



Políticas Públicas de Saúde Frente às Demandas do Assistente Social aos Pacientes com Câncer

*Maria Dayana Dantas Bezerra¹; Francisco Renato Silva Ferreira²;
Miguel Melo Ifadireó³; José Antônio de Albuquerque Filho⁴*

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

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

Public Health Policies Facing Social Worker Demands to Cancer Patients

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

Keywords: Social Service. Oncology. Region Social. Intersectoriality.

¹ Graduação -bacharelado em Serviço Social pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Pós-Graduanda em Política Pública de Saúde e Gestão do SUS pela Faculdade Excelência - FAEX. E-mail: dayanabezerra01@gmail.com

² Graduação-licenciatura em Educação Física pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). Graduação -bacharelado em Fisioterapia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). Pós-graduado em Docência do Ensino Superior pela Faculdades Integradas de Patos (FIP). Professor de desenvolvimento físico e esportivo do Sesc/ Juazeiro do Norte. Pesquisador-voluntário do Laboratório Interdisciplinar de Estudos da Violência (LIEV)/UNILEÃO. E-mail: norf20@hotmail.com

³ Doutor em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco. Professor do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (MePESa/UNILEÃO). Professor Assistente da Universidade de Pernambuco (UPE). Pesquisador-líder do Núcleo de Estudos em Gênero, Raça, Religiosidades, Organizações e Sustentabilidade (NEGROS/UPE). E-mail: miguel.ifadireo@upe.br

⁴ Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Professor dos cursos de Direito da Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central de Salgueiro (FACHUSC) e Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras/ PB (FAFIC) E-mail: joseantonioalbuquerquefilho@gmail.com

Considerações Iniciais

O presente trabalho de revisão de literatura consiste em uma análise sobre a atuação do assistente social no âmbito da oncologia, bem como, sua relação com os pacientes e seus familiares. Hodiernamente a patologia se qualifica como um problema de saúde pública, mediante o crescente número de diagnóstico da doença. Considerando que, o controle desta, tem se tornado a cada dia um desafio para a ciência e para os profissionais da área. Será discutido acerca dos direitos sociais que assistem os pacientes e seus familiares, a fim de minimizar as dificuldades inerentes ao seu tratamento. Está inserido neste processo o assistente social, como profissional que trabalha na efetivação desses direitos, garantindo que aquele usuário possa usufruir de benefícios e serviços de forma digna e humana, especialmente aqueles que fazem parte das classes hipossuficientes.

Considera-se de extrema relevância a discussão, para que se compreenda o câncer como uma doença espoliante em que, gera diversos prejuízos para a vida dos sujeitos adoecidos, e com isto, inúmeras são as necessidades que estes pacientes enfrentam. Vale ressaltar, a importância do acolhimento social como forma de minimização dos efeitos do tratamento. O principal objetivo deste estudo é analisar como o trabalho intersetorial tem contribuído para a efetivação dos direitos sociais dos pacientes com neoplasia maligna, mediante a atuação dos assistentes sociais no contexto da política de saúde especialmente na área oncológica, considerando seu papel de mediador entre as redes de proteção social. Por conseguinte, justifica-se a escolha deste tema, através de uma análise sobre do crescente número de casos de pacientes com câncer no país, e por identificar que em sua grande maioria, apresentam um perfil socioeconômico bastante vulnerável. O que certamente, nos motiva a identificar as demandas que se originam do processo de adoecimento, como emergentes, cabendo ao Estado o dever de garantir a efetivação dos direitos sociais mediante o trabalho da rede de proteção social.

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se do método qualitativo, através de uma pesquisa bibliográfica de revisão de literatura, acarretando estudos em materiais publicados em livros, artigos, portarias e leis, caracterizada como exploratória, descritiva e explicativa. Considera-se que a metodologia escolhida propiciou um maior aprofundamento sobre o tema, diante do grande acervo de materiais bibliográficos analisados, visto que as mais variadas formas de pensar dos autores, possibilita uma análise ampliada sobre a temática discutida, favorecendo os resultados desta pesquisa. Espera-se que esta pesquisa desperte o seguimento a outras, para que fatos novos sejam desvelados.

O despertar pela pesquisa surgiu a partir da experiência vivenciada durante o Estágio Supervisionado I e II, que ocorreu no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP), localizado no município de Barbalha-Ce, durante o ano de 2018. A unidade hospitalar é referência

para 45 municípios, atendendo a cinco microrregiões de saúde, e ainda recebe pacientes por demanda espontânea de 60 cidades. Acoplado ao HMSVP encontra-se, o Centro de Oncologia do Cariri, fundado em 2001, considerado referência em tratamento oncológico, no interior do Ceará. Dentro deste espaço, tive a oportunidade de realizar diversos atendimentos a pacientes e seus familiares, e com isto, era observado os efeitos que esta patologia trás para a vida destes sujeitos, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social.

Esta pesquisa fora realizada no período de fevereiro a junho do ano de 2019, e utilizou-se de informações e dados, extraídos a partir da leitura e o estudo de artigos científicos, livros, monografias, dissertações de mestrado, de revistas eletrônicas e impressas, páginas de web sites, portarias e leis. Sob a visão crítica e reflexiva de vários autores, que subsidiaram a discussão acerca do objeto de estudo. Portanto, a pesquisa já citada torna-se, imprescindível no processo de construção de conhecimento, visto que suas vias de acesso permitem que, os pesquisadores desenvolvam em si um senso crítico de determinado assunto, pelo grande volume de obras, texto e diálogos com diversos autores. Desta maneira, foi realizada uma análise acerca do acesso aos benefícios existentes, enfatizando a importância do assistente social, na viabilização das garantias que assistem os pacientes com câncer, avaliando como acontece a articulação entre as redes de proteção social a contribuição do trabalho intersetorial no processo de aquisição e efetivação dos direitos sociais. Assim, se tornou possível perceber que a pesquisa científica, se tornou uma ponte para a construção de conhecimento, onde qualifica o pesquisador como um ser investigativo, em busca de desvelar a realidade que envolve os sujeitos, dentro dos seus espaços e necessidade.

Breve panorama histórico das Políticas de Saúde e de Enfrentamento ao Câncer no Brasil

A busca pela qualidade de vida e bem-estar da população brasileira é atualmente um dos principais enfoques da política nacional de saúde. Deste modo, a proteção social deve ser o objetivo singular das políticas públicas, o que caracteriza a saúde como interesse social. (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012). De acordo com Luiz Antônio Teixeira, Marco Porto e Paula Habib (2012) torna-se necessário avaliar criticamente que estamos muito distante da possibilidade de mudar esta realidade, visto que as políticas públicas em matéria de saúde no Brasil, não vêm sendo tratadas com objetividade política, ficando assim, muito além de um ideal desejado e imaginado, hábil para contemplar as necessidades da população brasileira, e não apenas os interesses econômicos. Corroborando com esta perspectiva Jovina Rodrigues (2011), em seu estudo sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social a partir da Constituição cidadã de 1988, assevera que até o final do século XIX, tanto as políticas públicas de saúde, quanto as de assistência

social muito pouco sucesso tinham com a população, visto que estas baseavam-se em atendimentos pontuais, em decorrência do crescimento das epidemias nas mais distintas regiões e territorialidades do país.

Diante do surgimento de respostas oriundas do processo de industrialização brasileira, com o adoecimento da classe operária, motivaram-se assim, a percepção acerca da necessidade de mudanças na organização sanitária brasileira, fato este que levou a mobilização das autoridades políticas e intelectuais para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por Oswaldo Cruz em 1920. (MIOTO; SCHUTS, 2010). Contudo, outro problema de saúde crescia assustadoramente no país, eram os casos de pacientes com diagnóstico de câncer. Doença pouco conhecida pela medicina nacional, o que dificultava o enfrentamento dela, causando a morte precoce de inúmeras pessoas. Vale ressaltar, que o câncer ganha espaço como um problema de saúde pública, a partir da criação do DNSP, a saber:

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

Do ponto de vista político-econômico em relação à saúde pública no Brasil, constata-se que apesar de substanciais mudanças no cenário nacional, a questão da saúde pública nesta fase era extremamente seletiva e não inclusiva, pois, era restrita apenas aos trabalhadores assalariados. (JUNQUEIRA, 2004). Outro ponto a se considerar é que foi apenas em finais da década de 1930 que o Ministério da Educação e Saúde Pública foi criado, fator este que passou a fomentar um novo perfil de política de saúde nacional. (COMERLATT *et. al.*, 2007). Conforme ressalta Glaucia Amaral (2003) ao avaliar as ações intersetoriais na atenção à saúde na alta complexidade constata que foi nesta época que distintos institutos de serviços a nível nacional foram não apenas criados, mas também direcionados ao combate de doenças percebidas como entraves, ao desenvolvimento econômico, o câncer passa a ser visto de maneira proeminente.

A este respeito Luiz Teixeira e Cristina Fonseca (2007) explicitam que foi na eminência do governo de Getúlio Vargas, mais especificamente no ano de 1935, que aconteceu o I Congresso Brasileiro de Câncer. Evento este que foi responsável pela elaboração de estratégias para superação da neoplasia a nível nacional, bem como sobre a importância dos serviços ofertados pelo Hospital do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz, que na época prestava atendimento à população de forma filantrópica. Some-se a isto o fato de que no ano de 1941 se foi protagonizado a criação do órgão de

Serviço Nacional de Câncer (SNC) que objetivava o controle e a produção de estudos específicos, a saber:

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

Entretanto, foi a partir do Decreto-Lei 3.643, de setembro de 1941, que o SNC foi instituído como serviço que liderasse as ações de prevenção, com base em um diagnóstico precoce para a diminuição dos casos de câncer. (BRASIL, 1970). Este momento histórico facilitou a ampliação de novos aparelhos e serviços de apoio aos pacientes oncológicos não apenas nas longínquas regiões do país, bem como para regiões com menos recursos, a exemplo do norte e nordeste do país. Porém, o Ministério da Educação e Saúde, mantinha como preferência os atendimentos de outras doenças, como febre amarela e a malária, em decorrência ao crescente número de casos, ainda existentes. (BRASIL, 2011).

Percebe-se que os interesses no controle ao câncer e às epidemias eram comuns entre governo e cancerologistas. Contudo, os serviços destinados à população ainda eram segregacionistas. De acordo com Jairnilson Paim (2009), o sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Contudo, na historicidade das políticas públicas brasileiras que as propostas de controle ao câncer estavam aquém da realidade nacional, tanto no campo da prevenção como do tratamento. (CEBES, 2009). Não havia arcabouço financeiro para suprir as demandas, o que era comum observar hospitais superlotados, pois não havia um planejamento que garantisse a equidade dos serviços conforme as necessidades de cada paciente.

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

Contudo foi com a reeleição de Getúlio Vargas que se deu efetivamente a proposição de reformas administrativas a partir de 1950. Mais ainda se soma a isto, o fato de que neste mesmo período se foi apresentado, pelo Legislativo, um Projeto de Lei (PL 315) que previa a criação do Ministério da Saúde. Ao lado desta mudança de paradigmas pode se destacar que foi ínfimo o desenvolvimento de políticas públicas específicas de enfrentamento, profilaxia ou de educação ao câncer (ROSA; STURZA, 2013), principalmente, porque a saúde pública no Brasil não era valorizada,

tampouco era objeto político-eleitoral, pelo contrário, a questão da saúde caminhava a passos de ação desenvolvimentista, atreladas ao viés econômico-financeiro. (CAMPOS, 2015). A saúde nessa época ainda possuía um caráter desenvolvimentista, e todas as ações elaboradas seguiam um viés econômico. No que concerne a isso, Jovina Rodrigues (2011), destaca que teria sido apenas no governo de Juscelino Kubitschek (JK 1955-1960) que podemos “historiocizar” a quebra de alguns padrões (MUNIZ, 2013), tendo em vista que na gestão de JK (1955-1960) se foi possível constatar os pioneiros investimentos na política de controle ao câncer no país, principalmente, com o direcionamento de verbas específicas para o SNC⁵ (LEITE; BASTOS, 2018). Até que em agosto de 1960, segundo Ivan Leite e Paulo Bastos (2018), bem como Sarah Escorel (2012) percebe-se que se institucionalizaram - através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) - políticas específicas com objetivo de unificar os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Fato este que possibilitou a ampliação de gastos com a medicina hospitalar. (JUNQUEIRA, 2004).

Pesquisadores e profissionais “cancerologistas” – entre estes destacam-se Adonis de Carvalho (1967), Jane Kelly Friestino *et. al.* (2017), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2017) entre outros – asseveram que teria sido neste período temporal que se passou a perceber no Brasil o câncer como um problema social. Fato este que fez com que se desencadeassem políticas públicas de controle, por um lado, a partir de ações de cunho eminentemente, preventivas até desaguar em campanhas educativas com o uso de mecanismos de diagnóstico e do tratamento. (HOCHMAN, 2015). Sob esta percepção, buscava-se viabilizar a democratização do acesso às unidades de tratamento, e ampliar as relações entre patologia e medicina. Ainda durante o governo de JK, inaugurou-se uma sede própria para Instituto Nacional do Câncer (INCA), as novas instalações, propiciaram que o instituto se tornasse a maior instituição na luta contra o câncer da América Latina, devido sua relevante importância, nas áreas de pesquisa e formação profissional. (MUNIZ, 2013).

Corroborando com Érico Muniz (2009) encontra-se em Cristina Fonseca (2013) e em André Campos (2006) inquestionáveis indícios sobre as políticas públicas em saúde em tempos de ditadura militar, a qual vigorou no Brasil de 1964 a 1985. Período temporal este que celebrou uma das eras mais críticas da história da Política Nacional em Saúde no Brasil (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012). O modelo adotado pelo governo totalitário possuía uma base ideológica, voltada ao liberalismo econômico e uma concepção privatizante em relação aos serviços de saúde. (RODRIGUES, 2011). Na visão do Ministério da Saúde (1987) acerca da emergência de uma reforma sanitária para o país, o câncer por não ser uma doença epidêmica ou contagiosa, não poderia ser atendido como problema de saúde pública, e seu controle eram voltadas as práticas hospitalocêntricas individualizadas:

⁵ Serviço Nacional de Câncer (SNC).

O cenário da saúde pública do país, nesse contexto, era marcado pelo fortalecimento do setor privado na saúde, por meio de uma série de políticas públicas; pela criação de diversos órgãos federais, a exemplo do INAMPS (anos de 1977), elevando o número de beneficiados das políticas de previdência e saúde, mas que não significou a universalização do acesso a elas; orientação assistencial e curativa de ações e serviços de saúde e exclusão de grande parte da população ao acesso aos serviços de saúde. (COSTA et al, 2009, p. 171).

Relevantes acontecimentos e discussões sobre a descentralização de poder foram pautas da II Conferência Nacional de Saúde (CNS) – que ocorreu no ano de 1950 e que tinha como tema a legislação referente à higiene e à segurança do trabalho - onde fora pontuado a necessidade de atuação dos municípios, no processo de gestão das ações de saúde. Contudo, os principais marcos para a saúde pública acontecem na III CNS (1963), por trazer questões de abrangência nacional, como a proposta de elaboração de um sistema universal de saúde, um contexto democrático que atendesse a todos igualmente. (FIOCRUZ, ONLINE)⁶ De acordo com Luiz Teixeira, Marco Porto e Paula Habib (2012), este período ditatorial trouxe inúmeros retrocessos, as propostas da III CNS não conseguem se materializar, pois o perfil privatista e médico-hospitalar, no âmbito da medicina previdenciária, não conseguia atender os interesses da população, o que impactava em tratamentos pouco eficientes de maneira descoordenada, principalmente aos pacientes oncológicos. A propósito ressalta-se o crescente número de casos de neoplasia maligna no país, se instala a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), amparada pelo Decreto nº 61.968 de 1967, destinava-se à:

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

No contexto da década de 1970, a luta de combate ao câncer ganhava novos rumos, surgindo o Programa Nacional de Controle ao Câncer (PNCC) com o objetivo de integrar as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social, o programa contava com a ajuda da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que efetivou ações no campo acadêmico, dando ênfase aos cânceres ginecológicos, tornando-se modelo para países em desenvolvimento, a partir da década citada, as campanhas eram centralizadas no controle do câncer de colo de útero. (TEIXEIRA, 2015^a). Como fruto desta correlação de forças, adentramos os anos de 1980 sob a égide de uma política de saúde pluralista, discutindo na VII CNS como seria possível efetivar as ações de saúde a nível básico e especializado (CFESS, 2010). Seis anos mais tarde, a VIII CNS contou com cerca de cinco mil

⁶ Neste sentido ver a linha do tempo das conferências nacionais em saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

participantes, e no evento nasce os caminhos para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), responsável por diversas mudanças sistema de saúde. No texto do relatório final da VIII Conferência a RSB é explicitada da seguinte forma:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está se convencionando chamar de Reforma Sanitária. (BRASIL, 1987a, p.381).

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

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

As ações no sentido de enfrentamentos de combate ao câncer passam a vista de uma forma holística, onde seus aspectos sociais, econômicos e biológicos tornam-se determinantes para seu controle. Diante desta visão sobre prevenção e promoção, iniciam-se em 1989 campanhas relativas ao combate ao câncer e controle ao tabagismo, coordenada pelo INCA. (JAQUES, 2010). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), se deu através da Lei n°. 8.080, de 19 de setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde – (LOS), esta lei regulamenta o SUS que tem por objetivo proporcionar assistência à população, para que assim sejam procurados os meios capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torna-lo efetivo no Brasil. (COMERLATT, 2007). Logo em seguida a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros a área da saúde. Com a criação do SUS, foi possível a extensão dos serviços de saúde no território brasileiro. Surgem neste contexto às políticas de atenção primária, secundária e terciária fundamentada, sobre os princípios da universalidade, garantindo a igualdade no atendimento das demandas, a equidade oportunizando a todos de acordo com suas particularidades e a integralidade, através de ações desde a promoção à saúde, até a ressocialização dos indivíduos. (ROSA, STURZA, 2013).

De acordo com Luiz Teixeira, Marco Porto e Claudio Noronha (2012), a década de 1990 representa a normatização das ações de controle ao câncer, diversas portarias do Ministério da Saúde foram estabelecidas, a fim de garantir os serviços da alta complexidade, novas descobertas no campo da ciência, tencionou a melhoria do tratamento. Assim como também os repasses financeiros destinados àquelas atividades. A portaria GM/MS nº 3.535/98, vem garantir a acessibilidade ao tratamento de pacientes com neoplasias malignas de forma integral, elaborando um planejamento para os atendimentos a nível populacional, onde se estimava cerca de 550.000 habitantes para cada centro de alta complexidade, e não mais pela livre demanda como era no passado. Corroborando com as ações anteriores, a chegada do novo século foi palco para a reestruturação na política nacional de saúde, através da implantação programas de humanização no tratamento das doenças, que contribuiu na construção de laços de cidadania e na dignificação da pessoa humana. Por fim, verifica-se que o trabalho das equipes de saúde passou a ser realizado de forma integrada com as demais políticas públicas, visto que não restam dúvidas de que a trajetória da saúde no Brasil representa, ainda hoje, uma luta da população por qualidade de vida digna. (ROSA, STURZA, 2013).

A Neoplasia e suas implicações para a saúde no tempo presente

Estudos prévios – Juliana Rose Campos (2015), Ana Cristina Rosa e Janaína Machado Sturza (2013), INCA (2012), Letícia Batista (2010), Glaucia Amaral (2008) entre outros – asseveram que o câncer é a segunda doença que mais mata pessoas no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, tornando-se assim, um dos maiores desafios para as ciências médicas e seus profissionais na contemporaneidade. A este respeito, verifica-se em Ana Rosa e Janaína Sturza (2013) a grande preocupação do estado democrático de direito em, por um lado, garantir o direito à saúde ao paciente oncológico; e por outro lado, observam a emergência de políticas públicas de entendimento, prevenção e tratamento aos impactos da neoplasia, visto que esta contribui para o declínio populacional dos países em desenvolvimento, pois sem a efetividade do controle através de políticas públicas contra a patologia, a estimativa de vida de muitos pacientes será reduzida bruscamente (TEIXEIRA, 2015a).

Conforme dados do INCA (2018), são estimados para o Brasil no biênio 2018/2019 cerca de 1,2 milhões de novos casos da doença. De acordo com análise de especialistas na área – Luiz Teixeira, Marco Porto e Claudio Noronha (2012) e Tiago Jaques (2010) -, a incidência será ligeiramente maior entre homens, em comparação às mulheres. Isso se deve pela maior exposição do sexo masculino, aos fatores de riscos comportamentais, como o uso abusivo de álcool, o tabagismo, a exposição solar e contato com agrotóxicos. (GIOVANELLA et al., 2012). A neoplasia é uma doença de múltiplas

causas., por conseguinte, é possível considerar que o processo de adoecimento populacional está ligado diretamente à qualidade de vida que cada ser humano possui. Corroborando com esta assertiva a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que um indivíduo deve possuir um completo bem-estar físico, social e mental para ser considerado saudável:

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

Neste contexto, considera-se que os fatores sociais e econômicos elencados pelas crises sociais das modernas sociedades líquidas - tais como o desemprego, a criminalidade, a falta de perspectiva profissional, os desarranjos familiares, a piora no sistema de educação e saúde social básica – tem afetado diretamente o cotidiano dos usuários do Sistema único de Saúde no Brasil, visto que o perfil predominante dos usuários do SUS, são pessoas de baixa renda, ou seja, pessoas em condições de vulnerabilidade e marcadas por experiências de injustiças, explorações e exclusões sociais. Assim, verifica-se que nestas relações de atendimento e de procura pelos atendidos ao Sistema Único de Saúde, nem sempre ocorrem da forma que se espera, principalmente, quando o Estado não consegue garantir de maneira plena e absoluta a garantia constitucional mínima de acesso à saúde. Pelo contrário, observa-se dentro e fora do SUS, uma estrutura social de saúde pública injusta que legitima a estrutura atroz do capitalismo ao perpetuar as atrocidades de desrespeito aos direitos humanos (PINHEIRO et. al., 2012).

A este respeito, verifica-se a assertiva da crítica de Jairson Paim (2009) ao asseverar que, antes de tudo, faz-se necessário compreender os determinantes sociais da saúde, para que assim, se torne possível intensificar a defesa das políticas sociais e econômicas. Dentro deste contexto o autor acrescenta que estas seriam hábeis para minimizar o crescente número de doenças, desenvolvendo ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, no intuito de garantir a assistência a estes usuários de maneira integral. Ademais observa-se que no Brasil, temos um Estado de direito, recheado por tentativas políticas, algumas vezes frustrantes, outras vezes de sucesso, as quais não conseguem lograr êxito a longo prazo, em virtude da constante mudança de paradigmas e políticas públicas resultantes das mudanças de governo. Logo, não se produz, historicamente, no Brasil, políticas públicas contínuas, mas políticas públicas “geracionais”, as quais a cada governo uma vem a substituir ou refutar a anterior. Este fenômeno torna-se um dos maiores empecilhos para o sucesso de uma política nacional de atenção oncológica a longo prazo. Vale enfatizar que o sistema de saúde nacional é dependente das grandes relações político-econômicas que se passam, geralmente, no plano exterior e interior dos interesses de grandes blocos econômicos de poder.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005, vem ampliar a rede de atendimento dos serviços da alta complexidade, no intuito de minimizar os casos de neoplasia, efetivando a descentralização de poderes, abrindo espaço para que os Estados e Municípios incluam nos seus planejamentos o atendimento de pacientes oncológicos, através dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Em maio de 2013, é instituída através da Portaria N° 874 a segunda Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. O Objetivo desta nova política é:

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

Observa-se desta forma que a segunda política, complementa a primeira. Visto durante muito tempo os serviços ofertados aos pacientes oncológicos eram realizados por instituições filantrópicas ou privadas, e contavam apenas com uma participação financeira mínima por parte do governo. A partir desta nova percepção na conduta do tratamento, o Estado passa a se fazer presente, não apenas no custeio dos serviços, mas reconhecendo o câncer como uma doença social, espoliante. Qualquer doença que afete tantas pessoas, também terá um impacto econômico profundo. De acordo com o INCA (2018), o Brasil gasta hoje, entre internação hospitalar, quimioterapia e radioterapia, em torno de R\$ 1,2 bilhões por ano com o tratamento do câncer. Projeções indicam que nos próximos anos, os custos com tratamento serão sete vezes maiores do que, as despesas como ações de prevenção (MALTA et. al. 2006).

Os serviços e ações em saúde são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, de acordo com as considerações da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde. O Limite Financeiro da Média e alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), atualmente está organizado através de incentivos e custeios que são repassados de forma regular e automática aos fundos de cada uma destas esferas. Outro componente organizacional da gestão SUS acontece através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que tem como objetivo regulamentar os procedimentos que não estão na tabela SUS, sendo necessário que aconteça uma fiscalização, para averiguar se estes recursos estão coniventes com o solicitado por seus gestores, na pessoa de um auditor fiscal credenciado pelo Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH. Diante destas condicionalidades, é viável destacar a necessidade de um planejamento econômico, que consiga equacionar as demandas, surgidas a partir desse contexto, garantindo que a população usufrua dos seus direitos enquanto pessoa humana, através da

eficácia das políticas públicas. Mesmo havendo a complementaridade dos serviços de saúde, os custos da alta complexidade são superiores ao estimado⁷ (BRASIL, 2011).

Os serviços de alta complexidade sem dúvidas requerem uma maior atenção por parte da gestão financeira do SUS. A forte acentuação dos índices de patologias crônicas como exemplar a situação do câncer, em seu estágio desde o diagnóstico até a aplicação do seu tratamento, trazem números expressivos que provocam uma efervescente inquietação nas equipes que compõem o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde. Neste sentido, é bom lembrar que a melhor forma de conter o alastramento das doenças crônicas se dá pela prevenção como acentua a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual tem se articulado no contexto da atenção primária, mobilizando suas equipes para trabalharem como vigilantes ativos no processo de prevenção e promoção à saúde. Importante destacar que o Ministério da Saúde, no intuito enfatizar a importância das campanhas de prevenção e controle ao câncer e outras doenças crônicas, elaborou um calendário anual de estratégias com metas, riscos e objetivos que enfatizam ações públicas de cunho educativo e preventivo, visando a ampliação do atendimento à população, bem como a majoração do acesso e as informações como foco na realização de exames para diagnósticos, transformando assim, o cotidiano dos atendidos em situação de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2011).

Da Proteção Social a garantia dos direitos de pacientes com Neoplasia Maligna

De acordo com Juliana Rose Campos (2015) verifica-se que uma das atribuições do Estado democrático de direito é o desenvolvimento de políticas públicas hábeis para efetivar os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, e por conseguinte, a saúde é um dos direitos fundamentais consagrados pela atual Constituição do Estado brasileiro. Muito embora, a autora considere que o atual modelo de política pública em saúde no Brasil, desde a implementação do Sistema Único de Saúde, ainda que seja “deficitário é gratuito e financiado por recursos públicos” (IBID., 2015, p. 34). Fato este que garante consideráveis arranjos na conquista social da população em estado de vulnerabilidade social. Outro ponto destacado pela autora é a verificação de que os postulados que resguardam a proteção social consagrada pelos Direitos Sociais, efetuados pela Constituição Federal de 1988, tem como atribuição a proteção social que deve ser garantida pelo Estado, principalmente, para àqueles que sobrevivem apesar de conflituosas e distintas situações de vulnerabilidade. É válido ressaltar que,

⁷ Neste sentido pode ressaltar que os dados dos homográficos sobre o câncer permanecem incontestáveis, como a elaboração de políticas públicas oncológicas efetivas, a saber: na liderança aparece o próstata com cerca de (68.220 casos), seguido do de mama feminino com (59.700 casos), o de pulmão com (31.270 casos), o de estômago (21.290 casos), o de colo do útero (16.370 casos), o de cavidade oral (14.700 casos), o do sistema nervoso central (11.320), o de leucemias (10.800 casos) e, por fim, o de esôfago com (10.790 casos) (INCA, 2018).

dentro desta linha de raciocínio, são as políticas públicas voltadas para a grande parcela da população em situação de alta vulnerabilidade social que permitem com que estas ações - voltadas para superação das desigualdades sociais e da pobreza, bem como para a majoração da acessibilidade a saúde pública e gratuita no país - fazem com que o campo de tensão entre as assinaladas e desiguais relações de poder possam ter seus efeitos maléficos minimizados. (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Em adição a este problema, some-se a isto o fato de que foi a partir da evolução política da democracia brasileira que se tornou possível espriar os postulados e princípios de que os Direitos Sociais não são apenas direitos a serem garantidos como instrumentos de proteção aos trabalhadores explorados, mas também como estratégia marcante a ser perseguida por eficazes políticas de saúde pública, mais especificadamente direcionadas aos grupos vulneráveis excluídos e hipossuficientes. Os rumos tomados, a partir de então, favorecem a ampliação dos direitos em seu papel emancipatório dos cidadãos, e legalizador dos serviços ofertados, na corporação das políticas públicas. Fatores estes que passaram a ser utilizados como critérios de inclusão aos benefícios sociais adquiridos a partir da implementação do Art. 6º (reconhecimento do Direito à Saúde) da citada Constituição. (CAMPOS, 2015).

Nesta perspectiva, amplia-se a construção das políticas sociais fundamentada no objetivo principal, em consentir a proteção social da população, a fim de melhorar a estrutura de vida dos cidadãos. É cabível de registro, explanar o quão valiosos foram os avanços ocorridos no período constituinte, visto que a saúde (pública) passou a ser vista como uma questão emergente e necessária para o desenvolvimento do Estado brasileiro. Ao se observar este cenário, constata-se que, por um lado, o tratamento de patologia é fundamental, principalmente, no contexto de emergência social em relação a população vulnerável; por outro lado, entende-se que o Estado Democrático de Direito deve buscar não apenas transformar a qualidade de seus serviços em matéria de saúde básica, bem como modificar os empecilhos impeditivos que envolvem o cotidiano de usuários e/ ou pacientes acometidos pelo câncer. (SILVA, 2010).

Por conseguinte, apontam-se algumas legislações positivadas que visam legitimar a questão problema não com intuito de dissipar o tema, pelo contrário, este não é o objetivo do presente trabalho, apenas elucidar as principais legislações que podem servir de fundamento para futuras proposições ou argumentos em defesa da aplicabilidade de bens e serviços que devem ser, pelo Estado ou por seus atores, destinados aos pacientes acometidos pela doença, que espriam-se no campo de tensão que vai do tratamento - benefícios da Previdência Social, a isenção de impostos, laudos médicos, transporte, moradia e – até outros direitos sociais, os quais objetivam auxiliar o paciente e familiares durante o difícil trajeto de enfrentamento a doença, a saber: a) para o tratamento cita-se a Lei Federal de nº. 12.732/ 2012; b) para fins de tratamento fora do domicílio,

bem como a locomoção do paciente deve-se enunciar a Portaria do SAS de nº. 55/99; c) A nível de promoção e auxílio a mulher acometida pelo câncer de mama e a reconstrução e fortalecimento de sua autoestima advinda com a retirada da mama para efeito de tratamento pela cirurgia de reconstrução mamária temos as Leis Federais de nº.9.797/1999, a de nº. 9.656/1998 (art. 10-A) e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) de nº. 1.815/ 2008, a qual vem atestar a lucidez do paciente pelo profissional da medicina que o assiste; d) já em relação ao direito do trabalhador em relação ao saque de seu FGTS existe a regulamentação da Lei Federal de nº. 8.036/ 1990 entre outras legislações especiais.

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

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

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

A trajetória da pesquisa no Hospital São Vicente de Paulo e a Missão Do Cuidar - Resultados e Discussões

O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP) foi fundado em 1970, no coração da cidade de Barbalha (Ceará) é uma instituição de saúde de referência no tratamento oncológico na Região Metropolitana do Cariri (RMC) cearense, principalmente por conter uma equipe multiprofissional atuando de forma integrada e interrelacionada com a adesão às políticas prioritárias do Ministério da Saúde e, a partir de 1990, das políticas implantadas pelo Sistema Único de Saúde. (MORAIS et. all., 2015). Desta forma pode-se destacar que o HMSVP destaca-se como uma das mais

eficientes unidades mistas de saúde (público e privada) do Estado do Ceará, atendendo a aproximadamente 70% da demanda do SUS, cerca de 28 planos de saúde e particulares de pacientes do Estado e dos Estados Limites, tais como Pernambuco, Paraíba, Piauí, Bahia e Rio Grande do Norte (SOUSA; SILVA; AQUINO FILHO; PAZ, 2013).

Dentre os serviços ofertados para o tratamento de alta complexidade, encontra-se o Centro de Oncologia do Cariri, que funciona em conjunto com o hospital, sendo está a única unidade oncológica no Sul do Ceará, atendendo a toda a população de pacientes no Sul do Estado do Ceará - Estados que fazem limites territoriais com a Região Metropolitana do Cariri cearense - que necessitam do tratamento em decorrência do diagnóstico da doença. Diariamente, estes pacientes realizam procedimentos, e recebem assistência da equipe multiprofissional que compõem o setor de oncologia. Atualmente, o serviço social do HMSVP, conta com duas assistentes sociais, responsáveis por todos os setores do hospital. Em suas atividades realizam acolhimento dos pacientes e de seus familiares, orientando-os acerca dos seus direitos e viabilizando meios para que estes consigam amparo, quando necessário das outras políticas públicas, através do serviço intersetorial (CARVALHO et. all., 2017).

No contexto da política de saúde, em particular na área da oncologia, as expressões da questão social se apresentam de forma mais aguçada, visto que, o próprio adoecimento é a manifestação direta da precariedade das condições de vida. Compreender a dimensão dos prejuízos que esta patologia acarreta a vida dos sujeitos, tem sido um grande desafio para os assistentes sociais que atuam nessa política. (MORAIS et. all., 2015). Diante do surgimento das novas demandas, é solicitado ao profissional sua intervenção no contexto da prevenção, tratamento e reabilitação destes pacientes. Neste sentido, o seu trabalho deve estar pautado na viabilização e acesso as políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia da efetivação dos direitos sociais e o exercício de cidadania. Para tanto, faz-se necessário que este profissional possua conhecimento, preparo, instrumentos, condições e liberdade para, acima de tudo, superar os desafios de efetivar direitos e obter sucesso em suas ações:

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

Desta forma Ana Maria Vasconcelos (2003) assevera o quão relevante é o trabalho do profissional do serviço social, visto que estes devem reconhecer a importância do trabalho de assistência, principalmente, se estes estiverem motivados a transformar o cotidiano com o intuito de atender aos interesses coletivos, no sentido de romper com os paradigmas de ações tecnicistas ainda existentes. Dentre desta perspectiva, considera-se que as indagações advindas do trabalho do assistente

social, mediante tais condições, devem estar relacionadas a atividades de cunho coletivo, e requer um aprofundamento sobre a intersetorialidade. (SODRÉ, 2010). Corroborando com esta perspectiva, destaca Maria Dalva da Costa (2010) que a apropriação se faz necessária, dado o fato de que o Serviço Social realiza atividades entre as mais diversas políticas setoriais, no intuito de fortalecer os vínculos entre as políticas públicas e seus usuários, visto que se não nos afastarmos dos princípios basilares da assistência, compreenderemos que caberá ao profissional agir na intersetorialidade. Fato este que significa desenvolver a capacidade de combinar, articular e conectar ações e serviços no sistema de proteção social e de seguridade social.

No tocante aos direitos sociais dos pacientes com câncer, Barjas Negri e Ana Luisa Viana (2002), por sua vez, destacam que isso se tornará possível de ser efetivado, se ocorrer o esforço por parte de todos que compõem esse processo que desafia o próprio Sistema Único de Saúde, visto que o trabalho em rede facilita a comunicação e flexibilização das demandas. Coadunando com esta proposta, o CFESS afirma no texto dos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, que a atuação crítica e competente do Serviço Social consiste em: “Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFESS, 2010, p 30).

Analisando tais considerações, é viável destacar a importância do assistente social na construção de um modelo unificado de atenção social, partindo do pressuposto da integralidade, considerando a existência do crescimento das desigualdades sociais, oriundas do processo de adoecimento populacional e o quanto o trabalho em rede solidifica as ações e fortalece os vínculos entre os profissionais e os usuários. O trabalho intersetorial é realizado no sentido de promover a qualidade dos serviços aos pacientes com câncer, visto que, apenas um profissional inserido em uma área específica não seria capaz de abarcar todos os atendimentos, mas as ações devem ser realizadas de forma coletiva em diferentes políticas públicas, considerando as mais variadas necessidades que permeiam a vida desses pacientes e seus familiares, durante o período de tratamento da doença.

Sem dúvidas, essa aproximação facilitará o desenvolvimento das suas atividades de acordo com as particularidades de cada indivíduo, subsidiando a mobilização de toda a rede de proteção social, na resolução das problemáticas. Ainda vale ressaltar, que a ausência de informação acerca desses direitos, têm tornado ainda mais difícil a sua efetividade. Mediante este fato, devemos considerar como competência profissional do assistente social: “Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso deles no atendimento e na defesa de seus direitos.” (CFESS. 2010, p. 36). Portanto, a dinâmica de trabalho do assistente social na oncologia deve ser realizada de forma clara e objetiva, pautada na comunicação entre pacientes,

familiares, profissionais e as redes de proteção social. Sua concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite ao profissional analisar os determinantes sociais do processo saúde-doença para assim, desmistificar o modelo de atendimento centrado apenas na enfermidade.

O espaço intersetorial, proporciona às equipes a liberdade de construir novas formas de agir e pensar sobre uma demanda ou um assunto que, é atendida em determinada política, mas que necessita de outra para encontrar a melhor solução. Comumente essas ações são percebidas no âmbito da seguridade social, com a pretensão de acolher as solicitações dos usuários, e os encaminhamentos da rede de proteção social, para aquisição de garantias e serviços ofertados por estas políticas (RODRIGUES, 2011). Desta forma, percebe-se o quanto a intersetorialidade tem se tornado um mecanismo de ação para a gestão pública das políticas sociais. Sob o aspecto dos serviços e atendimentos aos pacientes acometidos por câncer, entende-se que a melhor forma de garantir que seus direitos enquanto sujeito, acontece por meio do trabalho articulado entre as redes de proteção social. (COSTA, 2010).

Coadunando com essa perspectiva, Regina Célia Miotto e Fernanda Schuts defendem que: “[...] construção da intersetorialidade é, portanto, uma necessidade apontada no campo da política social como requisito da proteção integral” (2010, p. 3-4). Sob essa lógica, mais uma vez é percebida a relevância do trabalho em rede, para a resolutiva dos problemas sociais e a construção de uma sociedade mais justa e humana. No entanto, é preciso enfatizar que o trabalho em rede só consegue ter efetividade mediante a interação de todos com compõem as políticas setoriais, visto que sem a participação dos profissionais, torna-se inviável a materialização dos serviços de caráter continuado. Levando em consideração a situação de enfermidade dos pacientes com câncer, este necessita de apoio dos mais variados serviços públicos, para que possa superar este momento adverso de suas vidas. Sendo assim, a efetividade das garantias sociais, depende da articulação das redes, partindo do pressuposto que nenhuma política obtém resultado de maneira isolada. Para tanto, os assistentes sociais atuam como mediador nesse contexto, rompendo os limites institucionais e criando possibilidades de intervenção (FARIAS, 2007).

Neste aspecto, entendemos que para alcançarmos um resultado positivo das ações profissionais dos assistentes sociais no contexto da política de saúde, é necessária sua compreensão acerca dos determinantes sociais inerentes ao processo saúde-doença, para assim, conseguir atender as necessidades dos sujeitos adoecidos, pautada de acordo com as propostas da reforma sanitária e o *Projeto Ético Político do Serviço Social*. Como se percebe, as referências utilizadas para construção dessa pesquisa, possibilita uma reflexão sobre os desafios postos aos assistentes sociais em trabalhar na lógica da intersetorialidade, objetivando através desta a efetivação dos direitos sociais dos pacientes

com neoplasia maligna. É viável destacar, que sem a harmonia entre os setores, torna-se ineficiente os serviços ofertados pelas políticas públicas.

Desta forma, vimos também que o trabalho intersetorial se caracteriza como uma forma de superação para as limitações encontradas ao longo dos distintos processos de efetivação dos direitos, considerando que estes em suas práticas se fundamentam na observância ao princípio da integralidade. Fator este que favorece à construção de um modelo unificado de proteção social básica e específica como acentua a Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Por conseguinte, urge acrescentar que os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de legitimação da atividade intersetorial que envolve a categoria dos assistentes sociais que estão inseridos no contexto da política de saúde, em especial na área oncológica. Enfim, os achados nos levam a ressaltar que é emergente a necessidade de estabelecimento de uma relação próxima entre os profissionais da assistência social com os pacientes com intuito de garantir a efetividade dos direitos que lhes fazem jus.

Considerações Finais

Constitui objetivo desta pesquisa, a realização de uma análise sobre a importância do assistente social no contexto da política de saúde em especial na área da oncologia, e sobretudo, como o trabalho intersetorial tem contribuído para efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer, considerando o seu perfil de articulador entre as redes de proteção social. Para esta pesquisa, tomou-se como foco a condição de adoecimento populacional na Macrorregião do Cariri Cearense, mais especificamente, no Município de Barbalha/CE, em decorrência do expressivo número de diagnósticos por câncer nos últimos tempos, o que consequentemente qualifica essa patologia como um problema de saúde pública. Assim, se foi levado em observação os fatores sociais e urbanos que acentuam os fatores de risco que pactuam com os fatores de saúde pública na proliferação e na evolução de novos casos. A pesquisa em tela foi fundamental para que se tornasse possível a majoração da percepção dos impactos que esta doença acarreta no cotidiano e na vivência singular de cada paciente, considerando que após um diagnóstico este sujeito sofrerá danos em que afetará diretamente em suas relações interpessoais, laborais, sociais e familiares.

Neste contexto, são vivenciadas as mais diversas formas de expressões da questão social, considerando o quanto esta enfermidade pode limitar a vida destas pessoas. O principal aspecto que motivou este estudo foi a necessidade de analisar a contribuição do assistente social no processo de efetivação das garantias sociais destinadas aos pacientes com câncer, e como este desenvolve sua atuação frente aos setores públicos. Ou seja, com tem se dado à comunicação da rede de proteção social, ao que concerne o processo de aquisição e efetivação dos direitos sociais, destes pacientes.

Durante o processo de construção deste trabalho, que surge de vivências e práticas no campo de trabalho, fomentado com a revisão de literatura específica em relação ao tema, ficou nítido a ausência de estudos investigativos, seja bibliográficos, seja experimentais *in loco*, que interrelacionem a atividade laboral do assistente social no trabalho intersetorial com foco na efetivação dos direitos sociais - destinados aos pacientes oncológicos – conforme estabelece a Constituição Federal.

Dentro deste contexto, torna-se primordial mais uma vez salientar que este estudo foi construído em cima de estudos prévios já validados e publicizados, o que contribuiu com a nossa aproximação a real situação em que os pacientes oncológicos se encontram na região de Barbalha/CE. Fato importante a ser explanado é que o presente trabalho não objetivou em momento algum a promoção de uma investigação profunda sobre o tema, apenas promover - dentro da perspectiva interdisciplinar – o debate sobre a emergência do tema para a Academia, para a Sociedade e para a Categoria Profissional do Assistente Social.

Por fim, acredita-se que, a partir desta pesquisa, se tornou possível perceber a importância emergencial do tema para a efetivação dos direitos sociais dos pacientes com câncer, levando-se em consideração, as redes sociais de articulação intersetorial que devem ser fortalecidas para superar o imediatismo dos serviços prestados nos espaços das políticas públicas, ou seja, o trabalho trouxe o achado de que sem a proliferação da comunicação entre as redes de proteção social, o trabalho do assistente social se tornará ineficiente, principalmente, se for levar em consideração a especificidade do tratamento oncológico, bem como a abertura de novos estudos para auxiliar na produção de uma nova realidade social em matéria de políticas públicas em saúde e no ensino da saúde.

Referências

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

ANDRADE, Lorena Sofia dos Santos. **Diagnóstico imunohistoquímico de câncer de mama em hospitais públicos do Nordeste brasileiro.** Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

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

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

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

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

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

_____, **Campanha Nacional de Combate ao Câncer.** Rio de Janeiro, Ministério da Saúde. 1970. P 05.

_____, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). In: **Revista Nacional de Cancerologia.** out./nov/dez.2017. vol. 63, n. 04, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

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

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960).** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

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

CAMPOS; Juliana Rose Ishikawa da Silva. Direito fundamental à saúde: uma análise da proteção jurídica às pessoas acometidas por neoplasia maligna. **Revista Videre – Dourados**, v. 07, n. 13, p. 34-48, jan./jun. 2015.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(3): 1-14.

CARVALHO, Adônis de. Câncer como Problema de Medicina Tropical. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 23, n. 35, p. 65- 89, dez. 1967.

CARVALHO, Daniela Cavalcanti e Silva Novais; MACÊDO, Tereza Callou Couto; MORENO, Magnolly; FIGUEIREDO, Francisco Winter dos Santos; SALES, Iara Bezerra; CHRISTOFOLINI, Juliana; BIANCO, Bianca; BARBOSA, Caio Parente; CHRISTOFOLINI, Denise Maria. Evolução do Programa de Triagem Neonatal em hospital de referência no Ceará: 11 anos de observação. **ABCS Health Sci.** 2017; 42(3):143-146.

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

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

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

CNS. Resolução Nº 218/97. **Caracterização dos profissionais de saúde de nível superior**. Brasília. 1997.

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

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

COSTA. Maria Dalva Horácio da. **O Serviço Social e a Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2010.

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

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

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

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

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

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

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 313-331, jul. 2009. Suplemento.

_____, Samuel Barnsley - Pessoa e os determinantes sociais das endemias rurais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 425-431, 2015.

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

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

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

_____, Estimativa 2018 – **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em < <http://actbr.org.br/post/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil/17130/>.

JQUES, Tiago A. **Impasses e estratégias: convenção-quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005)**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

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

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

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

MALTA, Deborah Carvalho; CEZÁRIO, Antônio Carlos; MOURA, Lenildo de; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde (Relatório). In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2006; 15(1) : 47 – 65.

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

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

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

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

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

MORAIS, S.A.; OLIVEIRA, R.T.P.; MARTINS, E.L.M.; BATISTA, H.M.T. Sexualidade das Mulheres em Tratamento com câncer de Colo Uterino. **Id on Line Revista de Psicologia**, fevereiro de 2015, vol.9, n.25, p. 91-101.

MUNIZ, Érico Silva. **Basta aplicar uma injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961)**. Rio de Janeiro: FIOCRU, 2013.

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

PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; SILVA-JUNIOR, A. G. (Org.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado**. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012, v. 1, p. 269-280.

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

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

ROSA, A. C.; STURZA, J. M. **A necessária garantia do direito à saúde ao paciente oncológico: Estudo de caso acerca das decisões do tribunal de justiça do estado do Rio Grande do Sul.** 2013.

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

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. Soc.** no. 103 São Paulo July/Sept. 2010.

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

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

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

_____. (Org.). **Câncer de mama e de útero no Brasil:** conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015a. p. 75-114.

_____.; PORTO, Marco Antonio; NORONHA, Claudio. **O câncer no Brasil:** passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

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

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

•

Como citar este artigo (Formato ABNT):

BEZERRA, Maria Dayana Dantas; FERREIRA, Francisco Renato Silva; IFADIREÓ, Miguel Melo; ALBUQUERQUE FILHO, José Antônio de. Políticas Públicas de Saúde Frente às Demandas do Assistente Social aos Pacientes com Câncer. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Outubro/2019, vol.13, n.47, p. 638-660. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 02/09/2019;

Aceito: 08/10/2019.