



CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA
ASCES/UNITA
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

ISABEL ARILLA GONÇALVES DE SOUZA
PEDRO VIEIRA ALVES NETO

A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS EM UNIDADES
ONCOLÓGICAS

CARUARU
2017

**ISABEL ARILLA GONÇALVES DE SOUZA
PEDRO VIEIRA ALVES NETO**

**A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS EM UNIDADES
ONCOLÓGICAS**

Monografia de Conclusão de Curso, apresentada ao Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES-UNITA, como requisito parcial, para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Ms. Ana Paula Cavalcante Luna de Andrade.

**CARUARU
2017**

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em: ____/____/____.

Presidente: Profa. Ms. Ana Paula Cavalcante Luna de Andrade.

Primeira Avaliadora: Profa. Esp. Ilza Muniz Lopes.

Segunda Avaliadora: Profa. Ms. Rosineide Maria Gonçalves

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho a todos que de forma direta e indireta fizeram parte do nosso processo de construção de conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos sustentados até aqui, nos dando sabedoria e discernimento para caminhar de encontro ao fim; amparando-nos e nos guiando com a imensidão do seu amor.

A nossa orientadora Ana Paula Cavalcante Luna de Andrade, que nos apoiou em um momento muito difícil desta caminhada.

A nossa família que com a ajuda de Deus sempre esteve ao nosso lado, nos ajudado a concluir mais uma etapa de nossas vidas.

Aos professores, em especial a professora Josinês Barbosa Rabelo que, mesmo distante, continuou a nos apoiar e nos motivou para não desistirmos dos nossos sonhos, incentivando-nos a dar sempre continuidade na vida acadêmica.

As nossas preceptoras de estágio, que nos enriqueceram com conhecimentos e experiências incríveis. Obrigada/a jamais esqueceremos de vocês!

Por fim, aos colegas de turma que, apesar das diferenças,construímos um elo de amor e respeito. Afinal, foram muitas gargalhadas, amores e dores de compartilhadas,importantespara fortalecer a caminhada e a rede que se entrelaça entre nós.

“O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Hoje, como nunca, é preciso ter coragem, é preciso ter esperança para enfrentar o presente. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia, tendo como horizonte novos tempos mais humanos, mais justos e mais solidários”.

(Marida Yamamoto)

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de refletir sobre a atuação do/a Assistente Social em serviços de oncologia destacando a intervenção multiprofissional. O tratamento oncológico é realizado por diversos especialistas em que cada um é responsável por diferentes cuidados e demandas, dentre esses profissionais, destaca-se o/a Assistente Social, que tem o papel de contribuir nos aspectos da questão social, que podem emergir com a doença, dentre outros. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza como instrumento de recolha de dados a pesquisa bibliográfica e para tratar os dados, fez-se a escolha pela análise de conteúdo temática. Os dados foram coletados a partir da sistematização dos conteúdos publicados em bancos de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Teses e Dissertações (T&D). Teve questão norteadora da pesquisa: *Como se dá a atuação do/a Assistente Social em equipes multiprofissionais em serviços oncológicos?* A pesquisa revelou que o/a Assistente Social em equipes multiprofissionais desenvolve ações de forma partilhada e interdisciplinar contribuindo para o atendimento de usuários e familiares na direção da qualidade de vida e de garantia de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Assistente Social. Oncologia. Multiprofissional. Interdisciplinar.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on the role of the Social Worker in oncology services highlighting the multiprofessional intervention. The oncological treatment is carried out by several specialists in which each one is responsible for different care and demands, among these professionals, the Social Worker stands out, which has the role to contribute in the aspects of the social question, that can emerge with the disease, among others. It is a qualitative research that uses as a data collection tool the bibliographic research and to treat the data, it was made the choice by the analysis of thematic content. The data were collected from the systematization of the contents published in databases of Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Theses and Dissertations (T & D). He had a guiding question of the research: How does the Assistant of Social Work in multiprofessional teams in cancer services? The research revealed that the Social Worker in multiprofessional teams develops actions in a shared and interdisciplinary way contributing to the care of users and their families in the direction of quality of life and guarantee of rights.

KEYWORDS: Social Work, Social Worker, Oncology, Multiprofessional, Interdisciplinary.

LISTA DE SIGLAS

AI -	Ato Institucional
CEAS -	Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
CFESS -	Conselho Federal de Serviço Social
DC -	Desenvolvimento de Comunidade
DF -	Distrito Federal
DNS -	Departamento Nacional de Saúde
FGTS -	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
ICMS -	Imposto Sobre circulação de mercadoriae Serviços
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA -	Instituto Nacional de Câncer José Alencar da Silva
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU -	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA -	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
LBA -	Legião Brasileira de Assistência
LOAS -	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC -	Ministério da Educação e Cultura
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
PASEP -	Patrimônio do Servidor Público
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PCC -	Programa de Controle ao Câncer
PIS -	Programa de Integração Social
PREVSAÚDE -	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SciELO -	ScientificElectronic Library Online
SENAC -	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI -	Serviço Nacional de Aprendizagem industrial
SESI -	Serviço Social da Indústria
SINPAS -	Sistema Nacional de Previdência e Assistência
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
T&D -	Teses e Dissertações
TFD -	Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
1.1 Coleta de dados.....	15
1.2 Análise de dados.....	17
2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR.....	18
2.1 Trajetória da saúde pública no Brasil: breves considerações.....	19
2.2 Serviço social no espaço sócio-ocupacional da saúde.....	23
2.3 Intervenção interdisciplinar em equipes multiprofissionais.....	33
3 A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS NO TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	37
3.1 Serviço social em equipes multiprofissionais de saúde.....	37
3.2. Breve considerações do serviço social em equipes multiprofissionais em saúde nos serviços de oncologia.....	39
3.3 Perspectivas, avanços e desafios da ação do assistente social em equipes multiprofissionais em saúde nos serviços de oncologia.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45

INTRODUÇÃO

A sociedade capitalista é marcada pela fragilização das relações sociais que incide na banalização do sujeito, bem como pela precarização do trabalho. Uma expressão disto é a fragmentação do saber, e a consequente formação profissional marcada pelo desenvolvimento de práticas de forma limitada, por uma atuação que dá conta de apenas uma parte do processo. Diante dessa realidade vários debates têm sido realizados, tanto no meio acadêmico como profissional no sentido de valorização da troca de saberes na intervenção profissional. É nesse contexto em que se insere a presente pesquisa, com destaque para a atuação do/a Assistente Social em serviços oncológicos.

A motivação para realizar a presente pesquisa está embasada na experiência de estágio realizado na Residência Multiprofissional de Oncologia e Cuidados Paliativos, em um serviço ambulatorial de oncologia na cidade de Caruaru, onde foi possível refletir sobre a atuação do Serviço Social no espaço sócio ocupacional da saúde e, de forma mais específica, em equipe multiprofissional de serviço oncológico. Importante destacar que essa temática é ainda incipiente como tema de pesquisa do Serviço Social, o que evidencia a relevância da presente pesquisa.

O câncer é uma doença crônico-degenerativa e requer dos profissionais uma capacidade técnica de modo que possa oferecer ao paciente e a família uma assistência de qualidade. Requer ainda, a integralidade do cuidado que é possível através de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, a atuação do/a Assistente Social tem sido cada vez mais requerida nessas equipes.

O/A Assistente Social na sua prática cotidiana apreender de forma crítica os processos sociais e também observa os movimentos históricos da sociedade para identificar as demandas sociais. Esse processo municia na realização de uma análise crítica da realidade, de modo a estruturar o seu trabalho frente às demandas sociais que lhes são apresentadas.

Faz-se mister ressaltar que, apesar do trabalho ser realizado em equipe, a intervenção profissional do Serviço Social está embasada nos princípios fundamentais da profissão, previstos no Código de Ética, onde é destacado que a prática do Assistente Social deve estar voltada, dentre outras coisas, para a

“ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vista à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”. (CFESS, 2003, p.63).

Para Ortiz, o Serviço Social é:

[...] uma profissão que se inscreveu na divisão social e técnica do trabalho em um determinado momento do capitalismo, mais especificamente em sua fase conhecida por monopólica, para responder a determinadas necessidades e interesses postos a partir do embate político das classes sociais fundamentais. Assim, para responder a tais demandas, fez-se necessário a constituição de diversos atores profissionais, dentre eles o assistente social. Observa-se, então, a configuração de uma profissão, cujo ethos profissional foi moldado para atender determinadas requisições sócio-profissionais e constitui-se de um rol de características, aparentemente capazes de integrar, mudar comportamentos e apaziguar conflitos com o uso mínimo de coerção possível. (ORTIZ, 2007, p. 23)

Com base no exposto, o presente projeto tem como questionamento central: *Como atua o/a Assistente Social em equipe multiprofissional em serviços oncológicos?* A pesquisa utiliza um referencial teórico pautado na produção do Serviço Social, refletindo a trajetória histórica da profissão no espaço sócio-ocupacional da saúde. Tomam-se como referência teórica atores/as como: Bravo (1998; 2001; 2004; 2006; 2007 e 2010), Yamamoto (2001; 2013), Netto (2004), entre outros.

Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza como instrumento de coleta de dados a pesquisa bibliográfica. O trabalho é elaborado a partir das reflexões pessoais e das fontes bibliográficas relacionadas ao objeto de estudo em tela.

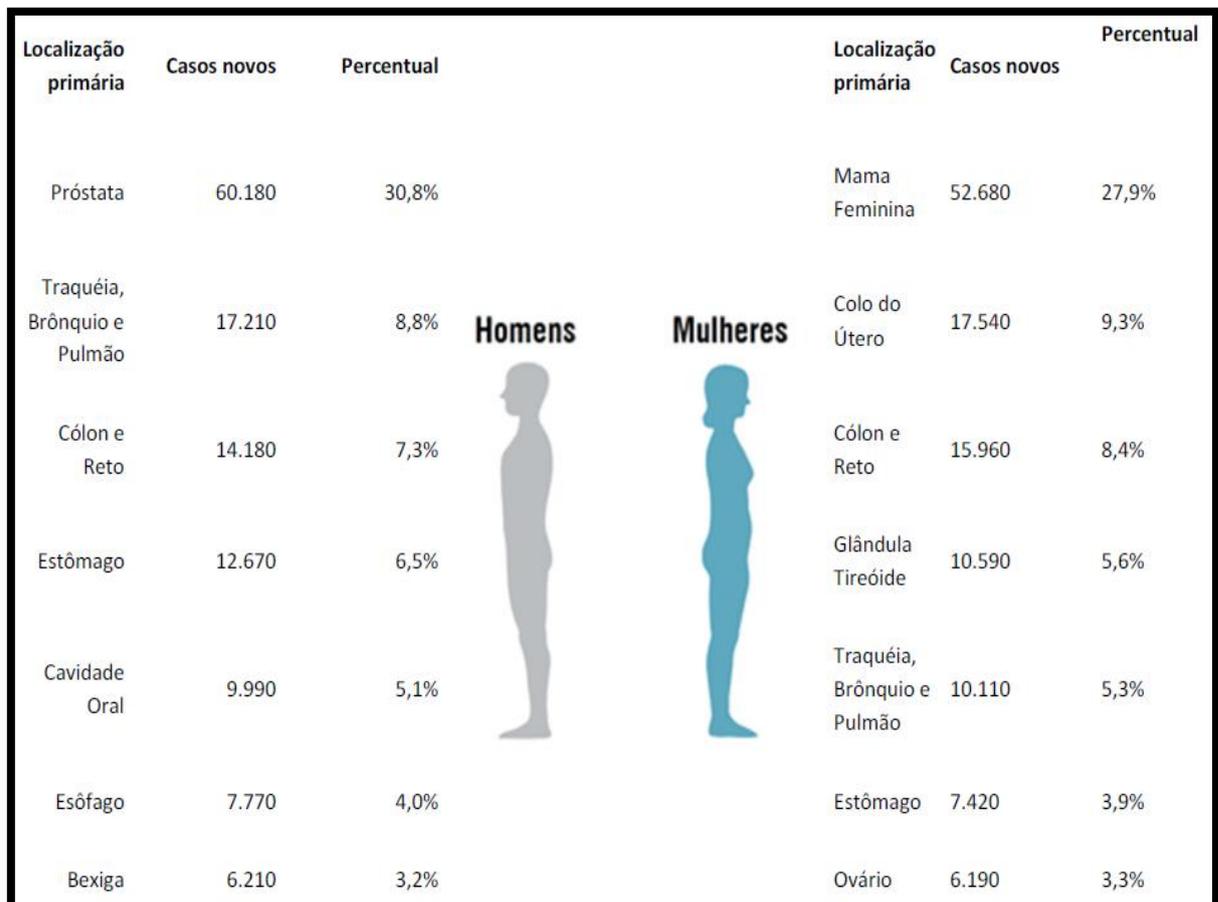
O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro, faz-se uma apresentação do processo metodológico da pesquisa, onde são apresentados uma problematização, os objetivos e o caminho da pesquisa. No segundo capítulo traz uma breve abordagem histórica do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional da saúde e discute o conceito de equipe multiprofissional e intervenção interdisciplinar, para no terceiro capítulo discutir os dados tendo como base o que foi discutido. E por fim, nas considerações finais, faz-se um fechamento do trabalho.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

Temas relacionados à saúde pública têm se constituído como objeto de trabalhos acadêmicos demonstrando a relevância das questões relacionadas à saúde. Dentre esses temas está o câncer que tem aumentando o número de óbitos no mundo e no Brasil. Desse modo, é importante apontar alguns dados sobre o câncer no Brasil, como forma de evidenciar a importância de estudos dessa natureza.

Pesquisas realizadas pelo INCA (2009) evidenciam que a cada ano casos novos de câncer surgem. Os tipos mais comuns serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino. (Figura 1).

Figura 1. Localização dos tipos de câncer em homem e mulher



FONTE: INCA, 2009.

De acordo com o INCA (2009), a distribuição dos casos novos de câncer segundo localização mostra-se heterogênea entre estados e capitais do país. Na região Nordeste, por exemplo, mostra as menores taxas entre as regiões Sul e Sudeste. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta dados em que evidencia o aumento de mortes por câncer em 2000, ou seja, 15 mil brasileiros morreram e no final do ano de 2015 o número subiu 31% implicando em 223,4 mil óbitos. O câncer que mais mata é o do sistema respiratório, com 28,4 mil casos em 2015. O câncer de cólon é o segundo com 19 mil mortes e o terceiro é o de mama com 18 mil mortes em 2015 no Brasil. (NOTÍCIAS UOL, 2017)

A OMS adverte que o aumento de mortes por câncer é um fenômeno global e desde o início do século, o número de mortes é um dos maiores já registrados pela medicina moderna, passando de 6,9 milhões em 2000 passando para 8,8 milhões em 2015. Ressalta ainda que uma a cada seis mortes no mundo é por câncer. O custo da doença tem também aumentado e já soma US\$ 1,1 trilhão em produtividade perdida e custos com seguros de saúde. É o segundo motivo de mortes, depois de doenças cardiovasculares.

Para a OMS, o crescimento da doença está relacionado ao aumento da população que está ficando mais velha, bem como a mudança de estilos de vida, o sedentarismo, poluição e dietas que não são saudáveis.

Os dados da OMS apontam que os tumores mais fatais em homens são os que atingem o sistema respiratório, enquanto que em mulheres são mais afetadas pelo câncer de mama. O estudo também destaca que morre mais homens com câncer que mulheres.

Outro aspecto destacado pelo estudo é que há uma disparidade entre países pobres e ricos, na capacidade de lidar com a doença. Isso implica dizer que morre mais por câncer pessoas de países em desenvolvimento. Esses países têm dificuldade de diagnosticar os tumores em estágio inicial.

Assim, os estudos têm se voltado, sobretudo a temas voltados para o tratamento. Esse trabalho está particularmente interessado em refletir a atuação do Serviço Social em serviços oncológicos.

A pesquisa tem como questionamento central: *Como atua o/a Assistente Social em equipes multiprofissionais em serviços oncológicos?* Tem como objetivo

geral compreender a atuação do Serviço Social em equipes multiprofissionais de oncologia a partir das produções científicas publicadas no período de 2000 a 2016.

Os específicos são:

- ✓ Refletir sobre a inserção do Serviço Social no campo sócio-ocupacional da saúde;
- ✓ Verificar os conceitos de equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- ✓ Discutir sobre as contribuições e as atribuições do Serviço Social em serviços oncológicos.

1.1 Coleta de dados

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória que utiliza como procedimento metodológico o método bibliográfico. Foram utilizados como dados da pesquisa as publicações disponíveis em: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e bibliotecas digitais publicadas em português, usando as palavras chave: Serviço Social, Assistente Social, Oncologia, Serviço Oncológico, Câncer.

Destaca-se que:

[...] a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão a partir de um grupo social, de uma organização etc. (JARDIM; PEREIRA, 2009, p.03).

Minayo (2010) ressalta que através da pesquisa qualitativa é possível desvelar processos sociais que ainda não são conhecidos ou pouco conhecidos.

Dessa forma, o presente trabalho foi realizado a partir da revisão de trabalhos científicos que discutem a inserção do/a Assistente Social em serviços oncológicos, buscando compreender como atua o Serviço Social.

Assim, o estudo bibliográfico trouxe elementos sobre o conhecimento do Serviço Social em oncologia. Vale ressaltar que apesar da área da saúde se destacar por constituir o maior campo da prática profissional, com produções científicas relacionadas à saúde mental, da mulher e da criança, a discussão sobre a questão do câncer ainda é incipiente no Serviço Social.

Foi realizada uma pesquisa e seleção dos trabalhos produzidos sobre o tema e incluídos para compor os dados da pesquisa os estudos que trouxeram no corpo

do texto as palavras. Foram excluídos os trabalhos que não atendia a esse critério, bem como aqueles que não faziam parte do contexto da pesquisa. O levantamento das informações bibliográficas ocorreu durante o período de agosto a setembro de 2017.

1.2 Análise de dados

Para análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo. De acordo com Bardin (2011), para utilizar o método de análise de conteúdo, o pesquisador deve considerar três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

Para Minayo (2010), na *pré-análise* é realizada a leitura fluente, ou seja, o pesquisador tem um contato direto com o material de campo. Na fase da *exploração do material*, o pesquisador classifica os dados com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Assim, o pesquisador identifica categorias que são palavras significativas que ajudará a organizar o conteúdo. A terceira etapa consiste no *tratamento dos resultados* obtidos e interpretação, o pesquisador submete os resultados brutos a operações estatísticas simples ou complexas, para colocar em relevo as informações obtidas. (MINAYO, 2010)

Fez-se a opção de tratar os dados a análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja frequência signifique alguma coisa para o objeto estudado. (MINAYO, 2010). Dessa forma, foram identificados os seguintes temas: Serviço Social e Oncologia; equipe multiprofissional; intervenção interdisciplinar e desafios da atuação profissional. Esses temas serão tratados no capítulo III.

Com o objetivo de ter elementos para tratar os dados, no capítulo que se segue trata do arcabouço teórico que municia a análise dos dados. Dessa forma aborda a trajetória da saúde com destaque para a política de oncologia; trajetória histórica do Serviço Social e discussão do conceito de equipes multiprofissional e interdisciplinar.

2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR

Este capítulo reflete sobre a política de saúde e destaca a atuação do Serviço Social. De forma breve traz uma discussão sobre Sistema Único de Saúde (SUS) e as possibilidades que o SUS propõe para a prática do/a Assistente Social. Nessa direção, faz-se mister destacar a trajetória histórica da profissão destacando a sua inserção nesse campo sócio-ocupacional com o objetivo de compreender como se aproximou da área de atuação no âmbito da saúde.

A Constituição Federal de 1988 organizou um grande marco no direito social brasileiro ao prever o chamado “Sistema da Seguridade Social”, compreende-se neste conceito está o tripé: saúde, assistência social e previdência.

Por previdência social entende-se que é um seguro público que tem por sua finalidade garantir que as fontes de rendas do trabalhador e de sua família sejam mantidas quando ele perder a capacidade de trabalhar por algum determinado tempo.

Saúde é entendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) defina *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Considerando os aspectos sociais e culturais, pode-se dizer que “[...] *saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade*”. (FERRAZ, 1997, p. 542)

A assistência social consiste em um dos componentes do sistema da seguridade social, que teve sua descrição e diretrizes básicas na Constituição Federal por meio dos artigos 203 e 204, sendo que sua regulamentação se encontra sistematizada pela Lei nº 8.742/93 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). A partir deste marco, a profissão de assistente social no Brasil e as instâncias de controle, fiscalização, sistematização e normatização da profissão são regulamentadas pela Lei nº 8.662/93, sancionada em 7 de junho de 1993.

No Brasil, o Serviço Social faz parte das profissões de saúde que se destaca tanto por suas ações quanto por sua legitimação social. Neste percurso de historicidade tanto das conquistas da política da assistência quanto da inserção do profissional de Serviço Social na saúde cabe ressaltar que o Serviço Social e a

organização do campo das ciências sociais em saúde foram fortalecidos no país a partir dos anos 2000 contribuindo para ampliar o debate sobre a atuação do profissional em Serviço Social.

2.1 Trajetória da saúde pública no Brasil: breves considerações

A história dos cuidados com saúde no Brasil como filantropia religiosa, com a concepção de caridade, ao mesmo tempo em que o Estado fazia algumas ações de saúde como vacinação e/ou de saneamento básico, especialmente, no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola.

O Estado cuidava também de algumas doenças negligenciadas pela sociedade, a exemplo da doença mental, a hanseníase, a tuberculose, entre outras. Só a partir de 1923 inicia o atendimento às emergências e às internações gerais.

Em 1937 foram instituídas, no primeiro governo de Getúlio Vargas, as conferências nacionais de educação e de saúde com o objetivo de articular e conhecer as ações que os estados desenvolviam nas áreas de educação e saúde. As conferências foram criadas através da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que propiciou a reorganização do Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um ministério dava conta das duas políticas. Nesse período foram organizadas para funcionar como espaços estritamente intergovernamentais, só participavam autoridades do e Ministério da Educação e Saúde e outras autoridades setoriais dos estados. A previsão era serem realizadas a cada dois anos, mas, apenas quatro anos depois, em 1941, foram convocadas. (BRASIL, 2009).

O decreto de convocação da 1ª Conferência Nacional de Saúde estabelecia como objetivo:

[...]ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía [...]. (BRASIL, 1941).

A 2ª conferência Nacional realizada em 1950 discutiu temas como malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. Em 25 de julho de 1953, pela Lei nº 1.920 foi instituído um ministério que passou a se encarregar das atividades e responsabilidades do Departamento Nacional de Saúde (DNS) que não era suficiente para dar ao órgão governamental da secretaria do Estado para atender as demandas e problemas encontrados na saúde pública. (BRASIL, 2009)

Com a aprovação da Lei Elói Chaves a saúde dos trabalhadores foi atrelada à previdência e passa a fazer parte de um sistema para os trabalhadores. Assim, surgem as caixas de pensão, depois, os institutos e, posteriormente, o grande instituto que congrega todos: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (CARVALHO, 2013)

Somente em julho de 1963 foi realizado a 3ª Conferência Nacional de Saúde convocada pelo presidente João Goulart, treze anos após a realização da 2ª conferência. O diferencial dessa conferência foi a ampliação dos atores participantes. O tema da conferência foi voltado à situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com discussão de propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, bem como a proposição de um plano nacional de saúde. (BRASIL, 2009)

O golpe militar de 1964 não implementou as medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações contribuíram para estimular os debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta. O INPS não alterou a realidade da assistência médico hospitalar, mantendo o sistema de uma cidadania regulada, ou seja, o direito a atendimento aos hospitais públicos era para quem tinha carteira de trabalho assinada.

Um novo ciclo de organização administrativa foi criado a partir de 1970 visando racionalizar os gastos sociais e aumentar a redistribuição, fazendo com a Previdência social ampliasse os atendimentos. O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado em 1974, decorrente da importância que a Previdência ganhou entre os/as trabalhadores/as e o Estado.

Em 1975, o convênio entre o MPAS e o Ministério da Saúde como fruto da criação do Programa de Controle ao Câncer (PCC), universalizando os procedimentos relacionados ao câncer e instituiu comissões com vistas a integrar as ações de controle de câncer. (FARIAS, 2007)

De acordo com Farias (2007), em 1976, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1977 foi institucionalizado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência (SINPAS) que uniu velhas e novas entidades.

Em 1978 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília (DF). O governo promoveu o debate de temas amplos relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa de Serviço Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), mas o programa foi engavetado devido às críticas dos empresários de saúde que ameaça seus ganhos.

Nos anos de 1980, eventos importantes alteraram a conjuntura nacional: o *Movimento Diretas Já* e a realização em março de 1986 da VIII Conferência Nacional de Saúde. No mesmo ano, o Movimento de Reforma Sanitária participou da conferência e teve um papel importante na reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é considerado um marco para a saúde, por ampliar o conceito e mudar as práticas em saúde.

A partir de então, o brasileiro conquista o direito à saúde e ao longo de 20 anos se procurou enfrentar os desafios discutindo a importância da saúde na família e a atenção básica com bases na constituição do SUS, fruto do movimento de Reforma Sanitária que defende uma saúde que vai além do óbvio e passa a ser visto aos fatores que interferem diretamente ou indiretamente na questão da saúde.

Na observância do grande confronto de interesse da sociedade e de empresários foram tomadas algumas medidas com a diminuição do setor privado na saúde, criando um Sistema Unificado e Descentralizado de saúde (SUDS), em 1987 e, em seguida em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa proposta apresentou poucos impactos na melhoria das condições de saúde, outros fatores também contribuíram as pessoas ligadas ao Movimento de Reforma Sanitária que tende a perder espaço na articulação do governo, diante da ausência de resultados positivos em relação a saúde, começando assim a organização dos conservadores contrários dos movimentos que passa a direcionar o setor em 1988.

A burocratização da reforma Sanitária afasta a população da cena política despolitizando o processo. Considera-se que a construção democrática é a única via para se conseguir a reforma Sanitária e a Mobilização política uma de suas estratégias sendo o desafio

colocado para os setores progressistas da saúde, que deveria ser viabilizado na década 1990. (FLEURY, 1989)

Assistentes Sociais integram as equipes de saúde com legitimidade social das suas ações, devido a ampliação do conceito de saúde que incorpora a dimensão social e a exigência da proteção social. De acordo Mito e Nogueira (2009), esses aspectos contribuíram para romper com a dicotomia entre teoria e prática e a busca da sistematização do conhecimento sobre a realidade com a qual o/a Assistente Social atua.

A década de 80 foi apresentada com grandes avanços, a principal implantação da política da saúde no Brasil, a mesma passou por várias modificações da constituição Federal de 1988 pela idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), onde várias discussões apresentadas para o setor enriquecendo o debate que se instaurava na sociedade em 1990, que tomou o acesso à saúde universal para os serviços de saúde contribuindo assim para a melhoria dos serviços oferecidos aos cidadãos para melhor atender a população, onde essa implementação sofreu muita dificuldade e carência.

Os profissionais nas demandas oferecidas a inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que a saúde deixasse de ser apenas de interesses dos profissionais de saúde, e passasse a comungar de uma dimensão política totalmente ligada a democracia.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; 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, 2014, p. 09)

Atualmente, observa-se a insatisfação dos grupos sociais que resistem ao processo de ataque aos direitos sociais deferidos pelo governo que destituiu uma presidenta eleita. É necessário fazer a resistência e garantir os direitos conquistados.

2.2 Serviço social no espaço sócio-ocupacional da saúde

O Serviço Social denominado *social work* é de origem americana. O seu desenvolvimento foi se estruturando pelas organizações religiosas, principalmente da Igreja Católica Apostólica Romana e teve sua prática inspirada na teoria social da igreja. O trabalho social foi se constituindo no reforço da submissão das classes dominadas. Era o controle social da família operária que se adequava e se ajustava em seu comportamento às exigências da ordem social estabelecida. (FALEIROS, 2001, p. 88).

Nesse trajeto, no século XIX, com a inserção das indústrias nas cidades, surge uma nova forma de organização social decorrente do desenvolvimento do capitalismo que institui a sociedade de classe e um novo modo de produção nas relações sociais mediatizadas pela posse privada de bens, em que

[...] o capitalismo gera o mundo da cisão, da ruptura, da exploração da maioria pela minoria, o mundo em que a luta de classes se transforma na luta pela vida, na luta pela superação da sociedade burguesa.(MARTINELLI, 2005, p.54)

A população é inserida nesse modelo de produção e vivencia no seu cotidiano o agravamento dos problemas sociais, diga-se das expressões, da “Questão Social” e quaisquer formas de enfrentamento dos trabalhadores frente a esse modelo eram visualizadas pela classe dominante apenas como uma falta de entrosamento e defeito do indivíduo nas relações entre eles e não como um problema estrutural (FALEIROS, 2001). Nesse sentido, a Questão Social é pensada como:

[...] conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2008, pp. 16-17).

Destarte, foram criadas estratégias para ajustar a falta de articulação entre a classe dominante e a classe trabalhadora com o intuito de corrigir os abusos e atenuar as rebeliões para tentar diminuir o sofrimento e melhorar a situação de milhares de seres humanos. Ao tentar realizar essa tarefa o trabalhador social tinha

uma visão ingênua e maniqueísta:

Ingênua porque pressupunha a solução dos problemas globais partindo de cada um deles isoladamente. Maniqueísta porque dividia o mundo entre bons e maus, abusadores e não-abusadores, rebeldes e integrados. (FALEIROS, 2001, p. 89).

Desta forma as igrejas tinham também uma missão social de impor a paz política e a de fazer caridade, com intuito muito claro de apaziguar os conflitos da população que sofria com todas as formas de desigualdades e explorações. A justificativa dessas instituições era cumprir os seus deveres com os pobres. (ESTEVÃO, 1985). Assim, a classe dominante propagava aos sujeitos a culpa pela sua própria condição, considerando-os culpados por sua pobreza e seus fracassos. (FALEIROS, 2001)

Historicamente, pode-se dizer que profissão de Serviço Social teve início nos meados da década de 1930 e surge vinculada a grandes instituições assistenciais, estatais, filantrópicas e autárquicas que na época começaram a ser criadas. Silva e Silva (2011) referem que a criação dessas instituições moldada dentro de um modelo de Estado corporativista de modo a favorecer o desenvolvimento da indústria.

De acordo com Yamamoto e Carvalho (2010, p. 128), a crise do comércio internacional de 1929 que produziu uma reorganização do Estado e da economia foi um marco importante na história da sociedade brasileira, pois houve um “[...] deslocamento do centro motor da acumulação capitalista das atividades agro exportação para outras de realização interna.” Assim, a acumulação capitalista muda o seu foco das atividades agrárias e de exportação para o amadurecimento do mercado de trabalho com a consolidação do pólo industrial e vinculação da economia ao mercado mundial. (MARTINELLI, 2009)

A profissão no Estado Novo passa a atuar no sentido de exercer o controle das demandas populares através de ações assistenciais articuladas à classe no sentido de responder às pressões das classes populares dos centros urbanos em ascensão. Nessa perspectiva foram desenvolvidas ações de caridade às mais vulnerabilidades visando desenvolver uma prática ideológica junto aos trabalhadores e às suas famílias embasados na Doutrina Social da Igreja (SILVA; SILVA, 2011). Nesse período o Serviço Social recebeu a influência franco-belga e da Igreja Católica, especialmente do pensamento de São Tomás de Aquino. É nesse sentido

que lamamoto e Carvalho (2010) ressaltam que nesse período o Serviço Social não foi uma resposta à pressão exercida pelo proletariado, mas de da legitimação das classes dominantes.

Martinelli (2009), lamamoto e Carvalho (2010), destacam que o Estado utiliza a responsabilidade de implantação de ações sociais para minimizar entre os trabalhadores e patrões estabelecendo uma parceria com a Igreja para desenvolver projetos sociais junto aos operários. É nesse contexto em foi criado o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS). O CEAS realizou o primeiro curso de formação para mulheres interessadas no exercício da ação social, as interessadas foram jovens da burguesia paulista. (MARTINELLI, 2009). O CEAS promoveu uma formação fundamentada na doutrina social da igreja e embasada na compreensão dos problemas sociais da época. Essa intervenção profissional era considerada fundamental para controlar os movimentos dos trabalhadores, a exemplo das greves, bem como a tensão entre sociedade e Estado.

O surgimento de grandes instituições aliada à burguesia industrial (LBA e SENAI em 1942, SESI em 1946, SENAC, entre outras) possibilita o Serviço Social romper com suas origens e se desloca do Estado e passa a atuar também nas instituições privadas, ou seja, nos setores empresariais da sociedade e com isso, transforma-se em uma categoria profissional assalariada. Os usuários do Serviço Social era a população pobre, a população a qual se destinava as políticas sociais do Estado.

O surgimento e desenvolvimento das grandes instituições assistenciais na década de 1940 coincidiram com o momento de legitimação e institucionalização do Serviço Social. Esse período representou o momento em que a profissão pode romper o estreito quadro de sua origem no bloco católico e, a partir do e no mercado de trabalho que se abriu com essas instituições, instaurar-se como uma categoria assalariada, fortemente atrelada às políticas sociais implementadas pelo Estado. (ANDRADE, 2008, p. 270)

Dessa forma, “*O Serviço Social passa a integrar os mecanismos de execução das políticas sociais do Estado e dos setores empresariais, enquanto forma de enfrentamento da questão social emergente no contexto do desenvolvimento urbano-industrial*” (SILVA; SILVA, 2011, p. 44)

Foram no processo de emergência das classes sociais – proletariado e burguesia nacional – que o Serviço Social se desenvolveu e se

legitimou como profissão. O assistente social apareceu como uma categoria de assalariados, direta ou indiretamente vinculado ao Estado, devido à da implementação de suas políticas sociais, via entidades sociais e assistenciais. O mercado de trabalho que se abriu para a profissão pressionava o Serviço Social a reconsiderar as suas origens. Como parte da engrenagem de execução das políticas sociais, passou a ser uma ação necessária e útil ao funcionamento racional das instituições, de acordo com o papel que elas tinham de desempenhar no momento de produção capitalista e no desenvolvimento do projeto socioeconômico burguês. Foi o processo de emergência das instituições no plano assistencial – reflexo da transição sócio-política a partir do Estado Novo – que favoreceu um avanço à nossa profissão. (ANDRADE, 2008, p. 271)

Em 1942 o Brasil era governado por Getúlio Vargas que estabeleceu uma aliança de interesses políticos e econômicos com os Estados Unidos de Roosevelt que tinha o objetivo de fortalecer o capitalismo e a luta contra o comunismo.

No final da década, Assistentes Sociais foram aos Estados Unidos para realização de intercâmbio. Nesse período as Assistentes Sociais não tinham uma prática regida pela teoria social da igreja, mas pela busca de uma qualificação profissional e de uma profissão remunerada com melhores salários. (MARTINELLI, 2009). Dessa maneira, a atuação profissional era realizada através de canais administrativos e mantinha a sua ação de enquadramento da classe trabalhadora. O processo de institucionalização do Serviço Social acarreta em novas e múltiplas atividades tais como:

[...] garantir o aumento da produtividade média da Força de Trabalho, a evitar o confronto de classes e a canalizar, vigiar e reprimir os conflitos sociais e outras formas de desvios, derivadas das múltiplas contradições geradas e/ou agravadas pelo aprofundamento do modo de produção capitalista. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2010, p. 321)

Essa aliança com os Estados Unidos repercutiu nas décadas seguintes, uma vez que nas décadas de 1960 e 1970, foram realizadas reformas educacionais com um corte tecnicista visando aplicar na escola um modelo de educação baseado na racionalização inerente ao sistema capitalista de produção, ou seja, a educação tinha que ser voltada para o crescimento econômico de modo a coadunar com as exigências da sociedade industrial. Nessa perspectiva vários acordos foram criados chamados de MEC-*Usaid* (Ministério da Educação e Cultura e *United State Agency for International Development*), com esses acordos o Brasil recebe

assistência técnica e cooperação financeira e a reforma da educação atrelada aos interesses americanos para a América Latina, em três pontos: educação e desenvolvimento, educação e segurança e educação e comunidade. (MATOS, 2008)

Nesse período, o país era governado por Juscelino Kubitschek que se concentrou na internacionalização da economia, no fortalecimento do setor privado e do capital internacional. Kubitschek colocou a política social em segundo plano. O Serviço Social passou a participar do desenvolvimento nacional com a sistematização do Desenvolvimento de Comunidade (DC) que tinha o objetivo de articular a população para inseri-la nos planos nacionais e regionais. (SILVA; SILVA, 2011)

As décadas de 1960 e 1970 foi um período significativo para a modernização da agricultura, com a introdução de maquinários, seleção de sementes, entre outros, constituindo um período de avanço tecnológico, mas apropriado pelos grandes proprietários e de interesses das multinacionais do setor e nesse contexto, os trabalhadores sem propriedades e sem-terra foram marginalizados, constituindo o que se chama de população sobrance. Assim, o Brasil teve um grande avanço tecnológico na agricultura, mas em termos da questão social, os avanços contribuíram para o aumento de desempregados, trabalhadores temporários e migrantes. (SOUZA, 2008)

A prática dos/as Assistentes Sociais com o agravamento da questão social, se é repensada e surge a necessidade de montar equipes multidisciplinares visando mobilizar e organizar as comunidades que não possuíam a universalização da atenção médica e social. Contudo, essa prática técnica assume um caráter mais intensivo dos métodos de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade (IAMAMOTO; CARVALHO, 2010)

Nesse período, ocorrem os primeiros Congressos Brasileiros de Serviço Social que discutem as condições para efetivação da prática profissional fundamentada pela ideologia desenvolvimentista entendida como uma ideologia dominante, uma vez que se tratar de uma estratégia para agregar a política de massa getulista com a internacionalização da economia brasileira, tendo como pano de fundo a proposta de crescimento econômico, acelerado e autossustentado. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2010).

De acordo com Netto (2011), no governo de João Goulart (1961-1964) havia um comprometimento do poder executivo com o povo; mesmo no contexto de forças

conservadoras no seio do legislativo. O governo buscou articular as ações sociais no âmbito sindical com politização sob a perspectiva da reforma de base.

Silva e Silva (2011) referem que o processo de sensibilização e politização atinge os operários e camponeses e, dessa maneira, a questão social é tratada através de medidas de extensão da educação, ampliação da previdência, estatuto do trabalhador rural e programas de habitação popular. É nessa circunstância que o Serviço Social passou a ser pensado sobre duas vertentes: conservadora e mudancista.

Na primeira vertente, tem-se a fundamentação que deixou de ser a da doutrina social da igreja e passa a ser as correntes de pensamentos positivistas e funcionalistas. Silva e Silva (2011) destacam que a categoria possuía uma parcela pequena de profissionais católica de esquerda que atribuíam a sua prática a politização e conseqüente luta por mudanças, o que caracteriza a segunda vertente.

Durante a ditadura militar, o padrão intervencionista do Estado é intensificado no modelo de desenvolvimento. A sociedade vivencia uma repressão sem precedente em um momento em que a sociedade brasileira estava em um processo de organização dos setores populares. Esse processo foi interrompido com a institucionalização do Ato Institucional n. 5 (AI-5), o que permitiu o Estado reprimir as mobilizações sociais por meio da força militar. Assim, os setores organizados da sociedade, em especial o proletariado industrial, passaram a ser considerados inimigos do novo regime.

A atuação profissional dos/das Assistentes Sociais na política social, foi no sentido de perseguir o avanço técnico da profissão e assumir uma tendência modernizadora iniciando o Movimento de Conceituação no Brasil. (SILVA; SILVA, 2011). Nessa década, os Encontros de Araxá (1967) e Teresópolis (1972) foram muito fundamentais para a discussão da teoria e da prática do Serviço Social.

As ideias marxistas começam a influenciar o Serviço Social em meados da década de 1970, o pensamento crítico dos profissionais se amplia como “[...] *uma crítica sistemática ao desempenho „tradicional” e aos seus suportes teóricos metodológicos e ideológicos [...]*”. (NETTO, 2011, p. 159). Nesse sentido, essa fase é caracterizada como a intenção de ruptura do Serviço Social com o tradicional desenvolvida com o suporte acadêmico, uma vez que caberia às universidades problematizar a ritualização do conservadorismo.

Com o início do esgotamento do “milagre econômico” concretizado com a crise de 1973, inicia a crise do regime militar por meio da mediação entre a resistência à democracia e a ação dos movimentos populares. O Movimento de Conceituação mudou conceitos, as crenças e as bases teóricas do Serviço Social e com isso várias tendências podem ser destacadas: funcionalista, fenomenológica, eclética e de inspiração marxista.

A profissão se aproxima dos movimentos sociais e a partir daí inicia a vertente comprometida com a ruptura do Serviço Social tradicional com diferentes linhas de fundamentação teórico-metodológica do pensamento e da ação profissional. (YAZBEK, 2009b)

A década de 1980 é marcada pelo movimento da sociedade civil pela democratização. Foi o período em que ocorreu um crescimento dos movimentos sociais e mobilizações para a aprovação da Constituição Federal de 1988. Nessas lutas democráticas a categoria profissional participou reorientando a base social da profissão. (IAMAMOTO, 2015)

Com a abertura para os processos democráticos, a categoria começa a debater a ética no Serviço Social, na perspectiva de romper com a ética da neutralidade e com o tradicionalismo filosófico de sua origem. É nesse contexto em que a teoria social de Karl Marx inicia sua efetiva interlocução com o Serviço Social com a ideia de “compromisso com a classe trabalhadora”. (BRAVO; MATOS, 2009)

O Serviço Social no campo da saúde, no Brasil, foi construído pelo movimento sanitário na década de 1980, no contexto da evidência da necessidade de mudanças na relação saúde-doença. Essa reflexão abriu espaço para o profissional de Serviço Social. Dessa forma, a saúde se constitui na contemporaneidade um dos espaços sócio-ocupacionais de intervenção do/a Assistente Social.

O profissional em saúde tem como base três pilares para a sua intervenção, quais sejam:

As necessidades sociais são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário; o direito à saúde é mediado pelas políticas públicas que refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade e operacionalizado através dos sistemas e serviço de saúde envolvendo a gestão, o planejamento, avaliação e controle social e; a produção da saúde que é conhecida como o processo que articulam as transformações econômicas, sociais e políticas, das ações da vigilância a saúde e das práticas de assistência à saúde. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 223)

De acordo com Yazbek (2009a), a atuação profissional do/a Assistente Social no Brasil com a aproximação e incorporação da teoria marxista, a categoria passou a compreender o ser social e suas mediações e não apenas em uma concepção de imediatividade. Isso quer dizer que

[...] um conhecimento que não é manipulador e que apreende dialeticamente a realidade em seu movimento contraditório. Movimento no qual e através do qual se engendram, como totalidade, as relações sociais que configuram a sociedade capitalista. (YAZBEK, 2009a, p. 10)

Os/As Assistentes Sociais passam após a Constituição Federal de 1988 de apenas de executores de políticas sociais para também planejar e gerir essas políticas. O contexto econômico nos anos de 1980 é de agilização da pobreza que se configura como o tema central da questão social brasileira. (YAZBEK, 2009a). Desse modo, é instituído o Sistema de Seguridade Social no qual o Serviço Social enfrenta dificuldade para a consolidação das políticas que da seguridade, ou seja, Saúde, Assistência Social e Previdência Social, tornando-se um tema profícuo de debates e pesquisas. (BOURGUIGNON, 2007)

O SUS foi criado em 1990 com a sua implementação a intervenção do/a Assistente Social constrói espaço de intervenção profissional e conquista legitimidade social a partir das respostas às demandas sociais. Isso foi possível porque no seu fazer cotidiano apreende de forma crítica os processos sociais e observa os movimentos históricos da sociedade na direção de identificar as demandas sociais.

Esse processo ajuda o/a profissional a realizar uma análise crítica da realidade, de modo a estruturar o seu trabalho frente às demandas sociais que lhes são apresentadas. Essa intervenção pode ser entendida a partir das reflexões de Ancona-Lopez:

Intervir vem do latim *intervire*, que significa meter-se de permeio, ser ou estar presente, assistir, interpor seus bons ofícios. Meter-se de permeio: indica atuação. Posição ativa de alguém que interfere que se coloca entre pessoas, que de algum modo estabelece um elo, uma ligação. Interpor os seus bons ofícios: ação de quem tem algum preparo em determinada área e põe seus conhecimentos à disposição de quem deles necessita. Ação de quem acredita no que faz. Estar presente: não indica necessariamente uma ação, o que leva a pensar em alguém disponível, que aguarda uma solicitação. Estar presente parece indicar uma posição, alguém a quem se pode

recorrer e que está inteiro na situação. Assistir: indica ajuda, cuidados, apoio. (ANCONA-LOPEZ, 1995, p. 26)

É importante ter claro o sentido da intervenção do Serviço Social que se materializa no trabalho cotidiano do profissional, entendido aqui como ação crítica da apreensão da realidade. Merece destacar que a intervenção do Serviço Social nem sempre foi entendida dessa forma, visto que no processo histórico, na perspectiva conservadora do Serviço Social, o foco da intervenção era atuar de modo que a mudar os hábitos dos usuários dos serviços sociais para novas atitudes inserindo-os na sociedade de classe sem questionamentos. Essa ação estava respaldada na teoria positivista funcionalista que teve forte influência na prática profissional das primeiras Assistentes Sociais. (MARTINELLI, 1991)

Um espaço de atuação do Serviço Social que requisita a intervenção de Assistentes Sociais é a saúde. Assim, é uma área do conhecimento profícua para pesquisa e conseqüentemente para a produção de conhecimentos; entendendo que ciências sociais como um conjunto de disciplinas específicas do ramo das ciências que busca estudar os aspectos sociais e compreender as diferenças da realidade humana. As mesmas buscam a compreensão da vida social do indivíduo enquanto participante de grupos humanos, para que se possam entender melhor as diferentes realidades com as quais convivemos.

É importante ressaltar que este trabalho não aprofunda as especificidades do campo das ciências sociais em saúde, mas busca entender como o profissional de Serviço Social pode contribuir com o aprimoramento deste campo de atuação.

O Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993 dá visibilidade ao Serviço Social, bem como a Lei da Regulamentação da Profissão de Serviço Social n. 8.662/93; as Diretrizes Curriculares de 1996; e os organismos representativos na elaboração e implementação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/1993). (IAMAMOTO, 2015).

De acordo com Costa (2000), em um contexto de um quadro complexo da saúde no país, com serviços sem qualidade, exige dos profissionais de Serviço Social administrar o que é impossível serem administrado. Pode-se dizer que a inclusão de Assistentes Sociais nas equipes de saúde tem como objetivo assegurar o atendimento aos usuários, aproximando a sua prática às necessidades da população.

Nos anos de 1990 é período da implantação do ideário neoliberal no país no governo do presidente Fernando Collor de Mello. São vários os efeitos do neoliberalismo, como a flexibilização da economia, reestruturação no mundo do trabalho, redução do Estado e a retração dos direitos sociais.

Nessa direção, Behring e Boschetti (2011) destacam que a reforma do Estado se constituiu em uma nova forma de gerir as políticas sociais e ignorou o conceito constitucional de seguridade estimulando o serviço voluntário e a refilantropização das políticas sociais. Esse quadro pode ser entendido com desresponsabilização do Estado com as políticas sociais e da Seguridade Social sem considerar o aumento do desemprego e da pobreza, tornando as formulações das políticas seletivas e privatizadas.

O neoliberalismo produziu a desregulamentação dos mercados de trabalho com a implantação da terceirização, de contratos temporários o que incitando a competitividade e o individualismo, com rebatimento na atuação dos/das Assistentes Sociais como trabalhadores/as assalariados/as e viabilizadores/as de direitos sociais. Essa realidade é o que se vivencia hoje em 2017, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff e a ascensão de um governo impopular que desmantelou o Estado de direitos, reduzindo as políticas sociais e retirando os direitos conquistados com muita luta.

A categoria profissional participou ativamente na construção e na defesa dos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais. Nesse sentido, o Projeto Ético-político do Serviço Social é conquista, visto que a sua consolidação está sintonizada com a concepção de direitos, construído através da articulação e organização coletiva com os movimentos sociais nos espaços de controle democrático das políticas sociais; na perspectiva de qualificar a intervenção profissional nos espaços sócio-ocupacionais. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.194). A luta essa que não parou. É tempo de insistir, de lutar para reconstruir a cidadania e a defesa de um país democrático e mais igualitário.

De acordo com Miotto e Nogueira (2006), a partir dos anos 2000 várias mudanças constitucionais foram realizadas em relação à atenção à saúde no Brasil, contribuindo para ampliar o debate sobre a atuação do/a Assistente Social e nas novas exigências postas à profissão que passa a responder as demandas derivadas da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a ampliação da visibilidade da atuação profissional.

O modelo de da hegemonia médica foi resinificado e reconstruído a partir do modelo que foi instituído pela reforma sanitária. De acordo com as autoras, esse debate ocorre em um cenário caracterizado por três grandes marcos:

O primeiro relaciona-se à concepção ampliada de saúde e a um novo modelo de atenção dela decorrente, incluindo a atenção à saúde como um dos pilares estruturantes dos sistemas públicos de bem-estar construídos no século passado. [...] além dos tradicionais esquemas de prevenção e cura, essa visão vem ocupando um lugar de destaque e se constituindo como um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas voltadas à promoção da saúde, esta acrescida de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS. O segundo marco é que [...] ocorre um movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde. Por essa razão, amplia-se a preocupação com a especificidade do Serviço Social à medida que se observam outras profissões alargando suas ações em direção ao social. [...]. O terceiro é, paradoxalmente, a desqualificação pela qual vêm passando os aspectos relacionados ao social, desvelado a partir da análise do formato de alguns dos programas de saúde, em andamento, de âmbito nacional. [...]. Além da desqualificação do social, há um declínio ou uma redução acerca da concepção ampliada de saúde [...]. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, pp. 224-225)

Ainda de acordo com Miotto e Nogueira (2009), a aproximação dos/as Assistentes Sociais com a reforma sanitária ocorreu tardiamente, mas sua participação encontra-se afinada com os ideais críticos e princípios éticos defendidos pela categoria profissional.

Faz-se mister destacar que a intervenção do/a Assistente Social na realidade exige que se aproprie de forma crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença, na prevenção, promoção e cura, considerando os aspectos individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e das populações como um todo. Dessa forma, reafirma o significado e importância da profissão no micro espaços do setor saúde, bem como contribui para ampliar e manter o que foi construído pela reforma sanitária em suas dimensões política, teórica e operativa. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009)

2.3 Intervenção interdisciplinar em equipes multiprofissionais

A atuação em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo que implica na relação entre diversas disciplinas e a interação dos profissionais de

diferentes áreas do conhecimento. Nesse processo o trabalho multiprofissional refere-se à conciliação de diferentes processos de trabalho que interagem preservando as diferenças técnicas ou especificidades de cada profissão. (PEDUZZI, 2001)

O trabalho em equipes multiprofissionais na saúde é considerado um ponto central na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o trabalho em equipe é uma estratégia para reinventar os processos de trabalho na perspectiva de promover a qualidade dos serviços e as formas de atuar sobre o processo saúde-doença através da interação entre os profissionais e suas ações (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Para alcançar essa interação:

[...] é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe. (PEDUZZI, 2007, p.2)

A falta de interação entre os diversos saberes produziu profissionais especializados e com competências que não dão conta da complexidade das demandas sociais da atualidade. Desta forma, desde a década de 1960 é defendido o enfoque interdisciplinar na formação e na intervenção profissional. Esse debate se amplia nas décadas de 1970 e 1980, mas ganhou visibilidade no final da década de 1990 e hoje tem uma repercussão ampla nos mais variados campos do conhecimento.

Apesar da evolução do debate, ainda é incipiente as pesquisas que tratem desse tema. O Serviço Social gradativamente vem discutindo sobre a importância da intervenção interdisciplinar, sobretudo no campo da saúde e no sócio jurídico.

É importante destacar que o Serviço Social vem amadurecendo as suas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-políticae, assim, ganhando legitimidade interventiva no trabalho multiprofissional, buscando a ampliação e qualificação da sua prática através da interlocução de saberes com os demais profissionais. (ELY, 2003)

De acordo com Nogueira (1997), a interdisciplinaridade é complexa e, sendo assim, pode ser pensada a partir de duas abordagens distintas, mas que apresentam uma interdependência. A primeira abordagem se refere à construção de conhecimento com separações entre as disciplinas/profissões.

Assim, a interdisciplinaridade permite uma visão holística e a formação de uma postura crítica; a segunda abordagem entende a interdisciplinaridade como método de trabalho e a considera uma ação interventiva. As duas abordagens estão relacionadas, porém, para o objetivo desse trabalho, se dará destaque para a segunda abordagem, a da ação interventiva.

A interdisciplinaridade tem como pré-condição a existência de uma equipe profissional constituída por profissionais com formações diferentes e que interagem possibilitando uma troca de saberes, considerando os objetivos comuns, com coesão e cooperação.

Dessa forma, a interdisciplinaridade considera a importância da contribuição de cada disciplina e a abertura para o diálogo em que é preservada a integridade dos métodos e conceitos de cada disciplina.

De acordo com Vasconcelos (1997), alguns conceitos são importantes quando se discute a questão da interdisciplinaridade em equipes multiprofissionais. Para a autora, vários conceitos têm relações semelhantes, mas apresentam diferenças no grau de cooperação e coordenação entre as disciplinas.

Os conceitos discutidos pela autora são:

- ✓ **Multidisciplinaridade** – o trabalho. É realizado de forma isolada com troca e cooperação mínima entre as disciplinas envolvidas na ação;
- ✓ **Pluridisciplinaridade** – a trabalho é realizado por uma equipe com diversas disciplinas envolvidas na ação de forma justaposta com cooperação, mas cada disciplina toma as decisões de forma isolada;
- ✓ **Interdisciplinaridade** – as relações de trabalho e de poder se dão de forma horizontal e as estratégias de ação são comuns e definidas através da troca recíproca de conhecimentos entre as diferentes disciplinas;
- ✓ **Transdisciplinaridade** – todas as disciplinas participam da coordenação das atividades com autonomia teórica, disciplinar e operativa.

A partir desses conceitos, entende-se que a interdisciplinaridade é um nível avançado de coordenação e cooperação das atividades onde são valorizados os diversos conhecimentos fundados no diálogo. Para que haja essa interação e articulação entre os saberes é fundamental que exista respeito à autonomia e à criatividade de cada área do conhecimento de modo que todas as disciplinas contribuam para que nenhuma disciplina seja excluída do processo. (ELY, 2003)

A interação eficaz supõe socialização do conhecimento, das linguagens e dos conceitos específicos de cada profissão para que possa haver a promoção de uma recombinação dos elementos de modo a facilitar o processo de comunicação (VASCONCELOS, 1997; EY, 2003)

Para Ely, a retomada da:

Totalidade do conhecimento através da prática interdisciplinar não é tarefa fácil, pois, tradicionalmente, a sua fragmentação desenvolveu uma cultura de trabalho calcada em profissões essencialmente disciplinares, cuja tomada de decisão se processa de forma isolada, observando apenas as limitações de cada especialização. (ELY, 2003, p. 115)

O Serviço Social é uma área com potencialidades para a intervenção interdisciplinar em equipes multiprofissionais, uma vez que o caráter interdisciplinar é um aspecto importantedo processo de formação e produção de conhecimento do/a Assistente Social. Assim, a prática interdisciplinar está presenteno Código de Ética, no capítulo III, artigo 10, alínea d, onde destaca que a participação em equipes interdisciplinares é um dever do profissional.

Esse dever se refere ao compromisso com a prestação de serviços de qualidade. O/A Assistente Social ao executar as suas ações, atua na perspectiva de trocar ideias com profissionais de outras áreas, compartilhando um espaço de troca com as disciplinas envolvidas na complexidade do atendimento às demandas, sociais e dessa forma, ultrapassando os limites de sua especificidade. (ELY, 2003).

A ação interventiva interdisciplinar pode ser entendida como:

[...] multifacetada, à medida que necessita adequar-se aos objetivos e ao objeto de trabalho da equipe em que se insere, exigindo, desta forma, que o assistente social priorize determinados conhecimentos, atribuições e características em detrimento de outros. Portanto, a postura assumida relaciona-se com as áreas em que este profissional se insere no trabalho interdisciplinar. (ELY, 2003, p. 116)

De acordo com Yamamoto (2002), o/a Assistente Social desenvolve ações em diversos campos sócio-ocupacionais e no trabalho interdisciplinar, nas atividades partilhadas com profissionais de outras áreas interpreta os processos sociais de forma distinta para encaminhar as ações.

3 A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS NO TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Neste capítulo são apresentados os dados da pesquisa, através de um processo reflexivo, que emergiram das análises dos artigos selecionados para compor os dados da pesquisa.

3.1 Serviço social em equipes multiprofissionais de saúde

O Serviço Social no trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação entre diversas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas. Vale ressaltar a importância dessa equipe no tratamento oncológico e entre outros.

A equipe multiprofissional, no âmbito da saúde, consiste em um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho, promover a qualidade dos serviços e as formas de atuar sobre o processo saúde-doença através da interação entre os profissionais e suas ações. (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Para alcançar essa interação:

[...] é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe. (PEDUZZI, 2007, p.02)

Conforme Veloso (2005), a equipe multiprofissional é necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam a qualidade de saúde e de vida das populações, o mesmo se destaca na qualidade do tratamento e na totalidade de cada usuário a ser acompanhado pelo Assistente Social, a área de saúde abrange muitos profissionais que juntos buscam uma mesma solução: o bem-estar do

paciente no sentido do ser e do sentir. Isso porque existe um comprometimento por parte de cada profissional, que dentro de sua área busca seu crescimento individual como também o da equipe que compõe. De acordo com Velloso (2016) refere que a questão das equipes multiprofissionais no crescimento do trabalho se da seguinte maneira.

O crescimento exponencial do conhecimento criou novas necessidades no mundo do trabalho na Antiguidade, sábios eram, ao mesmo tempo, filósofos, matemáticos, astrônomos, engenheiros, artistas, escritores etc. Na área da saúde, até a primeira metade do século passado, cerca de quatro profissionais formalmente habilitados dominavam todo o conhecimento e exerciam todas as ações do setor. Hoje, é totalmente impossível que apenas alguns profissionais exerçam, com toda eficiência necessária, o conjunto amplo e complexo das ações de saúde. Temos, atualmente, profissões de nível superior, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como da área de saúde e ainda, inúmeras profissões formais de nível médio que participam ativamente da atenção à saúde.

No nosso contexto, o Serviço Social busca melhorar a qualidade de vida das pessoas dando assistência às famílias nas questões de acompanhamento de consultas, vida, moradia, bem-estar e meio comunitário. As equipes da saúde de modo geral, trabalham com o propósito de emancipar a qualidade de vida das pessoas, cada qual dentro de sua área, em suas limitações (para não ocupar a função do outro), visa melhoria de modo geral para as famílias auxiliadas.

A equipe multiprofissional é, hoje, uma realidade inofismável e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações. A questão é como fazê-la funcionar de modo homogêneo, democrático, agregador e cooperativo. Para o trabalho da equipe, três fatores devem ser abordados: capacitação profissional, a interface do trabalho dos profissionais e a autonomia dos profissionais.

A história da humanidade revela, entretanto, que existe sempre a possibilidade de se encontrar caminhos criativos e construtivos para equacionar problemas complexos, como o trabalho em equipe, que exige uma especificidade de cada profissional e áreas comuns sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos.

Observando esse ponto de vista da criatividade, é onde destaca-se cada equipe de saúde, seja pelo modo de atendimento, recepção das pessoas e a prática

mesmo do atendimento destacam-se nessas questões de ligação direta com as pessoas. O profissional destaca-se pela sua receptividade com o indivíduo, não basta ser apenas bom no que faz, tem também que desempenhar um papel acolhedor não somente em sua particularidade profissional, mas na equipe.

O trabalho em equipe sempre se destaca quando bem organizado e que acontece em sintonia, ninguém querendo ser melhor ou destacar-se mais, mas juntos em harmonia para melhorar a vida das pessoas.

3.2 Breve considerações do serviço social em equipes multiprofissionais em saúde nos serviços de oncologia

Para realizar uma atuação de competência crítica o Serviço Social na área de saúde busca se nortear aos parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, o mesmo busca esclarecer quais são as competências da profissão no âmbito da saúde. Tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção à saúde os autores pontuam:

A complexidade da questão social com a qual os profissionais lidam cotidianamente demanda diálogo, cooperação... e constituem possibilidades de alianças com outras áreas do conhecimento na realização do trabalho em equipe, a partir de uma visão mais ampla no que se refere à efetivação do acesso ao direito, como cidadania e não apenas quanto a execução dos serviços prestados (CAVALCANTE; REIS; LIRA, 2011, p.07)

Diante desta afirmação Vasconcelos explica que *“dificilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional”*. (VASCONCELOS, 2012, p. 443)

Contudo, a atribuição do Serviço Social na oncologia se dá através da viabilização e garantia de direitos e deveres dos pacientes acometidos por neoplasia, tendo como norte principal as leis e normas que atendem a especificidades dos casos.

Diante dessa compreensão cabe ressaltar que, a partir dessa ferramenta de ação assistencial, o profissional de Serviço Social tem contribuído efetivamente para que esses pacientes tenham acesso a benefícios assistencial ou previdenciário, assim como ao TFD (Tratamento Fora do Domicílio), que tem como finalidade

assegurar que os pacientes que são diagnosticados por câncer tenham acesso ao tratamento de alta complexidade e exigindo de seu município o transporte para se locomover a cidade mais próxima para dar início ao tratamento. Compete também resgate de alguns proventos (PIS/PASEP e FGTS), além de isenção em alguns impostos e gratuidade em transporte público, dentre outros.

3.3 Perspectivas, avanços e desafios da ação do assistente social em equipes multiprofissionais em saúde nos serviços de oncologia

O trabalho do Assistente Social se dá a partir de três dimensões, que surgiram através das mudanças históricas postas a profissão.

Segundo Farias destaca que:

A primeira diz respeito às alterações do mercado de trabalho e das condições de trabalho desse profissional; a segunda refere-se às novas demandas que foram postas à profissão, como é o caso da oncologia e a terceira relaciona-se à identificação da direção das respostas a tais demandas. (FARIAS, 2007, p.100)

Diante dessas dimensões discorreremos aqui a segunda dimensão, a qual coloca o Assistente Social num campo de atuação muito amplo; contudo é necessário que o profissional esteja capacitado a lidar com essas demandas principalmente quando o assunto se trata de sua atuação na área da saúde, com ênfase na oncologia.

Segundo Nunes:

Um dos primeiros passos no atendimento do paciente oncológico feito pelos assistentes sociais é justamente tirá-lo da situação de passividade em que, muitas vezes, os familiares os colocam, quando não os deixam decidir sobre o tratamento ou até escondem a doença, tomando assim as rédeas da vida do cidadão. É necessário que este sujeito continue ativo e ciente dos seus direitos como cidadão portador de neoplasia. (NUNES, 2015, p. 43)

Tendo em vista esta ênfase no atendimento ao paciente, Carvalho (2008, p. 99) destaca que "*[...] o câncer pode colocar os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença*". Assim a ação do Assistente Social não deve pautar-se apenas no paciente, mas também na família.

Neste aspecto Carvalho (2008, p. 99) afirma que "*A existência da doença traz sofrimento para todos os familiares, não raro, formando-se ilhas de*

comunicação" A partir daí pontuaremos a importância da dinâmica do Assistente Social nesses serviços oncológicos; O profissional de Serviço Social se articula com a equipe interdisciplinar e estuda a melhor forma de inserir a família no tratamento do paciente. A equipe é composta por enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, dentistas, biomédicos e fisioterapeutas.

De acordo com Nunes:

O atendimento multidisciplinar visa sempre um resultado positivo para o tratamento da neoplasia. As competências conferidas ao Serviço Social dentro dessa equipe envolvem as esferas social, econômica, educativa e reabilitacional. (NUNES, 2015, pp. 43-44)

Contudo o profissional tem um olhar mais amplo sobre a dimensão da situação/problema. Neste sentido:

O profissional Assistente Social contribui para a garantia de direitos dos pacientes oncológicos e seus familiares a partir dos diferentes elementos que compõem o seu processo de trabalho, a fim de dar visibilidade à importância deste profissional junto à equipe multidisciplinar, bem como de sua contribuição para a qualificação do atendimento e tratamento aos pacientes oncológicos. (BORGES; VIRGOLIN; BRONZATTI, 2002)

No que diz respeito a esses direitos, pontuaremos a seguir alguns direitos retirados da publicação do INCA (2012) intitulada Direitos Sociais da Pessoa com Câncer: orientação aos pacientes. São eles:

- Saque do FGTS/ saque do PIS/PASEP;
- Auxílio-doença;
- Aposentadoria por Invalidez;
- Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente (Lei Orgânica de Assistência Social- LOAS);
- Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS);
- Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria;
- Quitação do financiamento da casa própria;
- Isenção do IPI na compra de veículos adaptados;
- Isenção de Impostos de Circulação Mercadorias e Sobre Prestação de Serviços (ICMS). Na compra de veículos adaptados;

- Isenção de Imposto de propriedade de veículos automotores (IPVA) para veículos adaptados;
- Isenção de Imposto sobre a Propriedade predial e Territorial Urbana (IPTU);
- Bilhete de Viagem de Idoso- Transporte Interestadual Gratuito;
- Laudo Médico para Afastamento de Trabalho;
- Laudo Médico para Atestado de Lucidez.

Considera-se os direitos pontuados a cima, como um avanço nas políticas de acesso a garantia dos direitos do cidadão. A partir dessa explanação pontuaremos a seguir alguns desafios sobre a atuação do Assistente Social em equipes multiprofissionais. Sabemos que a atuação na equipe multiprofissional tem o objetivo de contribuir para o aspecto coletivo, dando importância a saúde e bem-estar do paciente.

Debater a inserção do A.S em equipes multiprofissionais de saúde é pensar em avanços e também em desafios. Torna-se mister enfatizar que os profissionais compreendem o grau de sofrimento que a doença impõe: a fragilidade, as dependências física e emocional de cada enfermo frente ao diagnóstico e o tratamento, a singularidade de cada sujeito no enfrentamento à situação de câncer. (CARVALHO, 2008, p.99)

Desta forma o profissional tem sua atuação pautada na totalidade. A pratica cotidiana retrata muitas vezes a situação da fome, da dor, do sofrimento, da violência e da doença; sabemos que é a partir desse cotidiano exposto a cima o profissional passa a encarar desafios em sua pratica diária, mas especificamente na oncologia isso se torna uma angustia a qual o mesmo tem que fazer uma junção entre o serviço e as políticas sociais, e de maneira imediata buscar respostas positivas para a melhoria e qualidade de vida do paciente.

Conforme afirma, Sousa:

O Assistente Social não é um profissional "neutro". Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista - relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. (SOUSA, 2008, p.121)

Além disso, a prática também se norteia do projeto ético-político da profissão. O profissional, tendo como direção o seu projeto profissional deve buscar a emancipação, autonomia e liberdade de seus pacientes, tentando discutir positivamente ações em que possa alcançar o seu objetivo.

Portanto, a ação do Assistente Social compartilha de um olhar crítico e voltado para a totalidade, com o intuito de assegurar direitos e tornar esse sujeito um cidadão que exerce o seu papel na sociedade. Isso se dá através de diálogos, discussões e debates; enfatizando assim o paciente oncológico como um sujeito que pode dar continuidade ao tratamento e ao mesmo tempo poder viver uma vida normal, até porque está com câncer não significa uma sentença de morte. A ação do Assistente Social também visa desmistificar o câncer e trazer relevância para o tratamento e seu projeto curativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados da pesquisa nos levou a identificar a importância que o assistente social tem na equipe multiprofissional. Com a capacidade de identificar aspectos para além da patologia, o assistente social busca mediar os conflitos e garantir direitos dos pacientes oncológicos.

Tendo como base os Parâmetros da Atuação do Assistente Social na Saúde numa perspectiva de fortalecer o projeto Ético-Político da profissão.

Nosso objetivo aqui foi apresentar de forma sucinta a importância que o assistente social tem nos serviços oncológicos; sucinta porque o tema apesar de ter suas especificidades, abre um amplo caminho para a atuação do assistente social na saúde, caminho este a qual deveria ser mais discutido nos espaços de formação profissional.

Sabemos que cabe aos profissionais do Serviço Social, o compromisso ético-político para que haja melhor efetivação dos valores de cidadania, democracia, igualdade e participação, para que em sua atuação profissional haja respostas qualificadas diante das demandas e tensões resultantes do sistema capitalista a qual desencadeou uma série de expressões da questão social.

Tendo em vista esta asserção, a análise dos resultados apontou positivamente que a ação do profissional de Serviço Social tem transformado o meio social a qual o paciente está inserido garantindo aos mesmos um tratamento de forma humanizada e propondo formas de articulações com respostas imediatas.

Nesta lógica, finalizamos nosso trabalho acentuando que o trabalho do profissional de Serviço Social em saúde se justifica no objetivo da qualificação do atendimento e na melhoria dos serviços oferecidos pelo poder público.

REFERÊNCIAS

A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. Revista Inscrita. Brasília, n.9. CFESS, 2004.

ANDRADE, Maria Ângela Rodrigues Alves de. **O metodologismo e desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961.** *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008. Disponível em: <<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/download/13/78>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BORGES, Tamelize; VIRGOLIN, Isadora W. Cadore; BRONZATTI, Fátima. **Serviço social na oncologia.** Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTZnJ3VG5SRFQxMUE/view. Acesso em: 30/09/2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Elisabete et.al.(Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, J. S. B. **Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões.** In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). *Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho.* Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, M. C. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal.** In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, PotyaraAmazoni da. (Orgs.). *Política Social e Democracia.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CABRAL, Rosilda Isabel. **A contribuição do serviço social no atendimento ao paciente oncológico.** Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTaU9xSEdSeEFqQms/view. Acesso em: 30/09/2017.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão.** Revista Economia Contemporânea. Rio de Janeiro: 1999. v. 3, n. 2, pp. 97-123.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élide Azevedo. **Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. **A necessária atenção á família do paciente oncológico. Disponível em:**

https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTNEFEY2Z1VWtFSDQ/view. Acesso em: 09/10/2017.

CHALHUB, Tânia; SKABA, Márcia Fróes. **A construção do conhecimento em serviço social em oncologia: a contribuição do curso de especialização do INCA.** Disponível em:

https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTbVpVZzZ0SGNuNHM/view. Acesso em: 10/09/2017.

CHUPEL. Cláudia Priscila. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis.** 158 fls. 2008. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ELY, Fabiana Regina. **Serviço Social e interdisciplinaridade.** Katálysis, Florianópolis – SC, v. 6, n. 1, p.113-117, jan./jun. 2003.

Estimativas para o ano de 2009 de número de casos novos por câncer, por região. Disponível em:

http://inca.gov.br/estimativa/2009/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp?ID=1. Acesso em: 07 de maio, 2012.

FEREIAS, Tamara Simone Dias de. **O cotidiano(a) assistente social frente as demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama em tratamento no hospital doutor Luiz Antônio em Natal/RN.** Disponível em:

https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTZII4c3JMWXRFTXc/view. Acesso em: 30/09/2017.

FERRAZ, Marco Segre; CARVALHO, Flávio. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42 out. 1997. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. (Org). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. Disponível em: www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 15 mai. 2015.

GRANDI, Ana Lúcia; DEBASTIANI, Cinara. **Círculo com usuários oncológicos: a práxis do assistente social**. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTWGZFcWVRyXprSW8/view. Acesso em: 30/09/2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. 38. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. 2009. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/ancamento_estimativa_2010>. Acesso em: 20 out. 2017.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MATOS, E. A. **O programa "Aliança para o Progresso": o discurso civilizador na imprensa e a educação profissional no paraná – BRASIL**. In: Simpósio Internacional Processo Civilizador, 11., 2008, Buenos Aires. **Anais**. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2008. p. 359-367. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-scivilizadores/portugues/sites/anais/anais11/artigos/38%20-%20Matos.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MEDEIROS, Thaize de Sousa; SILVA, Olinda Rodrigues da; SARDINHA, Ana Lídia Brito. **Acolhimento e acesso aos direitos sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos**. DOI: 10.15448/1677-9509.2015.1.21225. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTTFBaOUlzZIBsTGM/view. Acesso em: 30/09/2017.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos**. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo, Cortez, 1996. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (Org). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

Notícias UOL. **Mortes por câncer aumentaram 31 no Brasil, em 15 anos**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2017/02/03/mortes-por-cancer-aumentaram-31-no-brasil-em-15-anos-afirma-oms.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

NUNES, Fernanda Letícia Santos. **Desafios e perspectivas postos ao serviço social no acolhimento a famílias de pacientes oncológicos**. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTQmpaYVJ2dHhrbTA/view Acesso em 30/09/2017.

PEDUZZI, Mariana. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em: 14 mai. 2017.

Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) Assistente Social na atualidade. In: CFESS. Atribuições privativas do Assistente Social em questão. Cadernos do CFESS, 2002.

REZENDE, Regina Maura; CONTI, Verena; SANTOS, Zilda Cristina dos. **Trabalho profissional do serviço social na residência multiprofissional em saúde da uftm: análise do perfil dos usuários atendidos nas clínicas de oncologia e endocrinologia**. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTckFoY3ZIVjB2cTg/view. Acesso em: 30/09/2017.

SANTOS, Elayne Costa de; VASCONCELO, Ana Paula Silveira de Moraes. **A atuação das assistentes sociais visto pelas famílias das crianças atendidas em um centro pediátrico do câncer**. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DAS%20ASSISTENTES%20SOCIAIS%20FAM%C3%8DILIAS.pdf>. Acesso em: 10/11/2017.

Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. Serviço Social e Sociedade, n. 54, São Paulo: Ed. Cortez, 1997.

Serviço Social e saúde: desafios atuais. Temporalis, n. 13. São Luís: ABEPSS, jan.- jun. 2007.

SILVA, Tatiana Silva Camara. **Crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos: a intervenção do serviço social junto às famílias.** Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTaWVZV1lzZnNnbmM/view. Acesso em: 30/09/2017.

SOARES, Arlete Cardoso; DONIZETE, Denise Alencar. **Determinadas técnicas do serviço social aplicada aos pacientes oncológicos.** Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTUp5V1E4WnhiaTA/view. Acesso em: 01/10/2017.

SOUZA, Maria Antonia de. **Movimentos sociais e sociedade civil.** IESDE: Curitiba, 2008.

STEIN, Janaina. **O serviço social junto ao paciente oncológico em tratamento radioterápico no hospital de caridade- “anexo”.** Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTTUY3QmhxeXZUSWM/view. Acesso em: 30/09/2017.

Superando Desafios: O Serviço Social na Saúde na década de 90. Cadernos do Serviço Social do HUPE, n. 3. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde.** São Paulo: Cortez; 2003.

VELLOSO, Cid. **Equipe Multiprofissional de Saúde.** Edição nº 296. Disponível em: <http://www.cehmob.org.br/wp-content/uploads/2016/09/Equipe-multiprofissional-de-saude.pdf>. Acesso em: 17/09/2017.

XAVIER, Patrícia Regina Hella; LOPES, Stella Maris. **As práticas do assistente social e sua articulação com a equipe de saúde de um hospital de Curitiba.**

Disponível em:

https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTeUI1M3NpUU0wMWc/view. Acesso em: 30/09/2017.