino-americana e anuncia-se “a virada” dos compromissos políticos com as classes dominantes e o poder político, que presidiram a institucionalização e o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil. Esse Congresso foi a primeira e tardia manifestação massiva da categoria dos assistentes sociais contra a ditadura militar-empresarial e o poder de classe que a sustentou. (IAMAMOTO, 2014, p.441)

Nesse contexto, o Serviço Social passa por um processo de revisão teórico e negação do Serviço Social tradicional muito importante para a profissão até a atualidade, com o fortalecimento da intenção de ruptura. Yazbek (2009) aponta os anos 1980 como a efetiva interlocução da profissão com a teoria Marxista. Conforme Yazbek (2009, p.10) “Como matriz teórico- metodológica esta teoria apreende o ser social a partir de mediações. Ou seja, parte da posição de que a natureza relacional do ser social não é percebida em sua imediatez”

Assim, o Marxismo se torna referência analítica no Serviço Social, entendendo que as relações sociais expressas no cotidiano possuem várias questões ocultas, e precisam de

fundamentações analíticas, com o conhecimento apreendido dialeticamente, e a partir da realidade se chega à totalidade para pensar as relações sociais dentro da sociedade capitalista, na qual o Serviço Social faz parte do processo de reprodução dessas relações. (YAZBEK, 2009).

Nessa direção, é durante a década de 1980, período marcado pelo aprofundamento da crise econômica e pelo movimento da Reforma Sanitária com uma intensa mobilização política, que se pôde observar a ampliação do debate teórico sobre os determinantes sociais da saúde na profissão e a aproximação com os estudos marxistas (Bravo, Matos, 2004). Essa década também foi caracterizada por importantes processos conjunturais, como a redemocratização e a efervescência dos movimentos sociais, o que resultou em uma maior aproximação da profissão com outras lutas da época, como a busca pela Reforma Sanitária.

Essa conjuntura também proporcionou um debate mais abrangente sobre os rumos a serem seguidos na profissão, em oposição ao conservadorismo, influenciado pelo movimento crítico ao modelo tradicional que ocorreu na América Latina.

Segundo Bravo e Matos (2004), apesar da reflexão crítica acumulada pela profissão nesse período, na área da saúde é possível observar que não houve avanços no que diz respeito a um exercício profissional crítico e comprometido com as necessidades dos usuários da saúde. Isso ocorre porque a luta profissional não estava devidamente alinhada com a luta por uma saúde pública. Além disso, durante os anos 1990, há escassez de produções que abordem o cotidiano profissional na prática em saúde.

O marco para o Serviço Social na década de 1990 se dá na elaboração da lei 8.662/93 que regulamenta a profissão, e o Código de Ética profissional de 1993. Neste código são consideradas “necessidade de criação de novos valores éticos de compromisso com os usuários, com base na liberdade, democracia, cidadania, justiça e igualdade social”(CFESS,8662/1993). O Código de Ética profissional de 1993 traz os principais que devem permear as ações profissionais no cotidiano. Entre eles estão:

reconhecimento da liberdade como valor ético central; - defesa intransigente dos direitos humanos; -ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; - defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida; - posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; -empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; - garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; -opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero; -articulação com os movimentos de

outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; -compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; -exercício do Serviço Social sem discriminação. (BRASIL 8662/1993)

Assim, com a consolidação de um Código de ética e um compromisso assumido com a classe trabalhadora, o Serviço Social consolida e amadurece o seu projeto ético-político de transformação da sociedade, o Serviço Social deixa suas bases conservadoras para atuar de forma crítica frente às expressões da Questão Social, com compromissos claros. De acordo com Netto (1999), o referido projeto

tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. (TEIXEIRA, 2009 apud NETTO, 1999, p. 104/5).

Além disso, o projeto profissional tem elementos constitutivos que materializam a atuação profissional no processo sócio histórico, são eles os valores ético-políticos, a matriz teórico-metodológica, a crítica à ordem social vigente e as lutas e posicionamentos políticos da categoria. (TEIXEIRA, BRAZ 2009). Tais elementos são baseados em componentes expressos na realidade, como a produção de conhecimentos da profissão, as instâncias político-organizativas²², e a dimensão jurídico-política²³. A partir deles que as ações profissionais expressam o projeto profissional, que em contexto de democracia política, o profissional pode escolher caminhos, construir estratégias e definir sua atuação (TEIXEIRA, 2009).

Dessa forma, há o aparato normativo que insere o profissional de Serviço Social nas instituições de Saúde. Sendo a Resolução nº 218 de 1997 do Conselho Nacional de Saúde que reconhece a categoria de Assistentes Sociais como profissionais de Saúde, e a Resolução nº383 de 1999 do CFESS que caracteriza o Assistente Social como profissional de Saúde. Em 2010, foram criados os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais²⁴ na Saúde, a fim de referenciar a atuação profissional no setor, considerando as particularidades dos programas de

²² O conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social), ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, CAs e DAs (Centros e diretórios acadêmicos) e ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social).

²³ Podem ser exclusivamente profissionais como o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Novas Diretrizes Curriculares dos cursos de Serviço Social, como podem ser de caráter mais abrangente como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Orgânica da Saúde.

²⁴ Foi construído entre junho de 2008 e Março de 2009, com uma versão preliminar publicada em 2009.

saúde como a atenção básica, média e alta complexidade. O documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde

Visa responder um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde bem como na atenção básica, na média e alta complexidade em saúde. (CFESS, 2010 p.11-12)

Tal documento destaca a importância de se pensar a relação entre o projeto político com o projeto da Reforma Sanitária, em que ambos são elaborados no processo de redemocratização e têm em comum seus referenciais teóricos, a formação profissional e princípios, e por isso é importante para uma atuação profissional crítica a articulação com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela efetivação do SUS(CFESS,2010). Além disso, o documento chama atenção para as diversas tentativas de suplantar a função social da profissão, com demandas equivocadas e concepções errôneas da profissão. Por isso torna-se necessário, o amplo conhecimento sobre a profissão e seus objetivos dentro do âmbito da Saúde. De acordo com CFESS (2010, p.28) “objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões”

Dessa forma, os “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde” apontam a importância da constante compreensão dos processos sócio históricos como competências gerais²⁵, a apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais; a análise do movimento histórico entendendo as particularidades do capitalismo brasileiro, além das particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão; e a identificação de demandas da sociedade com o objetivo de dar respostas profissionais ao enfrentamento da questão social (CFESS, 2010). Sendo assim, o documento destaca a atuação profissional em quatro grandes eixos: 1- Atendimento direto aos usuários; 2-Mobilização, participação e controle social; 3-Investigação, planejamento e gestão; 4- Assessoria, qualificação e formação profissional.

O primeiro se refere ao atendimento aos usuários nos diversos espaços de atuação profissional, enfatizando que as ações mais utilizadas são de cunho socioassistenciais,

²⁵ Com base na Lei de Regulamentação da Profissão.

ações interdisciplinares e socioeducativas. Assim, considera-se que as ações de atendimento aos usuários precisam transpor o caráter emergencial das demandas trazidas por eles, a fim de ter uma direção educativa com reflexões levadas a toda equipe, para que todos os profissionais nas suas competências e habilidades de sua formação possam integrar o atendimento ao usuário (CFESS,2010).

O eixo que diz respeito à mobilização, participação e controle social, envolve as ações que buscam a “participação dos usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e as lutas em defesa da garantia do direito à saúde” (CFESS, 2010, p.57). Ao pensar nesse eixo o profissional deve se preocupar em realizar ações que visem a democratização da instituição e órgãos colegiados e também sobre a articulação com os movimentos sociais, a fim de fortalecer fóruns e conselhos e também traçar alternativas de luta. (CFESS,2010)

Quanto ao eixo de Investigação, planejamento e Gestão, assim como todos os outros eixos, envolve a perspectiva de fortalecimento de uma gestão democrática que consiga viabilizar e potencializar suas ações em benefício dos usuários e trabalhadores. Para isso torna-se necessário ações de estudos e pesquisas para o entendimento das condições de vida dos sujeitos envolvidos, para assim, formular e implementar ações da política da instituição, do local ou regionais. (CFESS,2010)

Por fim, o eixo de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional busca:

aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente (CFESS,2010 p.63).

Sendo assim, os eixos trazem ações que desenvolvidas pelos Assistentes Sociais em coerência com os princípios do Código de Ética e com uma leitura crítica da realidade, e orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos, terão êxito na aproximação do projeto político com práticas que visam a autonomia dos usuários como protagonistas de sua própria história.

Dessa forma, é fundamental promover um amplo debate acadêmico-profissional em conjunto com os profissionais que atuam nos espaços de saúde. Essa abordagem permitirá uma reflexão aprofundada sobre a prática profissional, as instituições empregadoras e a conjuntura na qual os profissionais estão inseridos, agregando valor à construção de pesquisas e materiais na área.

É relevante destacar que o projeto hegemônico profissional, em sintonia com os princípios defendidos para a saúde no contexto da Reforma Sanitária, depara-se com diversos desafios advindos do projeto de contrarreforma do Estado, que tem se delineado no Brasil desde o início da década de 1990. Esse projeto favorece o setor privado da saúde, e reforça a adoção de políticas focalizadas e descentralização dos serviços, o que impõe ao Assistente Social demandas claras de seletividade, voltadas para a exclusão e fiscalização dos usuários (BRAVO, MATOS, 2004).

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (BRAVO, MATOS, 2004 p.10)

Conforme destacado por Bravo e Matos (2004), o projeto ético-político do Serviço Social, em consonância com os princípios defendidos pela reforma sanitária, demanda que os assistentes sociais na área da saúde contribuam para a democratização dos serviços de saúde, e busquem viabilizar o atendimento integral aos usuários. No entanto, devido a ampliação do Estado mínimo e o crescimento do conservadorismo na sociedade brasileira, a plena efetividade desses princípios é uma realidade cada vez mais distante.

No próximo item será analisado o exercício profissional do Assistente Social no contexto hospitalar, buscando dar ênfase às demandas e desafios para a profissão nesse espaço sócio-ocupacional.

2.2 – O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Para discutir as demandas, desafios e possibilidades da profissão de Serviço Social na área hospitalar, é essencial iniciar apresentando a política de atenção hospitalar atualmente em vigor no Brasil. Essa política é o instrumento que garante o direito ao atendimento de saúde especializado, humanizado e integral à população brasileira.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi criada pela portaria 3.390 em dezembro de 2013, com base na Política Nacional de Humanização. Tem como objetivo estabelecer diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), suas diretrizes têm referência para todos os hospitais públicos ou privados que prestam serviços de saúde no âmbito do SUS. (BRASIL, 2013)

A partir do debate para a elaboração de um Programa Nacional de Humanização, durante a década de 1990, a discussão em torno da assistência hospitalar ganha ênfase. Nesse momento, o Ministério da Saúde busca desenvolver ações integradas na assistência hospitalar, uma vez que questões importantes sobre o sucateamento dos hospitais, e críticas tanto dos usuários como dos trabalhadores são colocadas. (LEAL, CASTRO, 2017)

Na década de 2000 o Programa Nacional de Humanização traz propostas para a humanização hospitalar. Em 2003, a partir do avanço desse debate, a Política Nacional de Humanização foi disposta, tendo como principais eixos o cuidado em saúde, a gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, ambiência, trabalho em equipe, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismos, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. (BRASIL, 2003)

Ao analisarmos atentamente os eixos e conteúdos da PNH, verificamos que há um apelo a tônica do autocuidado, isto é, de atribuir aos usuários o cuidado com sua saúde, desprezando os fatores sociais que incidem no processo saúde-doença, além de responsabilizar os trabalhadores pela “qualidade” do trabalho. O que se visualiza é um fortalecimento da perspectiva gerencial, com foco na eficiência e na qualidade, por viés mercadológico. (LEAL, CASTRO 2017 p.215)

Dessa forma, podemos entender que a discussão em torno da humanização, mesmo com traços democráticos a fim de melhorias à qualidade dos serviços, coincide com a contrarreforma do Estado com foco nos níveis de desempenho e se alia a exploração da força de trabalho. Além disso, a centralidade do hospital nas ações de saúde faz com que a doença esteja em evidência, privilegiando ações que necessitem de maiores investimentos financeiros, tecnologias e equipamentos, fomentando a lógica mercadológica na saúde. (LEAL, CASTRO, 2017)

Em 2012 inicia-se o debate para elaborar o documento que viria ser a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), pelo Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), tendo como principal referência para o debate a portaria 4.279 de 2010, apontando falhas como a insuficiência do financiamento público e a baixa capacidade de prover a integralidade da atenção à saúde, estratificação dos serviços municipais, etc. (LEAL, CASTRO, 2017)

A partir da criação do "Caderno HumanizaSUS - Atenção Hospitalar" em 2013, o tema ganhou maior visibilidade e relevância.

Dentre os eixos trazidos neste, destacamos: atenção hospitalar em rede; dimensão de planificação na Política de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde; pistas

metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais; clínica ampliada e acolhimento: desafios e articulações em construção para a humanização hospitalar; visita aberta e direito a acompanhante: garantia de acesso, de inclusão e de cidadania. (LEAL, CASTRO, 2017 p.215)

Por fim, a portaria 3.390 de 2013 estabeleceu diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Como aponta Leal e Castro (2017) sobre os avanços trazidos na política.

[...] As diretrizes preconizadas pela PNHOSP perpassam pela defesa da garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade, bem como da centralidade de um modelo de atenção centrado no cuidado do usuário, além do financiamento pactuado com as três esferas de gestão.” (LEAL, CASTRO, 2017 p.216)

Além disso, a Portaria 3.390/2013 traz apontamentos quanto à organização e funcionamento da instituição hospitalar, como as relacionadas à assistência: apoio matricial, clínica ampliada, gerenciamento de leitos, horizontalização do cuidado, linha de cuidado, prontuário único e visita aberta. (LEAL, CASTRO, 2017. Como avanço também são destacados os fatores subjetivos e sociais do processo saúde/doença.

Art. 11, § 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais. (BRASIL, 2013)

Porém, assim como o projeto da Reforma Sanitária sofre tensionamentos, tal Política também apresenta tensionamentos com o projeto privatista²⁶. Além disso, torna-se importante pensar também nos desafios para a organização romper com a estrutura tradicional e ofertar um serviço de caráter multiprofissional, utilizando-se da articulação da rede para um atendimento integral dos usuários (LEAL, CASTRO, 2017).

Dessa forma, o profissional de Serviço Social, inserido na equipe multiprofissional, está incluído no processo de organização da Atenção Hospitalar e nas atividades previstas na portaria supracitada. Assim, como apontam os “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na saúde” pelo Conselho Federal de Serviço Social (2010), o Assistente Social deve ter como o reconhecimento do seu objeto de intervenção, a questão social como perspectiva teórico-política.

²⁶ O cerne do problema reside nos repasses de recursos públicos destinados aos hospitais e outros prestadores privados que atendem os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses repasses ocorrem por meio de dois mecanismos: renúncia fiscal e repasse direto de verbas. Esses repasses são regidos por uma tabela que estabelece valores para cada procedimento, consulta e cirurgia, remunerando-os de acordo (Outra saúde, 2022).

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS,2010, p. 35)

Além disso, o profissional de Serviço Social visando o código de Ética Profissional e as normativas profissionais como os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), tem grande importância para a efetivação de uma atenção hospitalar em que o foco seja a qualidade de vida dos usuários e não a doença, através de ações privativas e em equipe. Para tal objetivo se dá a operacionalização do serviço, podendo ser médico- centrado ou usuário-centrado

Um modelo usuário-centrado prevê a responsabilização no cuidado a este indivíduo portador de direitos, logo, um serviço responsivo e resolutivo demanda não só o conhecimento técnico-científico, recursos materiais, mas, também, também o acolhimento e vínculo que gera um encontro entre sujeitos e não entre objetos. (GUEDES, CASTRO,2010 p.5)

Ao pensar no âmbito hospitalar, as demandas que chegam ao Assistente Social e a toda equipe, possuem um caráter emergencial. A atuação profissional deve estar comprometida com algo maior e não apenas questões assistenciais emergenciais e à questões biológica-curativista, como apontam os “Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010).

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS,2010, p.44)

Além disso, o referido documento também aponta ações de fortalecimento de vínculos familiares a fim de incentivar a reabilitação de saúde, dando ênfase aos determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes, conhecendo a rede para que seja mobilizada em ações que viabilizem os direitos sociais necessários à reabilitação do usuário, com foco na democratização das informações. (CFESS,2010)

Papel importante ao profissional de Serviço Social dentro de uma equipe multiprofissional, também apontado pelos “Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, é a de elaboração de estudos socioeconômicos dos usuários e familiares, para que sejam organizados o cotidiano de trabalho através de protocolos e rotinas de ação, além da formulação de estratégias de intervenção profissional, e o subsídio a equipe, com informações importantes, coletadas através desses materiais e ações do Serviço Social, e ações multiprofissionais. (CFESS,2010).

Além da dimensão ético-política da profissão quanto ao papel de mobilização popular, com foco em ações que visem a participação de usuários, familiares, trabalhadores e movimentos sociais em geral que busquem a defesa do direito à saúde. Também com trabalhadores da saúde, por melhores condições de trabalho, para atuações integradas que visem romper com o modelo tradicional de saúde dentro das instituições hospitalares. É imprescindível realizar uma constante reflexão sobre o cotidiano do trabalho, a fim de compreender os limites e possibilidades de atuação, bem como encontrar formas mais eficazes de oferecer respostas aos usuários. Essa reflexão contínua é necessária para aprimorar a prática profissional e garantir um atendimento cada vez mais efetivo às demandas dos usuários.

Além disso, é preciso estar atento às pressões das contrarreformas do Estado, que exercem influência direta nas condições nas condições de trabalho profissional. Essas pressões colocam os Assistentes Sociais e demais trabalhadores em condições de trabalho desfavoráveis, suprimindo concursos públicos, e aumentando a participação privada e do terceiro setor nas políticas públicas, especialmente nos serviços de saúde. Nesse contexto, é importante buscar a integração e o fortalecimento dos movimentos sociais que lutam em prol das políticas de Seguridade Social, tendo em vista o enfrentamento político em defesa do financiamento adequado às referidas políticas, contra o deterioramento das redes de atenção à saúde e a privatização dos seus serviços, etc.

2.3 – O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM HOSPITAIS ONCOLÓGICOS: Uma sistematização dos relatos de experiência publicados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) dos últimos seis anos (2016-2022)

2.3.1 Percurso metodológico

A pesquisa se deu a partir da análise dos trabalhos publicados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) dos últimos seis anos, buscando alcançar o

objetivo de analisar as possibilidades de contribuição do exercício profissional dos Assistentes Sociais para a viabilização dos direitos de pessoas com câncer.

Os descritores usados para a localização dos artigos foram: oncologia, câncer e oncológico. No 15º Congresso, com o tema “80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão” foram encontrados 5 trabalhos com o descritor “oncologia”, 4 com o descritor “câncer” e nenhum com o descritor “oncológico”. No 16º Congresso com o tema “40 anos da “Virada” do Serviço Social” foram encontrados 3 trabalhos com o descritor “oncologia”, 12 com o descritor “câncer” e 9 com o descritor oncológico. No 17º Congresso, com o tema “Crise do capital e exploração do trabalho em momento pandêmico: repercussões no Brasil e na América Latina.” foram encontrados 1 trabalho com o descritor “oncologia” 2 com o descritor “câncer” e 2 com o descritor “oncológico”.

O critério utilizado para a escolha dos artigos a serem analisados nesse trabalho, se deu a partir de um roteiro de leitura com as seguintes questões: Competências e atribuições dos Assistentes Sociais apontadas; As principais demandas ao profissional de Serviço Social em instituições hospitalares; As expressões da questão Social apresentadas pelos usuários atendidos pelo Serviço Social nestas instituições; Os limites da intervenção profissional do Assistente Social, considerando recursos, precarização, não acesso e desmonte da política de saúde; Os desafios colocados e as possibilidades para o trabalho profissional, em instituições que atendem pessoas com câncer. A partir da análise geral, foram escolhidos 6 artigos que respondem às questões norteadoras.

Quadro 1- Artigos selecionados

Título do Artigo	Autor	Ano de publicação no CBAS
Reflexões sobre a prática de assistentes sociais na oncologia pediátrica de um Hospital Universitário do estado de Pernambuco	Gerlânia Alves Barros; Leandro Ferreira Aguiar; Rosana Almeida de Moraes; Ana Elisabeth Machado Lins; Nathalia Maria Barbosa; Mariana Lira de Menezes.	2016
Serviço Social e Cuidados paliativos: A dor social na interface com a relação socioeconômica de usuário com Câncer	Ana Lúcia Brito Sardinha; Raquel da Silva Amorim	2019
Experiência de investigação do Serviço Social com usuários em tratamento oncológico.	Alessandra Balinhas de Moura; Vini Rabassa da Silva; Natália Ferreira Pereira	2019
O trabalho do Assistente Social na Área da Saúde: Vivências do Estágio obrigatório em Hospital Universitário	Franciane da Silva Seidel, Liliam Varaschini Teixeira, Fabio Jardel Gaviraghi	2019
As expressões da Questão Social que permeiam o cotidiano de pacientes atendidos em um hospital oncológico em Fortaleza-CE	Camila Barbosa Monteiro; Maria Carleandra Gonçalves Oliveira; Silvia Helena de Souza Lopes	2019
Suporte das políticas Sociais para paciente em cuidado paliativo oncológico na capital federal	Liana Zaynette Torres Junqueira	2019

Fonte: CBAS (2016-2022)

Elaboração própria

2.3.2 Análises e resultados

Os relatos de experiências dos artigos selecionados para análise se dão em sua maioria pela atuação em Hospitais Universitários, como o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), também há relatos de experiência com relação ao hospital de referência em tratamento Oncológico do Estado do Pará e um Hospital oncológico em Fortaleza.

Os autores Junqueira (2019), Barros,et.al (2016) e Monteiro,et.al (2019) apontam a utilização dos “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” elaborado pelo CFESS (2010) para dar norte aos processos de trabalhos dos Assistentes

Sociais, que direcionam o exercício profissional dos Assistentes Sociais na saúde a partir de quatro eixos: 1- atendimento direto ao usuário; 2- a mobilização, a participação e controle social; 3- investigação, planejamento e gestão; 4 -Assessoria, qualificação e formação profissional. A utilização desse documento é de grande importância para a categoria profissional, uma vez que busca referenciar a intervenção do profissional de Serviço Social na saúde. (CFESS, 2010)

Visa responder um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde bem como na atenção básica, na média e alta complexidade em saúde. (CFESS, 2010, p.5)

Barros, et al (2016), Sardinha, Amorim (2019), Monteiro, Oliveira, Lopes (2019) abordam a compreensão sócio-histórica da profissão para entender as demandas atuais, entendendo a profissão em contexto histórico e sua inserção no processo histórico de produção e reprodução das relações sociais. Além de apresentar o marco do conceito ampliado de saúde definido pela OMS, que trouxe requisições aos Assistentes Sociais na Saúde, entendendo a atuação profissional frente aos determinantes do processo saúde/doença.

Dessa forma, a concepção ampliada de saúde permite que o indivíduo seja pensado numa ótica mais ampla, não apenas do ponto de vista da doença, mas vai além, permeia os aspectos econômicos, políticos e históricos-sociais; aborda sobre a sua qualidade de vida e necessidades básicas; bem como seus valores, crenças, direitos e deveres e das suas relações construídas ao longo do ciclo da vida dos indivíduos e do meio em que vivem (SARDINHA, AMORIM, 2019, p.4)

Os autores Barros, et al (2016), Moura, Silva, Pereira (2019), Junqueira (2019) também destacam entre as ações profissionais, a articulação e mobilização da rede intersetorial, com articulações de diversas políticas como educação e assistência, também baseado nos parâmetros de atuação profissional. Porém, uma questão citada é a articulação com instituições públicas, privadas e filantrópicas, sem que fossem feitas as análises devidas de entrada do terceiro setor, devido ao afastamento do Estado.

Além disso, o artigo “Reflexões sobre a prática de assistentes sociais na oncologia pediátrica de um Hospital Universitário do estado de Pernambuco” dos autores Barros, et al. foi o único em que a elaboração do Plano de Trabalho Profissional foi mencionado. Tal instrumento é citado nos “parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na

Saúde” como forma de esclarecer a equipe de saúde quanto às suas atribuições, para que demandas equivocadas não aconteçam. Também foi o único artigo que citou a Supervisão de estágio e preceptorias de residentes, assegurando o processo formativo da profissão na saúde pública.

Sardinha, Amorim (2019) em seu artigo destacam a importância do profissional de Serviço Social enquanto integrante da equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos aos usuários com câncer, trazendo o conceito de “dor social”²⁷ para dar foco à discussão de que as dores de um usuário doente vão para além do biológico. Entre as ações frente a esse campo, destaca-se a avaliação social com o objetivo de obter dados sobre usuário e família para buscar entender o que seria o sofrimento social, para que assim o profissional dê os encaminhamentos necessários seguindo as linhas de cuidado, prevenção, diagnóstico e tratamento de acordo com a Política Nacional de Humanização.

O artigo “Experiência de Investigação do Serviço Social com usuários em tratamento oncológico” (MOURA, SILVA, PEREIRA, 2019) e o “Trabalho do Assistente Social na área da saúde: Vivências do estágio obrigatório em hospital universitário” (SEIDEL, TEIXEIRA, GAVIRAGHI, 2019) apontam o gerenciamento do hospital pela EBSEH, sem citar os retrocessos que a inserção dessa empresa implica em uma instituição pública expressando o avanço das privatizações dos hospitais, como apontado nas análises deste trabalho no item 1.3.

Moura, Silva, Pereira (2019), apontam ações profissionais de pesquisas a fim de elaborar o perfil dos usuários e demandas, como são citadas nos parâmetros de atuação, a fim de dar embasamento ao Assistente Social e equipe para formulação, implementação e monitoramento das ações do Serviço Social. Quanto ao resultado dessa pesquisa, o perfil dos usuários é de maioria atendida no hospital no setor oncológico são mulheres, e a faixa etária se dá de 51 a 70 anos. Além disso, 68% das pessoas atendidas têm condição de segurado, demonstrando a fragilidade da proteção trabalhista.

Tal fragilidade também é apontada por Seidel, Teixeira Gaviraghi (2019) que apontam a necessidade de os usuários recorrerem aos benefícios da Assistência Social, como o BPC. Mesmo sendo uma alternativa, o referido benefício possui condicionalidades excludentes, a principal delas é a renda mensal maior que um quarto do salário mínimo.

²⁷ Há uma tendência em associar a dor a um fenômeno neurofisiológico. Conferindo a este uma concepção sobre enxergar a dor como uma experiência corpórea prévia, na qual soma-se à dor física, as dores de cunho psicológico, social e espiritual. Devido ao viés utilizado para compor essas reflexões, surgiu a necessidade de ir além, e enxergar esse sujeito enquanto ser social, formado através da sociedade, da cultura, da história. (SARDINHA, MOURA, 2019 p.7).

Além disso, Seidel, Teixeira, e Gaviraghi (2019), destacam artigo 4º da Lei 8.662/93 na qual fala sobre as competências do(a) Assistente Social. Tornando necessário conhecimento deste e de toda lei para uma atuação profissional baseada nos dispositivos legais. Além disso, o conhecimento e constantes estudos no Código de Ética profissional para que a atuação profissional seja baseada nos princípios éticos e políticos da profissão.

Com relação à atuação profissional, um dos pontos em comum entre todos os artigos analisados se refere a estratégia multidisciplinar dentro das equipes, onde todos os profissionais a partir de sua área, unem conhecimentos e capacidades técnicas a fim de dar respostas integrais aos usuários.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste na modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio dessa relação dialética entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários do serviço. (PEDUZZI, 1998, p.103)

Todos os artigos analisados corroboram com a ideia de que o profissional de Serviço Social é imprescindível dentro da equipe, com vistas ao tratamento integral dos usuários. Com um olhar para além das questões biológicas, como os múltiplos determinantes do câncer, sociais, econômicos, familiares etc.

O Serviço Social, assim como nas demais áreas da saúde, compartilha de um trabalho coletivo com vistas à humanização do atendimento. Na área dos cuidados oncológicos, o assistente social atua com uma visão integral da situação de cada usuário, procurando criar mecanismos e estratégias para atender às necessidades desse usuário, conhecer cada um deles e suas necessidades, a família, a história de vida e estar em conjunto com a equipe discutindo e avaliando o tratamento. (MOURA, SILVA e PEREIRA, 2019, p 2-3)

As demandas mais comuns entre os usuários, trazidas pelos artigos são semelhantes. Entre elas destaca-se o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, Tratamento Fora de Domicílio, auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, exames, medicamentos, cadastro único, transporte, falta de alimentação, isenção de impostos e direitos jurídicos etc. Essas expressões da questão social dizem respeito a problemas que perpassam toda a vida do usuário como vínculos de trabalhos informais, que ao precisarem se afastar devido a doença não possuem condição de segurado, sendo essa a única renda familiar, e com o principal provedor doente, a família passa a buscar auxílios que antes já eram insuficientes.

Além disso, existem as especificidades de alguns casos como aponta Barros, et.al (2016) que ao se tratar do público infantil, também é trazida a demanda de inclusão do usuário

na classe hospitalar, regulamentada pela resolução nº 41 de outubro de 1995, que diz sobre o direito de crianças e adolescentes de desfrutar de atividades como recreação, programas educacionais de saúde e acompanhamento do currículo escolar, durante o acompanhamento hospitalar. Sendo necessário conhecer a situação social do usuário e suas demandas para além da condição de saúde.

Iniciado o tratamento do paciente, portanto, é verificada a situação previdenciária, a situação trabalhista, assim como a situação financeira, a necessidade de encaminhamento a outros setores para realização de algum procedimento, encaminhamentos a serviços jurídicos e encaminhamento a instituições defensoras de seus direitos (Ministério Público, Defensoria Pública, Promotorias) quando estes em processo são indeferidos para concessão, além de verificar e orientar o paciente e seus familiares acerca do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), auxílio (transporte, estadia e alimentação) de direito a pacientes e acompanhantes quando o tratamento necessário não é oferecido pelo seu município de origem. (MOURA, SILVA e PEREIRA, 1999, p 3-4)

Ademais, os autores discorrem mais sobre as demandas ao Serviço Social, e o destaque ao conhecimento da rede setorial e intersetorial para articulações eficazes, como articulações com a assistência, previdência, educação etc. Intervenções junto à família quanto ao acesso ou não dos direitos, orientações e acompanhamentos dos trâmites muitas vezes burocráticos. (MOURA, SILVA e PEREIRA, 1999).

Todos os artigos estudados explicitam o acolhimento como uma atividade feita pelo Serviço Social dentro das unidades apresentadas. O projeto terapêutico singular será traçado a partir deste atendimento que mostrará quais os benefícios aquele usuário e sua família podem ter acesso, quais as políticas poderão ser acessadas para auxílio no tratamento como o TFD, e se o usuário tem condições para manter o tratamento. Esse momento também é marcado pela escuta qualificada, onde os artigos apontam que o primeiro contato é o principal para a criação de um vínculo entre profissional e usuários/família.

Sobre os desafios apresentados à profissão e a efetivação do trabalho, Barros, et al (2016) apresentam a precarização do trabalho vivenciado pela classe trabalhadora, na qual os Assistentes Sociais fazem parte. Tornando difícil a participação nos órgãos de controle, como os conselhos de saúde. Além disso, a fragilidade nas relações de trabalho, aumento dos contratos de trabalho, o subemprego e os trabalhos informais, não dão possibilidade para que os usuários tenham condição de segurado no INSS, requisito para o acesso à alguns direitos, (MOURA, SILVA, PEREIRA, 2019) restando aos usuários recorrerem ao BPC, sendo também um grande desafio, pois boa parte da população não cumpre os requisitos, como a renda familiar, o acúmulo de benefícios etc. (SEIDEL, TEIXEIRA, GAVIRAGHI, 2019)

Ademais, Sardinha, Amorim (2019) apontam como grande desafio posto à profissão e a efetivação do tratamento e acompanhamento dos usuários acometidos pelo câncer a burocratização no processo saúde doença.

Outras barreiras constituem-se no percurso do tratamento, como a burocratização no processo de saúde e doença. O que mais se detecta no cenário prático são a demora na efetivação dos direitos como: acesso ao BPC, TFD, direito dos pacientes oncológicos; e acesso aos direitos trabalhistas, que são extremamente significativos para garantia das necessidades básicas para a sobrevivência. Algumas outras situações nos chamam atenção, em especial, quanto aos direitos não serem percebidos ou reconhecidos como tal pelos usuários. Os direitos ganham caráter de sorte ou graça divina. (SARDINHA, AMORIM, 2019, p.10).

Com essa burocratização ocorre também a "peregrinação pelos Serviços do Sistema Único de Saúde", onde o usuário tem dificuldades de chegar a uma Unidade de Referência, e por isso não tem uma direção. Tal problema influencia o acesso aos direitos já mencionados, como também ao início do tratamento, tornando a situação de saúde e social ainda mais complexa. Além disso, quando ocorre o encaminhamento a uma Unidade de Tratamento, o usuário passa a entender como sorte ou graça divina, uma vez que chegar até esse serviço, que apenas algo maior poderia ajudá-lo.

Além disso, nos artigos “Experiência de investigação do Serviço Social com usuários em tratamento oncológico” (MOURA, et.al 2019) e “O trabalho do Assistente Social na Área da Saúde: Vivências do estágio obrigatório em hospital universitário” (SEIDEL, et.al 2019) são citadas a atuação das ONG’S. Moura,et.al (2019) e Seidel, et.al (2019) apontam como o grande desafio para os profissionais e usuários, o afastamento de suas obrigações por parte do Estado, dando lugar às ONG 'S. Citando, que torna-se necessário a atuação e parcerias profissionais com essas organizações para que os usuários não fiquem desassistidos. E quando esses também não dão conta de suprir todas as demandas, os usuários precisam recorrer aos planos de saúde, para acesso a exames e consultas mais rápidas. Como assinala Monteiro, Oliveira e Lopes (2019), essa desresponsabilização do Estado, transfere a responsabilidade à “solidariedade dos irmãos”.

Outro desafio colocado por Seidel, Teixeira, Gaviraghi (2019), Moura, Silva e Pereira (2019) é a judicialização de demandas como medicação, que devido a falta ou escassez da medicação no Hospital, o pedido é judicializado.

A judicialização da Saúde no Brasil é um fenômeno que ganha força a partir da reordenação do Estado com as práticas neoliberais, onde os direitos sociais não são cumpridos de acordo com a legislação, onde podemos ver a precarização dos serviços, no qual o

princípio da Universalidade não acontece de forma eficaz. (SALVADOR, 2017). Segundo Salvador (2017), o Poder Judiciário pode se apresentar como instrumento de defesa desses direitos, porém torna-se necessário a individualização de demandas coletivas como nesse caso, a saúde. Assim, com o afastamento do Estado, a judicialização ganha protagonismo. Estima-se que no ano de 2022 houve cerca de 66,07 milhões de novos processos²⁸.

Entre as possibilidades apontadas, os textos analisados corroboram para o pensamento de que o Serviço Social tem grande importância para as instituições, atuando para além do tradicionalismo, com uma intervenção crítica, reflexiva, que visa a integralidade da saúde. Com um trabalho que visa a ampliação da cidadania, equidade e justiça social. E colocando aos outros profissionais o pensamento de que a saúde não é apenas o aspecto físico, como define a Organização Mundial da Saúde (1947) saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença.

Através da análise dos artigos podemos avaliar que o profissional de Serviço Social contribui não somente para a viabilização dos direitos das pessoas com câncer através da escuta qualificada, socialização de informações, articulações em rede como também se torna o profissional que vê as demandas de forma crítica e reflexiva, levando isso para a equipe, com clareza do papel da profissão na produção e reprodução das Relações Sociais. Além disso, também tem papel importante na atuação com familiares e redes de apoio, visando o atendimento integral do usuário não somente com as questões biológicas, mas principalmente sociais com relação à política de Assistência, educação etc.

A partir da análise dos artigos selecionados para esta pesquisa, fica evidente que existem desafios a serem superados, incluindo a necessidade de uma maior aproximação com a dimensão ético-política da profissão, especificamente no que se refere à articulação com os movimentos sociais. Nenhum artigo estudado citou a articulação com os movimentos sociais, ou mobilização entre usuários e trabalhadores por melhores condições de saúde. Além disso, podemos perceber que as competências profissionais são pouco citadas nos artigos, dando foco para as ações emergenciais.

Por fim, através dessa análise, podemos entender que os Assistentes Sociais na Atenção Oncológica possuem diversas possibilidades de ações que vão além das demandas emergenciais, entendendo o campo hospitalar como local de promoção e recuperação da saúde. Para isso torna-se necessário a constante apreensão da realidade e do cotidiano do trabalho, para formulação de ações que qualifiquem ainda mais o exercício profissional.

²⁸ Fonte: Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi analisar as possibilidades de contribuição do exercício profissional dos Assistentes Sociais para a viabilização dos direitos de pessoas com câncer. Nesse sentido, foi realizada uma revisão de literatura sobre a atuação profissional no âmbito da saúde, com foco na atenção hospitalar, além de análise de artigos do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

Através das análises podemos entender que assim como a institucionalização do SUS, a Política de Câncer no Brasil também foi atravessada pelo avanço do neoliberalismo. A atenção oncológica no Brasil após a institucionalização do SUS, não fica de fora dos embates políticos que permeiam a saúde até os dias atuais. De um lado os atores que levantaram as pautas da Reforma Sanitária e ainda lutam para que essa seja institucionalizada como na Constituição. Por outro, o mercado visando o lucro a partir do direito à saúde, com a lógica privatista e médico-hospitalocêntrica.

O desmonte das Políticas de Saúde com a falta de investimento, gera a fragilidade da rede de serviço necessária para que a Política Nacional de Proteção, Prevenção e Controle do Câncer funcione de maneira plena. Assim, há lacunas no serviço que impedem a promoção, proteção e controle do câncer, como a falta de diagnóstico, atendimentos, tratamentos precoces e controle dos fatores que contribuem para o adoecimento. Gerando atendimento aos usuários com a doença mais agravada, que demandam mais tecnologias e recursos para a estabilização, em alguns casos não sendo possível a cura.

Nesse cenário, o profissional de Serviço Social assume um papel de extrema importância tanto para os usuários, quanto para suas famílias, desempenhando um papel fundamental de suporte às questões que aparecem durante todo o tratamento, com o objetivo de promover a qualidade de vida dos usuários e fortalecer os vínculos familiares, além de viabilizar o acesso às Políticas Sociais. Destaca-se também o papel político da profissão frente a esse cenário de desmonte, na mobilização de usuários, familiares e trabalhadores.

Além disso, através desse trabalho também podemos analisar que a constante reflexão sobre o cotidiano é de extrema importância para uma prática profissional que vise a autonomia e emancipação dos usuários. Onde o profissional em sua área de atuação, entenda as possibilidades de ações para além das emergenciais e focalizadas, nesse contexto de desmonte da política de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves Moraes, N. O Serviço social na oncologia: o acolhimento como prática importante à condução de acesso aos direitos sociais do paciente oncológico. *Serviço Social Em Debate*, 4(2), 2021. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/5639>. Acesso em 15 de Outubro de 2022

AMORIM, Beatriz Penha Rodrigues. PRIVATIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE OS IMPACTOS DA GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH) NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA).. 2017. [109 folhas]. Dissertação(PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, [São Luís] .

BARROS, G. A. et al. Reflexões sobre a prática de Assistentes Sociais na oncologia pediátrica de um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco. *Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

BRASIL. Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei 12.732 de 22 de Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M.I.S; PELAEZ, E. J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Revista Ser Social* v.46, jan-jun 2020.

BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C. Projeto ético político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *Saúde e Serviço Social*, 2004.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E.J; PINHEIRO, W. N. As contra reformas na política de saúde do Governo Temer. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://10.18315/argumentum.v10i1.19139>>

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2000.

CEBES. Rediscutindo a questão dos determinantes sociais da saúde - Termo de referência para o Seminário do CEBES. Digi, 2009.

Centro Cultural do Ministério da Saúde. Do Centro de Cancerologia ao Serviço Nacional de Câncer. Disponível em:

<<http://www.ccms.saude.gov.br/inca80anos/historia/centrodecancerologia.html#:~:text=Criado%20em%201941%2C%20o%20SNC,pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%2C%20pesquisa%20e%20ensino.>> Acesso em: 10 de Outubro de 2022.

CONASS. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nota técnica 41/ 2012.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez, n. 62, 2000.

ESCOREL.S; TEIXEIRA, L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L., et al. orgs. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. ISBN 978-85-7541-349-4.

GUEDES, H.H.S; CASTRO, M.M,C. Atenção hospitalar: Um espaço produtor do cuidado integral em Saúde. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 12, N.1, P. 4-26, JUL/DEZ. 2009

IAMAMOTO, M. V. Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos. In: Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 136, p. 439-461, set./dez. 2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Direitos sociais da pessoa com câncer: orientações aos usuários / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 5. ed., 3. reimpr. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

JUNQUEIRA, L.Z.T. Suporte das Políticas Sociais para paciente em cuidado paliativo oncológico na capital federal. Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. 2019.

KONIG, I.V. O trabalho da(o) Assistente Social na Atenção Hospitalar do SUS: A intersectorialidade na Garantia de Integralidade em Saúde. Porto Alegre, 2018.

LEAL, L. M; CASTRO, M.M.C. Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o trabalho do Assistente Social. Serviço Social e Saúde, P v.16, n. 2 (24), p. 211-228, jul./dez. 2017.

LIMA, A. L. G. S. de e PINTO, M. M. S.: Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 10(3): 1037-51, set.-dez. 2003.

MATOS, M.C. O Neofacismo da Política de Saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da Pandemia da covid-19. *Revista Humanidades e Inovação* v.8, n.35

MEIRA, A, R. SEGRE, M. Medicina Social: Definição e campo de ação e a integração com a medicina do trabalho e a medicina legal. *Rev. bras. educ. med.* 09 (02) • May-Aug 1985.

MENICUCCI, T.M.G. A política de Saúde no Governo Lula. *Saude soc.* 20 (2) • Junho de 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de nº 3.536 de 2 de Setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 741 de 19 de Dezembro de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 874 de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.439 de 8 de Dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos a ser implantado em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde ””: desafios intelectuais e operativos. *SER Social*, [S. l.], v. 11, n. 25, p. 221–243, 2010.

Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733>; Acesso em: 2 out. 2022.

MONTEIRO, C.B; OLIVEIRA, M.C.G; LOPES, S.H.S. As expressões da Questão Social que permeiam o cotidiano de pacientes atendidos em um hospital oncológico em Fortaleza-CE. *Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. 2019.

MOURA, A.B; SILVA, V. R; PEREIRA, N. F. Experiência de Investigação do Serviço Social com usuários em tratamento oncológico. *Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. 2019.

MUNHOZ, D. B. et. al Neoliberalismo e Estado Mínimo: repercussões na atenção à saúde no Distrito Federal. *Comun. ciênc. saúde* ; 20(3): 271-276, jul.-set. 2009.

NETTO, JOSÉ PAULO, 1947. Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64/ José Paulo Netto - 8.ed.-São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, JOSÉ PAULO. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

NORONHA, J.C; LIMA, L. D; MACHADO C.V. Sistema Único de Saúde- SUS. In. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. P.435-472.

PAIM, J. S; REIS, C.R. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff. Rio de Janeiro, nº 58: Revista Saúde para Debate, Julho 2018. p. 101-114.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001;35(1):103-9

REIS, C. R; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n 58, p.101-114, julho 2018

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes. A judicialização da Saúde e o trabalho do Assistente Social: Os desafios para a efetivação do direito à Saúde. 2017. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/10974>>; Acesso em: 07 jun 2023.

SARDINHA, A. L. B; AMORIM, R. S. Serviço Social e Cuidado Paliativos: A dor social na Interface com a relação socioeconômica de usuário com câncer. Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. 2019.

SEIDEL, F. S; TEIXEIRA, L. V. GAVIRAGHI, F. J. O trabalho do Assistente Social na Área da Saúde: Vivências do Estágio obrigatório em Hospital Universitário. Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. 2019.

SOARES, A; SANTOS, N.R.S. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v 38, n.100, p.18-25, jan-mar 2014.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S. A política de saúde no Governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v 29, n 71, p.268-283, set/dez. 2005.

TEIXEIRA, col Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória, 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23906>> Acesso em: 10 de Outubro de 2022.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do serviço social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS (org.). Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 185-200. Disponível em: <http://livroaberto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/522>.

VIANA, B.B; CAMEIRO, K. K. C; GONÇALVES, C F. Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 427–450, set. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300004>> Acesso em 02 de Outubro de 2022.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social brasileiro na contemporaneidade. In: *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS; ABEPSS. 2009. p. 1-27.