

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema “O Serviço Social na Oncologia” e como objeto de estudo: A atuação do assistente social no atendimento ao paciente em tratamento oncológico. O Brasil é um país que possui um elevado índice de pessoas que são diagnosticadas com doença do câncer. A incidência de câncer no mundo cresceu 20% nas últimas décadas, dados indicam que a cada ano 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer, a maioria em países de baixa e média renda (OMS, 2018). Segundo o INCA (2016), estima-se que para o Brasil entre os anos de 2018 e 2019, a ocorrência é de 600 mil novos casos de câncer. Já para o estado do Piauí os dados apontam cerca de 7 mil novos casos. Tais presunções fazem com que o câncer cresça e se torne cada vez mais um problema de saúde que acarreta grandes repercussões na vida dos indivíduos e de seus familiares.

A saúde na sociedade brasileira tem sofrido um processo de alteração em sua dimensão política e social, a partir da introdução de um conjunto de medidas e processos que contribuíram para modificar a relação da entidade hospitalar com o paciente. Dessa forma, o indivíduo submetido ao tratamento ambulatorial ou internações hospitalares tem exigido dos profissionais a atenção necessária em prol da qualidade de vida do paciente. Dentre esses profissionais inseridos nesse processo de trabalho na dimensão política e social, encontra-se o Assistente Social, que presta a complementaridade e atenção ao paciente do setor de oncologia (INCA, 2016).

O motivo da pesquisa surgiu a partir de conversas no cotidiano sobre como essa doença tem crescido nos últimos tempos, e também, pelo fato da pesquisadora ter em seu meio familiar parentes que sofrem ou que foram acometidos pela doença. Outro fator que interferiu na escolha do meu tema, foi ter realizado o estágio I e II no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, atuando diretamente no atendimento ao paciente oncológico.

Tal pesquisa será de grande contribuição acadêmica pela abordagem da temática, poderá servir como modelo de inspiração e observação para profissionais e alunos, servirá também como sugestão para futuras pesquisas científicas.

O paciente oncológico apresenta uma vasta gama de necessidades afetadas, principalmente as de ordem emocional, devendo prestar-lhe o adequado acolhimento e assisti-lo da melhor forma possível, orientando nos encaminhamentos necessários, além de prestar-lhe apoio tanto no físico como no psicológico, visto que a saúde é uma interação de equilíbrio entre o corpo e a mente, o qual interfere significativamente nas respostas ao tratamento do câncer (BERLINGUER, 2008).

No setor de oncologia, acredita-se que a Assistente Social trabalha de forma positiva no acolhimento e diálogo com pacientes e seus acompanhantes, buscando orientá-los sobre os direitos que lhes são cabíveis, além de oferecer à devida atenção a família do paciente, facilitando o intermédio entre ambas as partes. O profissional deve intervir nas principais demandas psicossociais apresentadas pelos seus usuários, contribuindo de forma significativa no bem-estar do indivíduo oncológico. É nesse momento que é exigido do profissional uma postura proposta pelo projeto ético-político.

E para a análise de dados de todo o projeto foi utilizado o método materialismo histórico dialético, que Segundo Frigotto (1991), é de fundamental importância para a produção de um conhecimento crítico que altere e transforme a realidade anterior, tanto no plano do conhecimento como no plano histórico social, de modo que a reflexão teórica sobre a realidade se dê em função de uma ação para transformar. Esse método é bastante empregado em pesquisas qualitativas.

A abordagem deste estudo é de caráter qualitativo. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. “A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador” (MINAYO, 2001, p. 14).

Para desenvolver o presente trabalho, realizou-se realizado um levantamento de literatura acerca da temática, a fim de construir um conhecimento teórico a partir de estudos já disponíveis. Sobre essa etapa afirma Gil (2008, p. 50) “O levantamento de literatura é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído, principalmente de livros e artigos científicos”. A da pesquisa será de cunho explicativo. Segundo Gil (2007), uma pesquisa explicativa pode ser a continuação de

outra descritiva, posto que a identificação de fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado. (Gil, 2007, p. 43).

O Assistente social, por meio de seus princípios e experiências, atender de maneira coerente os pacientes que sofrem nos leitos dos hospitais e/ou em consultas e intervenções ambulatoriais durante o processo de tratamento oncológico. A principal ação devolvida pelo setor de Serviço Social na área da oncologia se dá na organização e prestação da assistência aos usuários do referido serviço de saúde por meio de auxílios concretos, bem como na articulação de recursos comunitários, ações educativas, assistências de apoio emocional, atendimento e orientação ao paciente e famílias que apresentam situações que possam interferir (CABRAL,1995). Diante do exposto, entende-se que a profissional busca a partir de seus instrumentos de trabalho uma melhor qualidade no atendimento durante todo processo de tratamento, facilitando o seu bem-estar e de toda a família.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Compreender a atuação do assistente social no setor oncológico.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever as principais ações desenvolvidas pela assistente social na oncologia;
- Conhecer as principais dificuldades enfrentadas pela assistente social na oncologia;
- Entender como se dá o cotidiano do profissional de Serviço Social no setor oncológico.

1.2 JUSTIFICATIVA

Esse tema se torna significativo, pois apesar de muitos conhecerem, ainda é necessário discutir, relatar as grandes dificuldades que o paciente atravessa, mostrar que a colaboração e o apoio são essenciais durante esse período de fragilidade. Dessa forma, é uma doença que atinge uma grande quantidade de pessoas.

Inicialmente uma das primeiras atitudes a ser tomada pelo doente é a rejeição, em seguida o medo, a angústia, a sensação de abandono ou medo da morte. Sendo assim, o paciente necessita do apoio de toda equipe da saúde, na qual o Assistente Social está inserido.

É nesse contexto que a atuação do Serviço Social está voltada para o atendimento do usuário em suas necessidades psicossocial e emocional, em situações de doença, norteadas pelo compromisso de valorização da dignidade da pessoa humana, compreendendo a pessoa doente, assim como sua enfermidade, para tratá-la como ser completo que pertence a uma família e a uma comunidade, dentro de uma perspectiva de acolhimento do doente e de seu familiar (BRENTANI, 2013). Diante disso, surgiu o propósito de responder ao seguinte problema de pesquisa: Como se dá a atuação do (a) Assistente Social no setor de Oncologia?

O presente estudo foi dividido em capítulos onde, inicialmente, constituindo o referencial teórico abordamos o Serviço Social, desde seu surgimento até a contemporaneidade, trazendo ainda seu processo de trabalho, para melhor compreensão do foco deste estudo que é a atuação do assistente social na oncologia; após, ainda no referencial teórico, abordamos a Saúde, seu conceito, resgate histórico no Brasil, níveis de atenção até a apresentação dos parâmetros de atuação do assistente social na Saúde, elaborados pelo Cfess; finalmente, encerra-se o referencial teórico trazendo fundamentações sobre a atuação do assistente social, especificamente, na Oncologia tema deste estudo. A seguir, apresenta-se o percurso metodológico utilizado nesta pesquisa, qualificada como pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. Após são apresentados os Resultados e Discussão da Pesquisa. Finalizando o estudo são traçadas as Considerações Finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Iniciaremos o referencial teórico deste estudo, trazendo um breve percurso histórico do Serviço Social, dos seus primórdios à contemporaneidade.

2.1 SERVIÇO SOCIAL

Para entendermos como ocorreu o surgimento do Serviço Social no Brasil, é importante voltar para onde tudo se iniciou, para que assim ocorra uma melhor compreensão sobre esse marco histórico da profissão. O Serviço Social no Brasil surgiu com as ações da igreja católica, em uma sociedade industrial por volta dos anos de 1930, onde o trabalhador da classe operária buscava através de manifestações, lutar contra a exploração do trabalho e a garantia de seus direitos.

2.1.1 Surgimento do Serviço Social no Brasil

Segundo Iamamoto (2011), a origem do Serviço Social no Brasil como profissão está vinculada com as grandes manifestações da classe trabalhadora, onde os mesmos buscavam por melhorias no seu meio social, e isso fazia com que o Estado e a igreja buscassem soluções para lidar com o enfrentamento da questão social. Neto (2011), afirma que a questão social está intimamente relacionada ao sistema de produção capitalista, o qual engendra as desigualdades sociais.

Por volta do século XX, o Serviço Social no Brasil entra em contato com o modelo americano. A assistente social norte-americana Mary Richmond teve a iniciativa de escrever sobre o Serviço Social e de como ele deveria ser exercido, para ela o papel do Serviço Social não era trabalhar com o voluntariado, era necessário atingir um ponto alvo da profissão, segundo ela, fazer o Serviço Social implicava em trabalhar

a personalidade das pessoas em seu meio social. E a partir de então, a profissão começou a trilhar novos métodos e ideologias (ESTEVÃO, 1992).

Nos anos de 1920 e 1923 surgiram no Brasil duas escolas de serviço social, a Associação das Senhoras Brasileiras e a Liga das Senhoras Católicas, essas duas instituições tinham o objetivo de cuidar das principais demandas do capitalismo naquela época, sendo assim, foram essenciais para o reconhecimento do Serviço Social no Brasil, (ESTEVÃO, 1992). Com o surgimento dessas instituições notou-se novos olhares e ações sobre esse processo inicial do Serviço Social Brasileiro.

Segundo (Iamamoto e Carvalho)

A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 167).

Como foi destacado pelos autores, as primeiras instituições que foram surgindo, tiveram um papel muito importante na desenvoltura no processo inicial do Serviço Social, embora esse processo tenha se tornado lento, foi necessário, para que através dele, bases concretas e organizadas colaboraram na promulgação dos primeiros atos sociais e na eclosão de novas escolas de Serviço Social.

Outra importante instituição criada nessa trajetória do Serviço Social foi a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), que foi instituída em 1942 com o objetivo de trabalhar em favor do processo do Serviço Social. Possuíam o objetivo de prestar a assistência social, direta ou indiretamente, através da colaboração com instituições especializadas. Já na década de 60, no ano de 1965, surgiu o Movimento de Reconceituação, que veio com o objetivo de trazer um novo norte para a profissão, foi a partir desse movimento que o Serviço Social no Brasil pode se voltar para um olhar mais amplo da sociedade, compreender a realidade no seu meio social, entender realmente sobre as expressões da questão social (ESTEVÃO, 1992), Segundo Iamamoto esse processo:

[...] É dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*”, é um processo que busca dar ao Serviço Social uma prática mais eficaz, que busque caminhos em novos fundamentos teórico-metodológicos (IAMAMOTO, 2010 p.205).

De agora em diante, surge outra visão acerca da prática profissional, voltada a uma análise crítica da realidade social, buscando assim, um melhor desempenho no agir profissional ao atender as demandas da questão social, pautado em bases teórico metodológicas que buscam superar as práticas tradicionais do Serviço Social.

Nessa trajetória de construção histórica, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais também teve sua importância nesse marco histórico e evolutivo do Serviço Social brasileiro. O CBAS aconteceu em 1979 foi a redefinição do Serviço Social brasileiro. O Serviço Social a partir daí assumiu definitivamente o seu compromisso com a classe trabalhadora, na defesa da democratização e a ampliação dos direitos civis, sociais e políticos, sendo bandeira de luta até os dias atuais. Para Netto:

Este período marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional.” Este congresso proporcionou embasamento para que houvesse uma nova visão da profissão como anteriormente o projeto profissional de ruptura propôs, olhando por outro ângulo o projeto ético político e suas novas propostas posteriores ao projeto de ruptura ocasionando, contudo, uma visão direcionada a classe trabalhadora, delineando estrategicamente seus rumos. (NETO, 2015, p 141).

Ao exposto, compreende-se que o Serviço Social precisou passar por inúmeras etapas cronológicas, destacam-se o início com a igreja católica, em seguida o primeiro contato com o modelo norte-americano e os vários movimentos que ajudaram nesse processo, diante disso, foi concedendo um olhar crítico metodológico para a profissão, trazendo esse amadurecimento para os dias atuais.

2.1.2 Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil

O movimento de reconceituação visa uma nova realidade na busca determinante de uma superação dialética, e a conscientização da trajetória, tornando-se mais consciente das contradições. Elevando o conhecimento crítico da realidade gestando novos agentes críticos com a necessidade de lutar por uma nova realidade profissional (MARTINELLI, 2000).

O movimento procurou aglutinar em torno dos seus objetivos a maior parte de seus agentes a qual a desunião era latente não encontrando base necessária, para essa junção, houve se uma nova ruptura dentro da categoria profissional, que passara a dividir os seus agentes reconceituados e não – reconceituados em tradicionais revolucionários (MARTINELLI, 2000, p.143 144).

De acordo com Martinelli (2000), posiciona que o movimento de reconceituação era determinante para o crescimento da categoria profissional, que era marcada pela alienação, e envolvida por práticas generalistas ambíguas, pautadas na imediatez.

Na busca de gestar novas formas de consolidar a nova proposta da prática intencionada e identificada aos interesses das classes populares, libertaria o Serviço Social das amarras que por tanto tempo operaram com obstáculos na sua marcha histórica. (MARTINELLI, 2000).

Entendemos por renovação por renovação, o conjunto de características novas que no marco das constrições da autocracia burguesa, o serviço social, articulou à base do rearranjo de suas tradições [...] procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada, de legitimação prática, através de respostas à demandas sociais, e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão as teorias e disciplinas sociais (NETTO, 2005, p.131).

O Serviço Social requer uma formação profissional diversificada com perspectivas do que é crônico com diferentes procedimentos que fundamentam a legitimação prática e a comprovação da teoria, e suas matrizes a que estão atreladas (NETTO 2005).

Por Netto (2005), três perspectivas são mostradas no processo de renovação social, sendo a perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

A seguir, abordaremos a contextualização dos seminários de reconceituação do serviço social, seus desdobramentos e momento histórico.

De acordo com Aguiar (2011) o documento de Araxá gesta de um contexto histórico que marca o Serviço Social Latino-Americano. O movimento de reconceituação do Serviço social.

Um dos primeiros seminários de teorização do Serviço Social, foi realizado em 19 de março de 1967, em Araxá com a presença do Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de *Serviços Sociais* (CBCISS) e a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS). Os documentos de Araxá e Teresópolis, manifestam a metodologia do Serviço Social, com a participação de Jose Lucena Dantas, referindo uma obra marcante: a teoria e metodologia do Serviço Social com uma abordagem sistematizada (AGUIAR, 2011).

Já de acordo com Netto (2011), a centralidade que norteia o Seminário de Araxá é a transformação e o conservadorismo do Serviço Social sobre novas diretrizes, já o documento de Teresópolis, buscava o cariz mais “moderno” ao “tradicional” com o fortalecimento, da operacionalidade e o instrumental.

Nessa perspectiva, encontra-se os seminários de Sumaré e Alto Boa vista, os quais surgem, novos arranjos relacionados ao Serviço Social com ciência, com os fenômenos e a dialética. A perspectiva reatualiza o conservadorismo, que era apresentado dentro da dialética de intencionalidade de ruptura, mas que continuava atrelado ao passado nesse processo de reatualização do conservadorismo, vislumbrando os aperfeiçoamentos das práticas antigas da profissão exigindo uma postura mais crítica, a qual pode-se apresentar argumentos razoáveis, para a nova prática profissional (NETTO, 2011).

Ainda segundo Netto (2011), a terceira perspectiva tem a intenção de ruptura, almejando romper totalmente com o Serviço Social tradicionalista, visando rompimento com a metodologia ideológica, teoria do conservadorismo e a tradição positivista, com perspectivas, ideais Marxistas e progressistas sociais.

Essa perspectiva tem como vícios opositor, a autocracia burguesa, com característica de uma formação de assistentes sociais mais críticos e com posicionamento de encontra ideias alternativas para a superação da práxis do Serviço Social tradicionalista. Essa imersão, é pautada no método de Belo Horizonte gestado na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, com o labor de profissionais jovens engajados em dar uma nova roupagem ao Serviço Social. (NETTO, 2005).

Qualifica-se pelo apoio a teoria marxista, sobretudo o marxismo acadêmico, que se avoluma durante a crise da ditadura militar. O Serviço Social apodera-se das teorias marxistas, crendo em uma transposição social. A visão dos assistentes sociais sobre o marxismo, foi superficial na época, o que causou uma idealização do assistente social como conversor da sociedade com um ideal revolucionário.

O projeto ético político do Serviço Social explana as seguintes dimensões: ético político, técnico-operativo, e a teoria metodológica que norteia o serviço social e as discussões sobre o código de ética profissional do Assistente Social (NETTO, 2005).

A ética de acordo com Barroco (2010), é a maneira de ser prático. É com ética que o indivíduo através de certa liberdade e consciência autônoma, responde por seus atos, por si e para o outro. Suas escolhas por consequência terão pontos positivos e pontos negativos diante da realidade vivenciada na sociedade.

Desse modo, entende-se que a ética pautada por Marx, tem como função levar a reflexão, pautada na realização da liberdade, na perspectiva de autonomia do homem e do embate social no sentido ilusório quanto a moral, e no entendimento que o capitalista seja " bom" ou " mau" (BARROCO,2010, p.102).

Barroco (2010) diserta ainda que o homem e o que é por interesses e necessidades objetivas de acordo com as relações sociais e determinações históricas. É com escolhas, visando responsabilidade da ética e política que cabe ao profissional intelectual vinculado ao ideário socialista, não ser paralisado, ou seja, de acordo com o comprometimento profissional e social, não se pode ficar apenas observando à barbárie e não entender que essa é uma questão ética política de grande importância.

O serviço social, preocupado com a modernização do país e da profissão, assume um posicionamento favorável à reprodução das relações sociais. A partir da década de 1980, as entidades críticas respaldadas com a teoria marxista, tomam posse gerando o projeto ético-político da profissão. A construção desse projeto juntou-se aos assistentes sociais de todos os segmentos, materializando o Código de Ética Profissional do Assistente Social, essa lei, que foi aprovada em treze de maio de 1993, regulamenta a profissão, juntamente com a Lei 8.662 de sete de junho de 1993 (NETTO 2010).

E de conformidade, Guerra (2007, P.37):

A década de 1990 confere a maturidade teórica ao projeto ético político profissional do Serviço Social Brasileiro que no legado marxista, apresenta sua referência teórica hegemônica. Enfeixa um conjunto de leis e de regulamentação que dão sustentabilidade institucional, legal ao projeto de profissão dos marcos do processo de ruptura com o conservadorismo: a) o Novo Código de Ética Profissional de 1993;b) a nova Lei de Regulamentação da Profissão em 1993; c) as Diretrizes Curriculares dos cursos de Serviço Social em 1996; d) as Legislações sociais que referenciam o exercício profissional e vinculam- se a garantia de direitos como; o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA de 1990, a Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS DE 1993 ,A Lei Orgânica de Saúde em 1990.

Desse modo o projeto profissional denota um momento histórico fruto de uma ampla discussão e de lutas pela democracia social Brasileira, através de lutas operárias que

impulsionava a crise da ditadura, “ coroadando um esforço coletivo e a polarização da vanguarda da categoria”. (NETTO,1996 p.108).

Diante disso, vemos a crítica orientada por um pensamento amplo, consolidado a importância de um posicionamento ético e de uma atitude firme atrelado ao projeto emancipatório e aos valores do código de ética. Esse fundamento teórico do código está firmado a uma antologia do ser social (BARROCO 2010).

E entendido nesse pressuposto que:

A revisão que se procedeu, compatível com o espírito do texto de 1996, partiu da compreensão de que a ética deve ter como suporte uma antologia do ser social: os valores são de determinações da prática social, resultante da atividade criadora tipificada no processo de trabalho. É mediante o processo de trabalho que o ser social se constitui-se instaura com distinto do ser natural, dispondo de capacidade teleológica projetiva, consciente; é por estar socializado que ele se põe com ser capaz de liberdade (CFESS,1993, p.15)

Nesse sentido, de acordo com Guerra (2007), formula-se um projeto profissional crítico à sociedade capitalista. Esta é uma demanda do seguimento social que recebe serviços prestados, não apenas de grupos coletivos profissionais. É um projeto profissional que afirma o comprometimento com a categoria, propondo uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia, e gênero, a qual tem o seu eixo central, a liberdade. Que no parágrafo abaixo será explanado toda temática da dimensão ético política da profissão.

2.1.3 Dimensões do Projeto Ético-político

O Serviço Social é uma profissão – uma especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sociotécnica do trabalho e tem como objeto profissional o enfrentamento das expressões da questão social. A Lei que regulamenta a profissão é a 8.662 de 7 de junho de 1993.

Segundo Carvalho (2012) o Projeto Ético-Político do Serviço Social apresenta-se como o seu principal interesse em atender as necessidades da classe trabalhadora, onde este processo é associado a um projeto societário democrático, sem qualquer exploração ou dominação única de classe, reconhecendo os direitos humanos, pluralismo e destacando o repúdio a qualquer tipo de preconceito.

O Serviço Social brasileiro assumiu um ideário emancipatório, herdeiro da história da luta mundial dos trabalhadores, calcada na grande política e em valores que dignificam o gênero humano. O nosso projeto está fundado nos

valores maiores da liberdade, da igualdade, da radicalidade democrática, da cidadania, da ausência de preconceitos, do respeito aos direitos humanos, da qualidade dos serviços prestados (IAMAMOTO, 2017, p.18 apud COUTINHO,1989).

Com isso, é no Congresso da Virada em 1979 que acontece a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. O primeiro CBAS trazendo uma perspectiva crítica da profissão e uma concepção ampla, macro, pois não se limita apenas na categoria profissional, mas na sociedade como um todo. O Projeto Ético Político traz consigo três dimensões: Lei de Regulamentação da Profissão, Diretrizes Curriculares da ABPESS e o Código de Ética Profissional. Estas três dimensões são pautadas na perspectiva crítica.

É no trânsito dos anos oitenta aos noventa do século XX que o projeto ético-político do Serviço Social no Brasil se configurou em sua estrutura básica – e qualificando-a como básica, queremos assinalar o seu caráter aberto: mantendo seus eixos fundamentais, ela é suficientemente flexível para, sem se descaracterizar, incorporar novas questões, assimilar problemáticas diversas, enfrentar novos desafios. Em suma, trata-se de um projeto que também é um processo, em contínuo desdobramento (NETTO,1999, p. 15).

E por ser um projeto que está “em contínuo desdobramento” é claro que diariamente os profissionais redobram-se para cumpri-lo, pois, “o projeto prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais” e firmam “o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população (NETTO, 1999, p.16). Firmando o que está contido no décimo princípio fundamental do Código de Ética Profissional (1993): Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Neste sentido, vale salientar que a época citada fora de grande proveito e amadurecimento intelectual da categoria, principalmente com o início dos cursos de pós-graduação onde foi possibilitando este avanço profissional. Com isso, “o Serviço Social a partir dos anos 80 não se limita a consumir os conhecimentos produzidos em outras áreas das Ciências Sociais, mas torna-se, também, produtora de conhecimentos que subsidiam as reflexões dos assistentes sociais na formação e na prática profissionais” (KAMEYAMA, 1998, p.23).

O processo de consolidação do projeto pode ser circunscrito à década de 1990, que explicita a nossa maturidade profissional através de um escopo ampliou a produção de conhecimentos entre nós. Nesta época, também se pode atestar a maturidade político-organizativa da categoria através de suas entidades e de seus fóruns deliberativos. Pense-se no CBAS dos anos 1990, que expressaram um crescimento incontestável da produção de conhecimentos e da participação numérica dos assistentes sociais (BRAZ e TEIXEIRA, 2009, p. 13).

Contudo, pudemos observar que a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, mas conhecido como o Congresso da Virada, em 1979, marca um novo ponto histórico de elevação do Serviço Social, pois, literalmente, foi uma virada em que muitos profissionais contribuíram para que isto acontecesse. Aberturas de universidades, cursos de pós-graduações, amadurecimento intelectual, mudanças do Código de Ética Profissional de 1986 para a atualização em 1993, aproximação com a corrente teórica marxista, atualizações das Diretrizes Curriculares etc., tudo isto marca esta década importantíssima da história do Serviço Social.

Portanto, esse projeto profissional não acabou e nem tem um ponto final, ele perpassa diariamente nos ambientes de trabalho em que cada profissional exerce a sua função para garantir os direitos da classe trabalhadora e dar autonomia necessária a ela. O Projeto Ético Político muda de acordo com as necessidades da sociedade, pois está em constante mudança, e é por isso que devemos visualizá-lo de forma ampla, a nível societário.

2.1.4 Processo de Trabalho do Serviço Social

Como a dimensão pedagógica está vinculada a intervenção do assistente social, podemos relacioná-la com a instrumentalidade e a mediação, ao se tratar do exercício profissional na prática. O Serviço Social tem a instrumentalidade como mediação, e esta difere de instrumentos, como será mencionado no tópico seguinte.

A instrumentalidade é a capacidade do profissional de articular as dimensões da profissão, dimensões estas que também estão contidas na reflexão acerca da dimensão pedagógica, que são: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético política. Com isso, é necessário desvendar a realidade através da mediação para que haja a compreensão e a transformação acerca dela, superando a aparência e buscando a essência.

Entender essa categoria pressupõe a compreensão dos *determinantes fundamentais da ontologia do ser social*.

De acordo com Pontes (2000), a mediação é constitutiva da ontologia do ser social por que seus enunciados sempre se colocam diante de certo tipo de um ser e se apoiam no próprio movimento das categorias da realidade e, não em conceitos ideais lógicas, ou seja, a mediação é própria da ontologia do ser social, ela está presente na sociabilidade do ser social.

Portanto, sustenta-se na perspectiva da relação homem (ser social) e natureza (ser natural) (primado econômico do ser social), ou seja, o trabalho assume o primado de condicionador da existência humana. É um processo no qual se propõe reconstruir, histórica e ontologicamente a forma de existência do ser social e, portanto, retoma o cerne do processo constitutivo do ser social, a produção e reprodução da vida humana. Assim, o conhecimento do ser social só se torna possível impulsionado pelo trabalho (MORAES; MARTINELLI, 2012. p. 03).

A categoria de mediação tanto possui a dimensão ontológica quanto a reflexiva. É ontológica porque “é uma categoria objetiva, que tem que estar presente em qualquer realidade, independente do sujeito” (Lukács, in Pontes: 1995:2) intelectual, porque a razão, para ultrapassar o plano da imediatividade (aparência), em busca da essência, tem que construir intelectivamente mediações, para reconstruir o próprio movimento do objeto. E, para melhor compreender este dinâmico e movente processo de apreensão pela razão do modo de ser de um complexo na totalidade, necessário se faz compreender a tríade singular-universal-particular (PONTES, 2012, p.63).

Diante destes contextos a mediação vai se mostrando nos espaços de intervenção dos assistentes sociais. Os profissionais recebem diariamente em seus espaços socio ocupacionais diversas demandas que, na maioria das vezes, encontram-se sem mediação. Então cabe ao profissional capturar pela razão estas demandas que lhe foram apresentadas, ou seja, buscar mediar os conflitos para que a resposta dada ao sujeito seja de cunho totalizante.

Ao discutir acerca da instrumentalidade do exercício profissional como mediação, Guerra (2000) reflete que a instrumentalidade como campo de mediação, “é o espaço no qual a cultura profissional se movimenta”. A cultura pode ser caracterizada como os costumes que predominam em determinado grupo, e são esses costumes culturais que os profissionais “lançam mão”, muitas vezes advindo de ideais políticos, científicos, ideológicas e até mesmo da própria tradição marxista, para adaptá-los a realidade do momento e alcançar o objetivo profissional. Pois, “da

cultura profissional os assistentes sociais recolhem e na instrumentalidade constroem os indicativos teórico-práticos de intervenção imediata”.

Deste modo, a cultura profissional, como construção coletiva e base na qual a categoria se referencia, é também ela uma mediação entre as matrizes clássicas do conhecimento – suas programáticas de intervenção e os projetos societários que os norteiam – e as particularidades que a profissão adquire na divisão social e técnica do trabalho. Ela abarca forças, direções e projetos diferentes e/ou divergentes/antagônicos e condiciona o exercício profissional (GUERRA, 2000, p.13).

Esta abordagem é de suma importância durante a intervenção, pois fortalece a relação do sujeito com o profissional. Além disso, esta prática também acrescenta ao assistente social uma bagagem teórica possibilitando-o o conhecimento ainda mais adequado da realidade aumentando o seu arcabouço teórico através da aproximação de novos elementos que passam a fazer parte do seu acervo cultural.

Anteriormente, foi ressaltado que é necessário compreender a tríade singular-universal-particular, para melhor compreender a apreensão do modo de ser, tendo em vista que a mediação possui a dimensão ontológica e reflexiva. Pois, segundo Martinelli e Moraes (2012) o Serviço Social é uma profissão que intervém sobre a realidade e que necessita de uma sólida base de conhecimentos, como também de uma direção política consistente para desvendar as forças sociais em presença. Ao refletir sobre a tríade singular-particular-universal, Pontes (2012) nos diz que:

A universalidade que é o plano em que residem as grandes determinações e leis de uma dada formação social, mas que no plano da imediatez o que se nos aparece são os aspectos singulares da vida cotidiana e dos fatos, despidos condicionamentos da legalidade social. Na singularidade as mediações estão ocultas ao sujeito cognoscente e tanto a gênese histórica, quanto sua estrutura social estão submersas na facticidade; as coisas parecem não se conectar e têm um sentido em si próprias. A dialética entre o universal e singular processa-se através da particularidade. É neste campo de mediações que os fatos singulares se vitalizam com as grandes leis da universalidade, e a universalidade se embebe da realidade do singular (PONTES, 2012, p. 10)

Vale salientar que a dialética, mencionada pelo autor, segundo Martinelli e Moraes (2012) continua sendo a forma mais adequada de investigar o real e que é preciso compreendê-lo em sua totalidade. Esta totalidade “não deve ser entendida como a soma das partes, mas como um grande complexo constituído de complexos menores. É importante o assistente social ir além da aparência, onde a partir das expressões da questão social apresentadas pelo indivíduo o profissional irá trabalhar acerca das perspectivas históricas que envolvem a situação, fazendo com que esse

“pequeno” processo de orientação e intervenção aos poucos ganhe mais força e concretude a nível macroscópico. Concretizar isso no trabalho profissional é desafiante, o assistente social precisa ser crítico para melhor desvendar a realidade apresentada pelo sujeito.

Para Sousa (2008) o objeto do Serviço Social são as múltiplas expressões da questão social, pois o assistente social tem formação teórico metodológico que os habilita a lidar com a realidade da classe trabalhadora em seu cotidiano e o trabalho social com esta classe oferece diversas contribuições para a atuação das equipes na SF.

No entanto, os (as) assistentes sociais precisam ter clareza e devem estar atentos (as) para as demandas que se referem às condições reais de vida dos usuários, mostrando interesse emergencial e burocrático que os usuários são submetidos a encarar frente a uma luta em defesa da garantia do direito à vida e a saúde.

Diante do que foi aqui apresentado, destacam-se como ações de articulação dos assistentes sociais na equipe de saúde conforme Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde harmonizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010, p.52-54), algumas atribuições: Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;

É importante que haja esclarecimento de suas atribuições as demais equipes para que não ocorra quebras/ falhas em suas atuações, podendo assim, comprometer sua área de atuação mediante descumprimento do código de ético. Portanto, é necessário que a equipe esteja sempre em interação uns com os outros para esclarecimento de dúvidas e para manutenção das informações cabíveis.

Para Sousa (2008) cumpre ao agente social elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros; os assistentes sociais nesse item, podem colaborar junto a equipe nessas ações na criação de projetos que possa levar informações necessárias para o público alvo de seus respectivos direitos nas políticas públicas de saúde.

Construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a

marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito; Ou seja, o profissional de serviço social pode usar meios estratégicos que possa trazer melhoria na questão do atendimento em si aos usuários, no sentido de evitar demorar nos atendimentos, uma vez a equipe técnica e/ ou administrativa manter-se informadas das demandas apresentadas podem assim, logo, direcionar os pacientes/ usuários para os atendimentos que mais é de seus interesses, evitando e prevenindo para que não ocorra falhas nos atendimentos. Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária.

Para melhoria e qualidade dos atendimentos aos pacientes/ usuários é preciso que haja distribuições de tarefas, organização da unidade de forma que possa manter um ambiente adequado e agradável aos pacientes/ usuários, onde cada profissional esteja de acordo e informado das normas e rotinas da unidade estabelecidas pela gestão (CARVALHO, 2013).

2.2 SAÚDE

A história da saúde na sociedade brasileira se apresenta de maneira diversa a depender da conjuntura política, econômica e social. Diante disso, entendê-la se faz necessário para compreender o momento atual e seus reflexos para a classe trabalhadora. Desse modo, esta seção propõe a apresentar o debate acerca da política pública de saúde, fazendo breves discussões de sua trajetória. De acordo com Carvalho (2013), é a partir do século XVII, que se apresentam as primeiras formas de cuidados com a saúde na sociedade brasileira.

Nesse período o Estado brasileiro se limitava a desenvolvimento de poucas ações de vacinação e/ou saneamento básico para o controle de epidemias que surgiam. Naquela época os atendimentos médicos se davam pelo viés das ações filantrópicas, desenvolvidas em parceria com instituições religiosas, por ações pontuais do Estado ou pelo serviço privado pago.

Cabe salientar que a ligação religiosa de saúde foi bastante forte, nesse momento histórico, com ações desenvolvidas por igrejas católicas, igrejas protestantes e comunidades espíritas. As Santas Casas de misericórdia, uma das muitas entidades destinadas a prestar assistência médica às pessoas, e durante algumas décadas ela foi a única opção de acolhimento e tratamento de saúde para os que não tinham condições financeiras.

A construção do projeto de reforma sanitária funda-se em uma consciência de crises, elas são, a crise do conhecimento e da prática médica, a crise do autoritarismo, a crise do Estado sanitário, a crise do sistema sanitário e também a crise do sistema de prestação de serviços de saúde. Segundo Fleury (2009), as bases teóricas que fundamentaram esse projeto de reforma sanitária podem ser encontradas na revisão de concepção do marxismo e do Estado na elaboração de uma leitura crítica no campo da saúde coletiva.

Para compreender o processo da Reforma Sanitária, a autora cita as seguintes hipóteses: a adoção de uma concepção ampliada de saúde, a democracia é o processo de conhecimento dos trabalhadores como sujeitos políticos a partir de suas lutas, a incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias. Que no parágrafo a seguir denotará o conceito de saúde e os pontos relevantes do direito fundamental que a saúde. E o resgate histórico da saúde no Brasil.

2.2.1 Conceito de Saúde

A saúde é um dos espaços de atuação do assistente social que mais tem profissionais trabalhando na área, podendo confirmar isto historicamente. Segundo o CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) o Brasil tem, aproximadamente, 200 mil assistentes sociais registrados nos seus 27 Conselhos Regionais.

A sua participação é tão essencial neste espaço que o assistente social foi reconhecido, segundo as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 218, de 6 de março de 1997, e também do Conselho Federal de Serviço Social Nº 383/99 de 29/03/199, como profissional da saúde.

Como direito de todos e dever do Estado, a saúde é de suma importância para toda a sociedade. Por isso, como uma forma de viabilizar e garantir os direitos dos cidadãos o Sistema Único de Saúde – SUS (LEI 8.080/1990) apresentam como diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal os seguintes princípios: universalidade, preservação da autonomia, igualdade, integralidade, descentralização, intersetorialidade e resolutividade, estas diretrizes são inegociáveis.

Segundo o Art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil/1988).

No Art. 2º da Lei Orgânica da Seguridade Social (LEI 8.212/1991) são elencados princípios e diretrizes que devem ser obedecidos acerca das atividades de saúde. São eles: a) acesso universal e igualitário; b) provimento das ações e serviços através de rede regionalizada e hierarquizada, integrados em sistema único; c) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; d) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas; e) participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde; f) participação da iniciativa privada na assistência à saúde, obedecidos os preceitos constitucionais (LEI 8.212/1991).

A saúde está descrita na Carta Magna como um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser assegurada por meio de ações preventivas dos riscos de doença e seus agravamentos, e de acesso amplo e irrestrito aos tratamentos eficazes. A busca pela proteção de grupos sociais vulneráveis (crianças, idosos, famílias e deficientes) é norteadada pelo princípio da gratuidade da prestação na assistência social, disponibilizando benefícios permanentes ou eventuais (FLEURY, 2009).

A conquista do direito à saúde como dever do Estado, assegurado há mais de 25 anos pelo art. 196 da Constituição Federal, promulgada em 1988, ainda não se constitui de fato em acesso aos bens e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, os cidadãos recorrem à prestação jurisdicional de maneira individual ou coletiva, demandando do Estado o cumprimento do preceito constitucional (PONTE, 2012).

2.2.2 Resgate histórico da saúde no Brasil

Com a crescente modernização nos grandes centros urbanos, principalmente nas metrópoles europeias como Paris, no início do século XX, o Brasil obrigou-se a uma reformulação em seus mecanismos sanitários, que refletiram diretamente na saúde da população, ressaltando-se como marco desta época a chamada “reforma da vacina”. A partir de então foram intensificados os estudos voltados à área da saúde.

Nesse cenário, foi de grande importância a participação popular no avanço da questão, a exemplo de episódios como a VIII Conferência Nacional da Saúde, que corroborou a forte influência da coletividade e que gerou, mais adiante, reflexo nos textos constitucionais. Nesse sentido, Sueli Gandolfi Dallari, apresenta a robustez das influências cidadãs na construção dos direitos essenciais:

A introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil foi, sobretudo, resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política, no final dos anos oitenta do século vinte. Nesse rico período da história política brasileira, houve o fenômeno, até então inédito, da expressiva participação popular na definição dos grandes objetivos constitucionais (WHITACKER, 1989 Apud DALLARI, 2009, p. 2).

Interessante mencionar que o direito fundamental à saúde não estava contido em constituições anteriores ao texto de 1988, todavia, fortuitamente a Constituição de 1934 trouxe em suas entrelinhas o reflexo da paulatina autonomia dos entes

federativos, isto é, a possibilidade dos estados em tratar de temáticas voltadas à saúde, vez que lhes foi conferida competência concorrente.

A árdua caminhada que resultou na conquista de melhores condições de saúde para os cidadãos não conseguiu alcançar a velocidade de determinadas inovações nesta seara, pois, embora tenha evoluído no decorrer do século XX, somente ganhou verdadeira efetividade com a Constituição Federal de 1988.

No período do regime militar também não houve grandes avanços no direito fundamental à saúde, porém, já surgiam algumas perspectivas. Naquela época, as políticas públicas voltadas à saúde eram prestadas basicamente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que por conseguinte, foi transformado no Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS). Ribeiro e Julio alertam que, em razão das dimensões continentais de um país como o Brasil,

não havia universalidade, tendo em vista que a assistência era prestada unicamente a associados, ou seja, apenas aos trabalhadores de economia formal. Nesse sentido, houve extrema segregação quanto ao atendimento na saúde brasileira.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) nasceu impregnada de aspirações sociais, entre as quais a saúde enquanto medida essencial para a concretização dos direitos humanos. O artigo 6º, em que pese os entraves que antecederam a promulgação da CF/88, enquadrou a saúde como direito social⁷, ao lado de demais normas relevantes para o pleno desenvolvimento do cidadão.

Algumas orientações estabelecidas na atual Carta Magna estão atreladas ao caminho percorrido pelos movimentos cidadãos, especialmente, no que se refere aos aspectos políticos, culturais, econômicos que serviram como prenúncio à universalidade de atendimento. Nesse aspecto, Vieitez e Corazza (2017,p.124) afirmam que:

A garantia da universalidade representou, na história do Brasil, o resgate de uma dívida social e o início da implantação da reforma do setor saúde. O dever do Estado foi assegurado pela primeira vez em uma Constituição, sendo representado pela responsabilidade para com a organização de um sistema de saúde único, nacional, público e universal [...].

O artigo 196 versa sobre a saúde em si, e inovou o ordenamento pátrio após trazer princípios, pressupostos e condutas para fomentar uma saúde completamente diferente das diretrizes que, no passado, restringiram de forma velada essa parte essencial da dignidade da pessoa humana.

No ano de 1996 ocorreu a Conferência Nacional de Saúde, que teve o intuito de solidificar o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo novos reconhecimentos para a área. Nesse mesmo ano, o assistente social foi identificado em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. Sendo assim, o profissional passou a desempenhar nas suas atividades o domínio de informações e instrumentos técnico- operativos que permitiam um diálogo com os diferentes segmentos sociais, buscando o conhecimento da realidade, possibilitando a decodificação para articulação no seu ambiente de trabalho (BRASIL,1997).

E nos dias atuais não é divergente, o assistente social continua destacando-se na política de saúde, onde se caracteriza por um profissional que encadeia um recorte social nas diferentes formas de promoção de saúde, identificando causalidades e

multiplicidade dos fatores que afetam a qualidade de vida da população, onde é vista como um desafio profissional por conta das vulnerabilidades sociais e econômicas apresentadas como demandas diárias. É necessário que esse profissional conheça as políticas que norteiam, a área e as referências específicas, para compreender o contexto o qual está inserido. Segundo Martinelli (2007, p.23) o assistente social trabalha com pessoas com vulnerabilidades, que pedem um gesto humano, um olhar, um sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.

Ao abordar sobre o profissional de Serviço Social na saúde, é necessário levar em consideração todo o processo de atuação desse profissional. O trabalho em saúde, por fazer parte do setor de serviços e ser compreendido como um conjunto que se efetiva no momento do encontro entre trabalhador e usuário, apresenta peculiaridades, e o assistente social, inserido nesse processo, se apresenta como profissional que tem uma intervenção de natureza essencialmente política.

Segundo Miotto e Nogueira (2006, p. 282) por estar situado no processo de trabalho coletivo em saúde, o assistente social, pautado na lógica dos direitos e da cidadania, a organização do seu trabalho “abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos.”

E para entender melhor como acontece o processo de trabalho do Serviço Social na política de saúde é interessante ressaltar o documento: Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) onde o qual explica o que é essencial para uma ação competente do Serviço Social na área da saúde.

Sarlet (2007) explicita que a ordem jurídica atual possui dupla face, nesse sentido, há institutos fundamentais formais e também materiais. Primeiramente, há a fundamentalidade formal, que está ligada ao desdobramento de normas escritas no texto constitucional, tendo a saúde posição de destaque, enfatizando que as normas definidoras de direitos fundamentais vinculam diretamente as entidades estatais e os particulares. Em se tratando da fundamentalidade material, esta encontra-se ligada a relevância do bem jurídico tutelado. Assim, não há dúvidas de que a saúde é um direito humano fundamental talhado pela atual Constituição Federal.

A nova ordem constitucional mudou sobremaneira a visão anterior do direito à saúde. Conforme Ribeiro e Julio (2010) o artigo 196 da Constituição Federal é norma de aplicação e efeitos imediatos, porquanto a saúde, como dever do Estado, deve ser prestada à população. O artigo 199, por sua vez, prevê que o setor privado exerça a assistência à saúde, criando uma solidariedade entre o Poder Público e o setor privado.

Segundo Rodrigues (2009) a saúde é um conceito que reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. A saúde não apresenta a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social, ou mesmo de valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas.

Desse modo, é válido apresentar como a perspectiva do direito social à saúde, revestiu-se de fundamentalidade no decorrer das décadas. Observa-se que nos dias atuais, restam diversos empecilhos quanto ao estabelecimento e fixação de um direito à saúde que seja pleno e que resguarde os interesses coletivos. Em razão disso, é necessário ter atenção aos direitos da pessoa humana e sua dignidade perante o atual sistema sanitário.

Importante ressaltar que, apenas no final dos anos 80 o direito à saúde obteve pleno reconhecimento na medida em que a saúde foi então entendida como “direito de todos e dever do Estado”, por expressa disposição dos artigos 6º e 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e “representou um passo ousado e importante dado pela sociedade brasileira no campo de proteção dos direitos sociais. O direito à saúde ganhou, a partir de 1988, um status constitucional forte, na medida em que foram detalhadas várias garantias formais a este direito no país”.

Quando a Constituição afirma que “todo poder emana do povo” resta nítido o viés democrático quanto à afirmação e fruição de direitos, entre os quais, a saúde. As influências sociais, nesse sentido, asseguram o resguardo aos preceitos fundamentais.

Segundo Curvina (2017), uma característica crucial em todo esse processo existe a partir da possibilidade da distância entre norma e fato social, pontos assumidos entre leis e as condições reais de desigualdade e injustiça social, passando assim a serem denunciados, e, conseqüentemente, reivindicados.

A democracia não teria eficácia se não fosse revestida de caráter social. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, § 1º, disciplina que os direitos fundamentais são dotados de aplicabilidade imediata. A saúde, por sua vez, embora tendo conotação social e ramificada por inúmeros dispositivos é consagrada pelo mesmo sentido. Iamamoto (2010) expõe que, apesar do mencionado dispositivo ter subordinação ao artigo 5º, que preceitua uma noção taxativa de direitos fundamentais, não se limita a esses somente, englobando, inclusive direitos sociais, além de especiais.

Em que pese a natureza democrática do direito fundamental à saúde, se impõe a difícil tarefa de conceder efetividade de tal direito. Se, por um lado, ainda é possível enxergar concretude, por outro, visualiza-se uma melhoria na estruturação desse direito no ordenamento jurídico pátrio. Para Dantas e Dantas (2020, p.111), “O direito à saúde, enquanto direito fundamental social ou de segunda dimensão, representa um importante instrumento de promoção da equidade”. Conquanto, os conceitos do direito à saúde se liguem a indicações sociais e fundamentais, a estas não se limitam para sua promoção:

[...] em relação ao direito à saúde, não apenas o reconhece como direito fundamental, mas também estabelece princípios, diretrizes, instituições e objetivos que devem reger a sociedade e o Estado na busca desse importante direito. A questão é como implementá-lo, como garantir o direito a ter direitos.

Carvalho et al. (2016) salientam que “o direito à saúde, entendido como direito fundamental social, se mostra destinado à promoção do bem comum e à realização da justiça social.” É dotado de um conjunto de elementos mais amplos para que possa ser executado. Carvalho explica que para assegurar a sua ocorrência:

[...] a Constituição Federal de 1988 previu normas suficientes para garantir que o direito à saúde não fique à espera desses elementos condicionadores para começar a se efetivar. Além de defini-lo como direito fundamental social (art. 6º), o Texto Constitucional estabeleceu no capítulo sobre a ordem social os dispositivos necessários para a sua implementação [...]

A democracia é o fator que impulsiona a sociedade e suas transformações. Carvalho (2008) aponta que a democracia, a seu turno, consiste em um projeto moral de autogoverno coletivo, que pressupõe cidadãos que sejam não apenas destinatários, mas também os autores das normas gerais de conduta. É, claramente a busca pelo direito fundamental à saúde faz parte desse contexto.

2.2.3 Saúde a partir da Constituição Federal de 1988

Na 8ª Conferência Nacional da Saúde e na Assembleia Constituinte de 1988 “firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação e descentralização”, por isso, “na nova Constituição, afirmou-se a importância de prover a saúde como direito fundamental de cidadania.” Fixaram as bases para o desenvolvimento de um sistema único que se adequasse às necessidades da população e aos parâmetros de solidez e eficácia como ainda não visto durante todo o percurso da saúde brasileira, haja vista os percalços políticos, econômicos e sociais. O (SUS) surge com a proposta de atender o anseio brasileiro de medidas sanitárias resolutivas para os cidadãos.

Conforme Lobato et al. (2016), a equidade e assistência para todos os cidadãos se tornaram cruciais para a criação do SUS, para atender a população de forma universal, na qual as políticas de saúde se tornam abrangentes e plurais. Após a criação do SUS e até os dias atuais, destaca-se:

[...] os desgastantes e ineficazes embates entre as causalidades governamentais e partidárias de um lado, e de outro, a conscientização e mobilização supra e apartidária por reforma do Estado, democrática e política, voltada para as diretrizes constitucionais de políticas públicas para os direitos sociais (LOBATO et al. 2016).

O desenvolvimento, a estrutura e a organização do Sistema Único de Saúde estão diretamente ligadas a movimentos sociais e à participação política. Os governantes exercem o manuseio das ferramentas essenciais para proporcionar o direito fundamental à saúde, por isso, a definição de responsabilidades entre os gestores configura um processo de organização de um sistema de governança no âmbito do SUS, voltado para a efetiva regulamentação do sistema (MIRANDA, 2017).

Segundo o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), os profissionais são direcionados a trabalharem na parte socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação de fiscalização aos usuários dos planos de saúde, e em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas do Serviço Social na saúde questões como:

“democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens

grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

Diante do que foi apresentado, podemos concluir que o processo de trabalho do setor de Serviço Social na Política de Saúde se dá de inúmeras maneiras, buscando atender as demandas dos usuários que são apresentadas cotidianamente em vários locais de atuação. É importante que o profissional da área de saúde exerça de maneira ética, cumprindo com suas competências e atribuições que lhe são apresentadas, para que assim, de uma maneira democrática atender a realidade social de cada indivíduo.

Embora o (SUS) careça de maior atenção, sua estrutura demonstra nivelamento e objetivo eficiente quando observado que o Sistema Único de Saúde foi estruturado de forma descentralizada entre os entes federais, ou seja, através de uma gestão solidária e compartilhada. Esse ponto, em especial, revela a solidez do sistema de saúde pública brasileiro (MIRANDA, 2017).

Há alguns regramentos a serem observados no intuito do bom funcionamento de qualquer sistema. Para exemplificar, a Lei 8080/90 foi criada com o fim de regulamentar o SUS e os princípios de saúde elencados na Constituição Federal, em especial os da universalidade e gratuidade (CFESS, 2010).

É fato que algumas questões carecem de normatização legal, por isso, a busca por vias judiciais para resolver certos temas, a exemplo do gerenciamento financeiro, “pois muito além de se tratar de uma simples abordagem técnica doutrinária, o domínio, seja pelo cidadão, seja pelo membro do poder judiciário, da forma como estão organizados os gestores e distribuídos os recursos, pode ser um meio efetivo.”

A descentralização constitucional advinda do texto de 1988, de certa forma, não equiparou as esferas municipais, estaduais e federais. “A União, o estado e o município se inserem no SUS de acordo com as competências que a lei 8.080, de 1990, lhes reserva, a partir do comando principal constitucional que lhes conferiu competência para cuidar da saúde”. Assim, Miranda et al. (2017, p.98) expõe que:

Essas competências estão dispostas na Constituição, nos arts. 23, 24 e 30, que conferem competência material e legislativa aos entes federativos, conforme já visto neste trabalho, impondo a EC 29, que alterou o art. 198, deveres à União e ao estado no tocante à aplicação de recursos financeiros na saúde, tanto quanto às transferências interfederativas de recursos para a saúde pública, tornando claro os liames entre os entes federativos na

organização, no funcionamento e no financiamento do SUS, reforçando as interdependências, as inter-relações, a tomada de decisões em comum e o estabelecimento de responsabilidades recíprocas.

Garbois et al.(2008) expressam que, em um determinado território, a rede é formada pela articulação de ações e serviços relativos à promoção, prevenção e recuperação da saúde, na totalidade de níveis. Assim, é permitido a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais, além de organizações existentes, de maneira que o cidadão acesse, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica.

À luz do artigo 18 da Constituição Federal, o qual dispõe que A organização político administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição, pode-se visualizar a estruturação centrípeta das competências constitucionais voltadas para a saúde. Portanto, grandes são as dificuldades jurídico-administrativas para organizar e operar esse sistema (SANTOS, 2012).

O Sistema Único de Saúde, perante as disposições constitucionais nos leva a inferir se tratar de um modelo mais afeito a um Estado unitário, uma vez que todos os serviços de todos os entes federativos devem ‘integrar-se, construir uma rede de serviço e ser um único sistema. Conforme Santos, a descentralização na saúde ganhou características particulares. A lei definiu diferentes papéis para os entes federativos na condução da saúde como se existisse uma espécie de hierarquia quanto aos temas afetos a cada ente federado.

Importante destacar que há diferenciações para o entendimento da saúde nos entes federativos. Segundo Sarlete (2007), a criação do SUS reproduz a disposição constitucional tríplice - federal, estadual e municipal - legitimando e dando autonomia a tais entes. Não se confunde, portanto, com normas balizadoras que se vinculam ao sistema de saúde, como as Leis Orgânicas da Saúde, Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990.

Ferraz (2019) aduz que o modelo brasileiro de descentralização do SUS pode ser considerado como um exemplo bem-sucedido de coordenação intergovernamental na condução da política social, com articulação das ações nos vários níveis de governo, porém, a governança regional e federativa do SUS, que poderia ser um ativo

importante, inclusive para se contrapor a tais respostas à crise ou amenizar o impacto junto à saúde da população, revela interdependência de iniciativas do âmbito federal.

A constituição Federal de 1988 previu as regras de participação dos entes federativos no serviço público, tendo o §1º do artigo 198, positivado que o financiamento da saúde fosse predito nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social entre os entes, sem, contudo, estabelecer limites mínimos.

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, inaugurou uma nova fase ao estabelecer a origem dos recursos que financiariam a saúde com a responsabilidade dos entes federados. Dispôs ainda da necessidade de edição periódica de lei complementar, com a finalidade de fixar e revisar os percentuais dos recursos destinados. Nesse período, foram estabelecidas fontes tributárias que sustentariam o setor sanitário, porém, não se estabeleceu o percentual mínimo de aplicação de cada uma pelos entes, que, por sua vez, já tinham suas bases de aplicação mínimas (MIRANDA, 2017).

Apesar de a formação ser tríplice entre os entes federativos, os Municípios, que estão no final da descentralização político-administrativa, possuem grande importância, pois neles concentram-se o atendimento primário. Affonso e Silva expressam que a nova política de saúde (FERRAZ, 2019).

2.2.4 Níveis de Atenção à Saúde

Através de uma análise subjetiva, os Municípios, tendo em vista a função primária que exercem, deveriam concentrar parcelas igualitárias dos repasses oriundos da União e Estados, tendo como padrão para distribuição de recursos as vulnerabilidades sociais, ou mesmo regiões com maiores índices de determinadas enfermidades, que ocasionam mais prejuízos no que diz respeito a gastos com insumos, material humano, etc. Entretanto, há, ainda, significativa discrepância nos montantes totais, *per capita* e proporcionais dos gastos e dos recebidos pelos municípios segundo sua localização geográfica – região – e seu porte – tamanho conforme a população.

As dúvidas pairam, pois é visível que houve expansividade na atenção primária. Ferraza (2019) asseveram que a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que mais tarde se transformou em Estratégia Saúde da Família (ESF), são mantidos mediante o Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, contudo, os Municípios somente o incorporam caso desenvolvam programas no nível da atenção primária.

A saúde pública não pode ser vista como um jogo político-eleitoral, uma vez que se impõem o pagamento de determinada parcela, mediante o alcance de objetivos, tendo como prêmio o envio de maiores recursos a determinado ente ou gestor.

Segundo Barroso (2009), a introdução do PAB (Piso de Atenção Básica) em 1988 constituiu-se em um importante instrumento para a saúde pública dos Municípios, porém, não deveria estar relacionado com a consecução de metas, mas sim com a visão de amplitude no requisito de prestação adequada de saúde aos indivíduos. E que os gestores tivessem outra maneira de serem testados quanto às suas habilidades de gerir os negócios públicos, principalmente a saúde.

A insuficiência de recursos da saúde para os Municípios é uma grande problemática. Desde a implantação do SUS na década de 90, ainda conforme Balestra Neto (2015), a complexidade da tarefa decorre da necessidade de reconhecer que a própria dinâmica descentralizadora imposta constitucionalmente, envolveu novos atores, bem como contextos locais diversos.

Segundo Berlinguer (2008), a gestão da política da saúde é fruto de “barganha federativa”, ou seja, as dimensões da pobreza brasileira, sobre a qual recaem os programas sociais, teriam a tendência de serem caras e inefetivas, na proporção em que consumiriam grande quantidade de recursos com baixos níveis de proteção efetiva. Consistindo a barganha em atribuir ou imputar a outro nível governamental, como, por exemplo, a estadual, aquilo que fosse demasiado em ser alcançado por entes como os municípios.

Portanto, a insuficiência de recursos aos Municípios está ligada a fatos externos, dentre os quais, a baixa estratégia governamental, mesmo diante do crescimento regional e da municipalização de ações de saúde, demonstra que os repasses econômicos ditados pela União, não condizem com as necessidades atuais do Sistema Único de Saúde nos Municípios. Ao analisar que os municípios expandiram suas ações em saúde, inovando com a implementação de inúmeras estratégias, há

urgência econômica para que possa desenvolver tais ações, mas que não esteja sujeita a fatores políticos como o desempenho de gestores na saúde (MARTINELLI,2012).

A convivência em sociedade implica diversas indagações, relações conflituosas também não são incomuns. Aquilo que não pode ser resolvido de maneira consensual, na maioria das vezes, encontra auxílio na prestação jurisdicional. Entretanto, apesar dos meios judiciais proporem resoluções equitativas, há uma variedade de questões que não podem ser resolvidas por meios forenses rotineiros, abrindo espaço assim para o protagonismo dos tribunais superiores na uniformização de posicionamentos acerca dos conflitos (CUNHA, 2020).

A saúde, bem como o patrimônio, a alimentação, a vida, são exemplos de temáticas que, tendo em vista suas valorações, carecem de atenção e maiores implicações do que outros assuntos. Pimentel ressalta que o Brasil, nos últimos anos, tem sido palco de inovações normativas. A imperatividade, característica inerente às normas da Constituição, fez com que houvesse plena requisição dos direitos e garantias fundamentais, por força do artigo 5º, § 1º da própria Constituição Federal de 1988, o direito fundamental à saúde encontra amparo justamente nesta nova ótica, nem tanto de conhecimento, senão de efetividade (MARTINELLI,2012).

Segundo Crozatti (2020) o Poder Judiciário nas últimas épocas vem prevalecendo sobre as demais funções de Estado, intensificando sua atuação na sociedade e na política brasileira, muito por conta do excesso em concessão de decisões autorizando impositivamente benefícios relativos à saúde do cidadão, nem sempre de maneira adequada. Talvez, isso explique a sobrecarga que ajudou na reavaliação e formulação de novos parâmetros judiciais para tratar de saúde pública.

2.2.5 A Inserção do Serviço Social na Saúde

O assistente social, em relação ao mercado de trabalho, pode ser incorporado em vários espaços. Desde aqueles que começaram a fazer parte durante o surgimento da profissão, como a inserção do profissional na saúde, mesmo ainda sendo embasado na perspectiva conservadora do “Serviço Social Médico”, até aqueles que são um pouco mais recentes, como a assessoria e consultoria em Serviço Social.

Independente da área de atuação, sabe-se a importância de buscar a reatualização do conhecimento no espaço de intervenção. Vivemos em um mundo em que o cotidiano nos apresenta várias coisas de forma “*aligeirada*”, numa contínua mutação, mudanças estas que fazem diferença no exercício profissional: leis que podem ir contra a garantia dos direitos do usuário, medidas provisórias, mudanças institucionais que podem interferir na mediação de conflitos, etc. Para todas estas coisas apresentadas os assistentes sociais precisam estar atentos para que não aconteçam a violação dos direitos de ambas as partes (usuário e profissional), pois como classe trabalhadora o assistente social também sofre com as contradições advindas do capital. Por isso, é necessário buscar, aprimorar e produzir conhecimento.

Um dos outros elementos da atualidade que entram nesta discussão são os chamados cursos à distância, que ganharam ainda mais ênfase durante a pandemia do novo coronavírus, fizeram e ainda fazem parte da educação de muitos estudantes, do ensino fundamental ao superior.

O ensino *on-line* que move a EaD, no âmbito da graduação, apresenta-se com o discurso da democratização do acesso, favorecendo a expansão desordenada da educação superior a baixo custo. O objetivo é “trazer a Revolução Industrial para o ensino. Ou seja, de fazer o mesmo que fez a Revolução Industrial, transformar processos artesanais em processos fabris capazes de garantir uma produção em maior escala, mais barata e sem perda de qualidade (KOIKE, 2009, p. 07-08, apud CASTRO, 2006, p. 213).

Sem recursos assegurados, a expansão prevista pode sustentar-se à base de maior flexibilização e desregulamentação e à custa de aligeiramento do processo formativo e aumento da precarização do trabalho docente e técnico-administrativo. A qualidade da formação e a produção de conhecimento estariam ameaçadas pelo “aulismo” em detrimento da pesquisa, pela falta de formação de pesquisadores e de intercâmbio desinteressado (sem estar submetido à lógica comercial-lucrativa) com a sociedade (KOIKE, 2009, p.09).

Várias discussões perpassam esta temática, pois o aligeiramento da conclusão dos cursos em tempos mínimos pode causar prejuízos maiores no futuro. Tanto para os alunos, quanto para os próprios professores que para atender as demandas postas devem se tornar polivalentes e ter domínios de áreas que não estão previstas nas atribuições e competências profissionais. Ocasionalmente, muitas vezes, o adoecimento e a precarização do trabalho do/da assistente social.

Diante disto, desde o ano de 2020, especificamente, tivemos que nos adaptar as novas condições que nos foram postas e impostas. O exercício profissional do Serviço Social teve que se adaptar as novas demandas que foram surgindo, como já discutimos nos tópicos anteriores. Alguns profissionais tiveram mais facilidade para “abraçar” este novo que surgiu, principalmente em relação ao uso da internet e de computadores.

Geralmente, estes profissionais são os que buscar se atualizar no que está ocorrendo no mundo e aprimorar as atualizações correspondentes a sua profissão. Se a opção mostrada, até então, é fazer os cursos online, que seja realizado da melhor maneira possível e que instiga aos que estiverem escutando a refletir criticamente sobre o assunto e a não se desviar dos ensinamentos prescritos no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação 8.662/1993 e nas Diretrizes Curriculares, contribuindo e não atrapalhando o desenvolvimento dos estudantes e profissionais.

Em relação a formação continuada, Netto (1996) também faz a sua contribuição refletindo que não podemos apenas resolver o problema da formação profissional pensando exclusivamente nas futuras gerações de profissionais, mas pensar naqueles que já estão graduados, diplomados e que ainda estão na luta por uma vaga no mercado de trabalho.

A curto prazo o problema da formação profissional não pode continuar se colocando mais como restrito à preparação das novas gerações de profissionais: tem que incluir os milhares de assistentes sociais já diplomados e que se veem fortemente pressionados pelas constrictões do mercado de trabalho. Cursos de especialização, de reciclagem, de atualização profissional etc., que atendam às exigências de intervenção localizada (ação focal), terão que ser implementados rapidamente. É a questão central, na implementação desses cursos, é óbvia: reside no modo como se tornará a intervenção localizada, de que se trate – tomá-la como tal, na sua imediatez de demanda operativo-instrumental pode ser o enquadramento oferecido pelas vertentes comprometidas com esta, o trato operativo instrumental deve ser necessariamente, conectado à compreensão da problemática em tela e da ação focal no sistema de relações da sociedade brasileira (BORGES, 2015, p.03 apud NETTO, 1996, p. 124125).

O Serviço Social ao longo de sua história passou por várias correntes metodológicas e estas contribuíram para o aprimoramento intelectual dos profissionais até os dias atuais. Entretanto, os avanços tecnológicos da atualidade estão bem diferentes do período da gênese da profissão. É por isto que, apesar de haver pontos negativos na formação online podemos contar com os pontos positivos da *internet* e computadores

no aprimoramento intelectual, não só dos assistentes sociais, mas de outras profissões.

Apesar dos desafios em que os profissionais são acometidos em seus espaços ocupacionais como altas demandas e baixos salários, também podemos contar com a categoria profissional que oferecem em suas plataformas meios de formação e aprimoramento intelectual.

Um grande exemplo disto é que neste ano de 2021 a o CRESS/PB em parceira com o Departamento de Serviço Social da UEPB (Universidade Estadual da Paraíba) realizou o Projeto de Extensão: Educação Permanente para os(as) Assistentes Sociais atuantes da área da saúde no contexto de Pandemia e pós Pandemia da COVID-19 na Paraíba. Esse projeto, de forma remota, teve a participação de cerca de 120 profissionais do Estado que atuam na saúde no Estado da Paraíba. Espaço que os profissionais assistentes sociais puderam discutir o trabalho nesta política, além de debater com especialistas das áreas.

2.2.6 Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde

A atuação do assistente social na saúde pode se dar em diversas instituições e de diversas formas. Os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2009) elencam algumas ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde e diz que elas “devem ser vistas de forma articulada, dentro de uma concepção de totalidade”, ou seja, um eixo trabalhado pelo assistente social não deve ser visto de forma isolada, mas de uma maneira macro, total. Estas são algumas ações desenvolvidas pelo profissional: atendimento direto aos usuários, ações sócias educativas, ações sócias assistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria qualificação e formação profissional.

O profissional de Serviço Social deve contribuir para a expansão dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde, por meio da satisfação de necessidades, e do reconhecimento da importância da socialização de informações, e de espaços de reflexão conjunta com o usuário. “O assistente social [...] facilita o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações

sociais, econômicas e políticas do país” (CASTRO,2013, p.10 apud CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.76).

Dentro da política de saúde podemos observar que muitas são as áreas de atuação do assistente social. E com isso, surgem muitos desafios para a efetivação destas práticas profissionais. Entre eles: relação com os usuários, com os demais profissionais, enfrentamento frente às expressões da questão social, a efetivação do Código de Ética Profissional no que diz respeito às atribuições e competências profissionais, o imediatismo na prática profissional, entre outros. Além disso, é essencial fortalecer a relação existente entre teoria e prática.

Com a possibilidade de atuação em diversas áreas o trabalho em equipes multidisciplinares é recorrente. No caso da saúde o assistente social pode atuar com médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos, entre outros. Por isso, esta relação com outros profissionais é comum na prática do assistente social. Daí também surge a importância da apreensão do projeto ético político para que este momento de “troca desconhecimentos” seja de engrandecimento profissional.

Na esfera terminal dessa execução há um conjunto de trabalhadores (médicos, enfermeiros, pedagogos, psicólogos, etc.) que colocam sua capacidade física e mental para o trabalho a serviço das políticas sociais, incluindo os assistentes sociais, cujo compromisso ético- político propõe ações vinculadas à emancipação humana (LACERDA,2014, p. 25).

Além da compreensão do projeto ético político na relação com o outro profissional, Lacerda (2014, p.23) apresenta mais um desafio na atuação do assistente social: o imediatismo. O pensamento limitado pela pressão do dia a dia se restringe a dar respostas automáticas e superficiais a diversas situações singulares que são homogeneizadas a partir da superficialidade (...) a diversidade de atividade da vida cotidiana leva a visão limitada apenas aos fenômenos do real: enxerga-se a pobreza, mas não o movimento histórico-econômico que a engendra; conhece-se o adolescente em conflito com a lei mas não a dinamiza que o leva a se constituir enquanto tal, etc. (LACERDA, 2014).

As atribuições e Competências Profissionais do Assistente Social são norteadas pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/1993). No Código de Ética Profissional (1993, p.23,24) são elencados 11 princípios fundamentais, e o de número 10 diz que devemos ter o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. Ou seja, é importante que o profissional

busque diariamente o conhecimento a fim de que a sua prática seja cada vez mais efetiva.

As múltiplas refrações da questão social sobre as quais o assistente social intervém constituem uma totalidade repleta de contradições, que requer do profissional um conjunto de habilidades e estratégias que estejam voltadas para a garantia dos direitos sociais (FONSECA, 2008, p.144).

No Artigo 4º, a Lei de Regulamentação da Profissão estabelece competências do assistente social. Entre elas estão: elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; entre outros.

O Artigo 5º apresenta as atribuições privativas do Serviço Social. Segue algumas delas: coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos.

Em Unidade de Serviço Social; assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federais e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Por não conhecerem as suas atribuições e competências muitos profissionais acabam aceitando demandas que não fazem parte do seu fazer profissional e isso pode influenciar negativamente no seu processo de atuação. Por isso, é importante saber quais são as suas funções, pois contribuem para a sua formação. Mas além disso, é de ciência que muitos locais não oferecem ao profissional condições básicas para exercerem os seus trabalhos e isto é um desafio para os/as assistentes sociais. A

Resolução CFESS nº 493/2006, dispõe sob as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social, onde traz em seus artigos importantes esclarecimentos de como deve ser o ambiente de trabalho do/da assistente social para viabilizar o acesso e atendimento eficaz ao usuário.

O/A assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho (CFESS, 2009, p.47).

•

No trabalho cotidiano, o assistente social lida com situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessadas por determinações de classes. São desafiados a desentranhar, da vida dos sujeitos singulares que atendem, as dimensões universais e particulares, que aí se concretizam como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada.

Muitas são as questões que envolvem o fazer profissional do Assistente Social na política de saúde. É na atuação direta com o usuário que as expressões da questão social são visualizadas “cara a cara”. É na prática profissional que os desafios são apresentados e superados a cada dia. Com isso, é essencial que não só os assistentes sociais, mas toda a equipe de saúde esteja para garantir o direito do usuário e fortalecer o conhecimento para melhorar a intervenção.

De acordo com o que foi exposto, foram relatados alguns desafios enfrentados na atuação do assistente social na política de saúde. Apesar da inserção de muitos profissionais na área, a cada dia o profissional se supera e lida com as várias expressões da questão social. Martinelli (2011, p.05) nos fala que o compromisso ético político deve nos fazer avançar na sistematização das ações e na construção de conhecimentos. Por isso, é necessário qualificar o conhecimento para qualificar a intervenção.

Para se ter uma atuação profissional na saúde de forma competente, o assistente social tem que estar sempre articulado aos movimentos dos trabalhadores e serem sempre a favor da luta pela efetivação do sistema único de saúde (SUS) estarem

sempre junto ao usuário, facilitando seu acesso a instituição de saúde, de forma igualitária de forma crítica e não as formas de propostas pelos os governos que traz uma proposta contrária ao SUS. Outra atuação competente, os profissionais estarem em conjunto com outros profissionais nos espaços de saúde que sempre venham levantar discussão e uma participação crítica dos funcionários nos espaços de saúde. E por fim, estarem organizado a buscarem assessoria técnica para que possa esta sistematizando o seu trabalho (DALLARI,2008).

A ideia do surgimento do projeto Ético político do serviço social no Brasil, se dá no período redemocratização, onde se vivia o período de ditadura militar de autocracia burguesa, é nesse contexto de redemocratização onde a categoria profissional faz o movimento de conceituação do serviço social, que apresenta três dimensões, são a modernização conservadora, reatualização do conservadorismo e o movimento de intenção de ruptura (CURVINA,2017).

Complementando o exposto a cima, os assistentes sociais, devem se pautar no novo código ética de 1993, para a sua intervenção profissional, onde esse código está rompido com o conservadorismo, e que o profissional tenha uma orientação certa nos atendimentos aos usuários.

Foi importantíssimo o documento do CFESS, para os Assistentes Sociais que atuem na política de saúde. Esse documento faz com que se tenha uma importante contribuição para os profissionais de serviço social fazendo assim seu processo de trabalho guiado pelos parâmetros do documento. Esse documento que orienta os assistentes social na política de saúde, foi feito pelo conjunto Conselho Regional de Serviço Social, (CRESS) e pelo Conselho Federal de Serviço Social, (CFESS) em 2010. Nesse documento que foi elaborado, aborda elementos importantíssimos do serviço social. Dividido em partes (DALLARI,2008).

o documento, aborda serviço social e saúde; atuação do assistente social na saúde e algumas reflexões, aborda também sobre seguridade social, projeto de reforma sanitária. Democracia restrita e democracia de massas. Segundo, os parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009, p.21) a constituição federal de 1988, constitui a política de saúde como “direitos de todos e dever do estado” que posteriormente vem sendo efetivado pelo SUS. Segundo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) na resolução 287 de 08 de outubro de 1998, junto pela lei nº 8.080 de

19 de setembro de 1990 e pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, vai Alencar na 8ª conferência Nacional de Saúde, alegando a saúde como “direitos de todos e dever do estado” e reforçando a determinação que compreende a relação saúde/doença como decorrência das condições de vida de trabalho, e isso faz com que todas as pessoas tenham acesso igualitário de todos os serviços de promoção para que possam se recuperar para uma melhor saúde. Fazendo assim a inserção do assistente social como profissão que atuem na política de saúde.

O Assistente Social inserido no âmbito da saúde tem o dever e a responsabilidade de inserir os usuários as políticas públicas, fazendo articulações com as redes e as outras instituições para que o usuário possa garantir o seu direito (CUNHA, 2020).

Entende que são os fatores que determinam as causas de doenças, são os determinantes que indiquem como a doença se desenvolve, chamado assim de processo de saúde e doença. Então depende muito dos fatores que essas pessoas estão expostas, pois não tem como ter uma saúde boa se esses condicionantes não estão adequados (DALLARI, 2008).

Atuando na efetivação de direitos dos usuários do SUS o serviço social aparece como uma prática centrada na formação de um perfil de usuário consciente de seus direitos. E em função disso, o profissional de serviço social será um profissional que buscará formação em legislações da saúde, gestão e controle social da saúde pública (CARVALHO, 2008).

A atividade profissional do Assistente Social, como tantas outras profissões está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras (CUNHA, 2020).

Essa perspectiva também será defendida por Neto (2015) para quem os assistentes sociais na sua prática profissional estão submetidos a uma alta carga de tensão porque lidam diariamente com expressões da questão social que refletem um sistema injusto, no caso, o sistema capitalista. Esse modo de produção, irá desenvolver políticas públicas como uma maneira de amenizar as desigualdades causadas por ele mesmo. E a política de saúde será um desses territórios. Assim, o fazer do serviço social na saúde deverá trilhar por uma prática que defenda princípios

democráticos para que o usuário do serviço de saúde possa ter seus direitos de atendimentos assegurados (ANDRADE,2010, p .29).

No campo da saúde, o serviço social é definido como a atividade profissional que visa investigar os fatores psicossociais que afetam o processo saúde-doença, bem como o tratamento de problemas psicossociais que aparecem em relação a situações de doença (CROZATTI, 2020).

É assim que o conhecimento da realidade de cada doente é essencial, pelo que este processo implica estudar o utente e identificar as redes de relações (família, instituição, situação de marginalização ou exclusão). Devido a esses aspectos afirmam que o objetivo do trabalho social em saúde é identificar e intervir nos fatores sociais que afetam as condições de saúde da população, habilitados por meio de um processo metodológico que visa estimular a população usuária a participar do desenvolvimento de ações de promoção, proteção, conservação e recuperação da saúde a partir de suas necessidades (CURVINA,2017).

Assim, um dos pontos fortes que contribui para o cumprimento deste propósito é que as competências do assistente social lhe permitem manejar metodologias da profissão através da investigação e do desenho de planos de intervenção que promovam a autonomia e o empoderamento do utente na necessidade de melhorar suas condições de saúde (CARVALHO, 2013).

Neste sentido, a intervenção dos assistentes sociais de saúde centra-se especificamente na doença e nos seus efeitos psicossociais, através da aplicação de métodos e técnicas específicas. Para o desenvolvimento do diagnóstico social de saúde, o assistente social realiza um exercício de integração do diagnóstico médico e, na maioria das vezes, do prognóstico da doença.

Portanto, a intervenção do assistente social é contribuir com o estudo das variáveis socioeconômicas e culturais que afetam a etiologia, distribuição e desenvolvimento da doença e suas consequências sociais; localizar, identificar, controlar ou eliminar o que atrasa o alcance dos objetivos de saúde e a utilização dos serviços, bem como o que favorece seu alcance (CROZATTI, 2020).

De acordo com os autores supracitados, o trabalho profissional do assistente social em saúde está orientado a conhecer os problemas de saúde da população por meio

de pesquisas, buscando o efetivo cumprimento das políticas sociais, articulando ações com a equipe interdisciplinar, bem como familiares e organizacionais. Redes, propondo e desenvolvendo ações voltadas à melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família, comunidade e sociedade em geral.

Cunha (2020) aponta que o papel profissional do assistente social é construído em torno das relações que mantém com as pessoas e/ou sujeitos, sendo nesta relação que deposita o sentido do seu trabalho; Dito vínculo classificado como ajuda, intermediação, escuta, intervenção ou companhia, implica que o papel que o assistente social exerce terá a ver com a forma como trabalha com as pessoas; bem como "a função social do papel profissional à incidência ou impacto que a intervenção profissional tem nas relações sociais envolvidas no objecto da intervenção (CARVALHO, 2013).

Além da função desempenhada pelo assistente social, também exerce funções, ressaltando que a função é o que é feito regular e sistematicamente, exercendo a função para atingir os objetivos profissionais.

É o que dá sentido às suas ações e atividades, pois a função dependerá dos contextos em que o trabalho está inserido. As políticas sociais serão implementadas, animarão os processos sociais, serão conscientizadores, motivadores, mobilizadores, informantes, gestores, consultores, assessores, conselheiros, mediadores, etc. A forma como a função é definida, em cada intervenção, terá a ver com a especificidade profissional (CROZATTI, 2020).

O assistente social em saúde é o profissional da equipe multiprofissional que conhece as deficiências e necessidades sociais que afetam o processo saúde-doença, identifica as redes familiares e sociais, nas quais promove o uso dos recursos disponíveis, por meio de funções de pesquisa, planejamento e programação, educação social, promoção, prevenção, aconselhamento social e gestão de recursos sociais e/ou de saúde, visando à recuperação da saúde e à participação de indivíduos, grupos e comunidades nas instituições de saúde (DALLARI, 2008).

2.3 SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA

O assistente social na área da saúde contribui para a construção de novos sujeitos coletivos. Assim, percebe-se que o agir profissional do assistente social que atua na área da saúde, não se priva apenas no que diz respeito à saúde do usuário, mas sim nas expressões da questão social e principalmente quanto ao acolhimento ao usuário doente de câncer. Rodrigues (2009) pontua que cuidar do paciente com câncer implica em ter conhecimento em relação à patologia, bem como aprender a lidar com os sentimentos desses pacientes e com as suas próprias emoções perante a doença.

Debater a inserção do assistente social em equipes multiprofissionais de saúde é pensar em avanços e também em desafios. Cabe 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).

Diante disso, o Serviço Social se torna um setor de suma importância nos leitos dos hospitais, principalmente nos setores de oncologia, na qual sua atuação se dá através da viabilização para os pacientes e familiares ao acesso às políticas sociais e institucionais, tendo como norte principal as leis e normas que atendem as especialidades dos casos, na garantia dos direitos sociais e do exercício da cidadania.

O papel do assistente social no acompanhamento dos pacientes oncológicos ocorre mediante o levantamento do perfil biopsicossocial do paciente e de orientações sobre o tratamento da doença e promoção de ações educativas, que visam “desencadear um processo reflexivo nos pacientes e familiares, para que possa participar do processo de tratamento e/ou cura” (GUALDA, 2008, p. 7).

Um passo importante no atendimento do paciente oncológico feito pelos assistentes sociais é retirá-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).

Tendo isso em vista, pode-se dizer que esse profissional direciona sua atuação a três segmentos que constituem o processo de tratamento: o paciente (o protagonista principal), a família e a equipe, visto a necessidade de oferecer acolhimento a eles, uma vez que nesse momento será constituída uma relação de segurança e confiança com a equipe, pois “desta vinculação dependerá também a aderência ao tratamento essencial para a realização de um bom trabalho para ambas as partes” (SANTOS, 2010, p. 62).

Segundo Martinelli (2012), para um melhor desempenho do trabalho do assistente social na oncologia é necessário algumas ações que o profissional deve desenvolver para com os pacientes oncológicos e seus familiares, dentre elas: o atendimento, acolhimento individual a pacientes; atendimento e acolhimento a acompanhantes ou familiares; intervenção sobre internação (admissão social); procedimento de Inter consulta com equipe de saúde; intervenção Inter profissional (articulações internas); articulação interinstitucional; encaminhamento à rede de serviços – interna e externa; atendimento e visita domiciliar; orientação sobre Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Minimizar os impactos psicológicos e emocionais que envolvem o paciente com câncer, orientando e informando sobre a instituição hospitalar e seus recursos; orientação e encaminhamento a serviços e recursos previdenciários; realizando contato com o paciente e sua família; interpretando fatores sociais, políticos e econômicos que permeiam a realidade dos pacientes e de seus familiares; orientando

o tratamento global nos aspectos biopsicossociais e realizando um trabalho integral, multidisciplinar, com os membros da equipe de saúde.

Diante do exposto, concluímos que o assistente social é de suma importância na vida do paciente oncológico, durante todo tratamento o profissional põe em prática todas as suas técnicas para um bom desempenho no acompanhamento social, para que assim, os pacientes possam garantir seus direitos nesse momento de fragilidade.

De acordo com a leitura dos textos que foram utilizados na pesquisa e dos seu destacou-se as principais ações no processo de atuação do assistente social, que vem desde a acolhimento aos pacientes oncológicos, bem como atendimento individualizado, com escuta qualificada, com diversas orientações, tais como a declaração de pacientes que moram em outras cidades para a participação do Tratamento Fora de Domicílio (TDF), que auxilia na garantia de passagens e diárias durante a estadia do paciente, e se necessário, do acompanhante, para que possa deslocar-se até o local onde será realizado o devido tratamento.

O cadastro para inclusão do paciente no Núcleo de Assistência Domiciliar e Interdisciplinar ao Paciente Oncológico (NADIPO), que tem como objetivo a prestação de cuidados paliativos a atenção à dor, a partir da liberação de medicamentos, curativos, para suprir as diversas necessidades dos pacientes internos e externos.

O câncer é um processo de adoecimento e assistência a pessoas acometidas por neoplasias é crescente.

Em meados da década de 90 o País começa a incorporar os avanços tecnológicos e amplia os métodos terapêuticos para o tratamento do câncer aliando a radioterapia já usada com novas técnicas a exemplo da braquiterapia que possibilita tratar tumores mais agressivos por ser de cunho invasivo e agir junto a anomalia, disseminado enquanto método terapêutico mais satisfatório na possibilidade de cura de neoplasias. Posta essa realidade os pacientes em tratamento oncológico passam por períodos de internação que lhes retiram de seu ambiente social somado a reações adversas e imunossupressão que necessitam de assistência integral devido a fragilidade que causa todo esse processo.

A consulta de paciente de primeira vez, são pacientes que estão tendo o primeiro contato com o Serviço Social. O atendimento se dá por meio de uma avaliação social,

procurando conhecer melhor como é a realidade social, econômica e cultural do paciente, e com isso repassar orientações e informar os tipos de benefícios que se enquadram a ele/ela, tais como: benefícios previdenciários (auxílio doença, aposentadoria por invalidez); assistenciais (Benefício de Prestação Continuada – BPC / LOAS); trabalhistas (FGTS, PIS/PASEP); Estatuto da Criança e do Adolescente; Estatuto do Idoso; e da existência de entidades jurídicas que defendem o direito de pessoas com câncer. Visita aos pacientes internados, que tem como objetivo verificar como está o tratamento do paciente e identificar o grau de satisfação do mesmo, visando sempre acompanhar e conhecer melhor a realidade do paciente para identificar fatores que possam intervir ou até mesmo interromper o tratamento, bem como propiciar uma melhoria na qualidade do atendimento.

Os desafios enfrentados pelo assistente social no exercício da profissão são a falta de mais profissionais na área oncológica e a dificuldade em conseguir desenvolver com clareza as competências e as atribuições que potencializam o trabalho nessa área de atuação, mantendo o compromisso ético e o respeito aos preceitos da lei de regulamentação da profissão.

O cotidiano do profissional em Serviço Social na área oncológica se dá através de visitas diárias às enfermarias, que acontecem com um prolongamento do atendimento ambulatorial e liberação de visitas fora de horário, como forma de atender as necessidades do paciente e família.

Atenção à família do paciente que chegou a óbito no hospital, como acompanhamento e orientações, facilitando a conduta da família ou responsável nas questões que dizem respeito aos trâmites legais – translado, formalização, sepultamento e registro do óbito. Liberação de veículo para pacientes internados que irão ser submetidos a exames externos ou para agilização da desocupação do leito do paciente de alta em tempo útil.

Assim, diante dos processos de saúde e constante busca pelos avanços nas suas ações de cuidado as práticas de assistentes sociais junto a pacientes oncológicos é cada vez mais recorrente, sobretudo em ambiente hospitalar por serem os assistentes sociais auxiliares administradores de protocolos estabelecidos para o tratamento, como equipe detém grande responsabilidade, tendo como competências a prestação

de assistência na avaliação do diagnóstico, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares.

Isto posto, sendo o assistente social uma profissão com conhecimento científico, que surge do cuidado humano precisa se reformular para atender as necessidades do outro (paciente) de cunho reflexivo acerca da práxis para que o uso tecnológico e a tecnicidade não suprimam a prática humanizada, mas, sejam complementares para uma resolução eficaz. Para tanto, a motivação para realização desta revisão literária narrativa fora reflexão e apreensão das ações do assistente social frente a pacientes oncológicos na perspectiva humanizada com a pretensa intenção de compreender este cenário que engloba relações interpessoais. O objetivo desta pesquisa foi identificar a sistematização e integralidade dos profissionais do Serviço social no tratamento oncológico, sobre a importância da humanização durante o período de diagnóstico e tratamento.

3 METODOLOGIA

Entende-se que a metodologia é de extrema relevância para o desenvolvimento da pesquisa, que direciona o caminho a qual deverá ser percorrido até a finalização da pesquisa.

A metodologia é o estudo dos caminhos que irão ser percorridos para almejar os objetivos da pesquisa, um instrumento para a ciência, ou seja, um meio de estudos dos caminhos e os instrumentais a qual serão utilizados para efetivar a pesquisa científica.

De acordo com Minayo (2007, p.49) metodologia é definido da seguinte forma:

[...] a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação o reque; b) coma apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e os instrumentos operativos que devem ser utilizados para buscas relativas da investigações ; C) e com a “criatividade do pesquisador” , ou seja, a sua marca pessoal e especifica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas. Para realizar essa presente pesquisa, o método que foi utilizado será pesquisa bibliográfica, onde a busca ativa será realizada nos bancos de dados de sites confiáveis, artigos, livros de Serviço Social e legislação nacional.

A pesquisa bibliográfica consiste em extrair informações relevantes de materiais impressos e publicados, como livros, artigos, dissertações, revistas, jornais e anuais de eventos científicos (ANDRADE, 2010, p. 29).

A pesquisa bibliográfica refere-se a um método de pesquisa que sintetiza conhecimento e incorpora a serventia de estudos pregressos que são consideráveis na prática. (SOUZA; SILVA e CARVALHO, 2010).

Para Andrade (2010, p. 25):

A pesquisa bibliográfica é habilidade fundamental nos cursos de graduação, uma vez que constitui o primeiro passo para todas as atividades acadêmicas. Uma pesquisa de laboratório ou de campo implica, necessariamente, a pesquisa bibliográfica preliminar. Seminários, painéis, debates, resumos críticos, monográficas não dispensam a pesquisa bibliográfica. Ela é obrigatória nas pesquisas exploratórias, na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, na apresentação das conclusões. Portanto, se é verdade que nem todos os alunos realizarão pesquisas de laboratório ou de campo, não é menos verdadeiro que todos, sem exceção, para elaborar os diversos trabalhos solicitados, deverão empreender pesquisas bibliográficas.

A pesquisa é de abordagem qualitativa, com perspectiva de aprofundar o conhecimento das questões apresentadas, do objeto a ser analisado, com o objetivo de obter dados, qualitativos, para âmbito acadêmico e aos profissionais do serviço social e equipes multidisciplinares no âmbito hospitalar de atendimento à oncologia infantil, que de acordo com Gonsalves (2007, p. 29). [...] “A pesquisa qualitativa é a compreensão, com a interpretação do fenômeno, considerado o significado que os outros dão às suas práticas, o que impõem às pesquisas uma abordagem hermenêutica” [...] (GONÇALVES, 2007, P. 69).

Isto vem ao encontro de Minayo (1994, p. 21-22), que define pesquisa bibliográfica da seguinte forma:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Preliminarmente, foi realizado o a coleta de dados bibliográfica inicial, realizada através do acervo da biblioteca da faculdade Centro Universitário Salesiano (UNISALES), livros dos autores no qual deram fundamento à pesquisa, tais como: Iamamoto, Jose Paulo Netto, Martinelli e Barroco, apostilas e materiais utilizados ao longo da graduação, material eletrônico pesquisando em sites confiáveis, como: Sciencedirect online (SCIELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS),

Constituição Federal (CF), legislações vigentes, pesquisa no google (GOOGLE ACADÊMICO).

Para dar início a busca foi utilizado a seguinte questão norteadora: A atuação profissional do assistente social no hospital de atendimento a oncologia infantil. Tendo como critério de inclusão na pesquisa os artigos e livros publicados na íntegra, no idioma português e que cooperassem para a resposta da questão norteadora.

Assim compreendemos que a metodologia é de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que direciona o pesquisador ao alcance de seu objeto de estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Neste tópico a proposta é a discussão, através de artigos científicos e demais literaturas, sobre a atuação do assistente social na oncologia, para que possamos articular à fundamentação teórica do presente estudo.

Para Nunes (2015) o assistente social com sua escuta qualificada possibilita conhecer as demandas apresentadas para que possam ter propostas mais amplas de intervenção profissional.

O Serviço Social visa produzir as mudanças necessárias no cotidiano da vida social dos usuários atendidos. “O assistente social faz um trabalho no processo de acolhimento, quando o paciente é diagnosticado com câncer ou doenças hematológicas ele é encaminhado à instituição, o Serviço Social é a porta de entrada da instituição, por meio de uma escuta qualificada é feito o preenchimento do cadastro, é o primeiro contato que temos com o paciente e com a família e identificam-se as demandas. A partir do primeiro momento, o Serviço Social é responsável por esse trabalho de acolher, de receber essa família, de entender de onde vêm, quais são as demandas que eles trazem.

Para Netto (2011) o desafio que está posto diante das relações complexas que perpassam a realidade social consiste em proporcionar uma formação política, ética

e crítica de qualidade aos assistentes sociais para que consigam, no cotidiano profissional, atender satisfatoriamente as demandas que lhe são colocadas. É a própria aceitação do tratamento, é uma dificuldade no sentido de ele ter resistência em ir para o hospital, ter resistência em aderir mesmo ao tratamento, de participar das atividades, quando é adolescente principalmente, quando é criança a resistência é no sentido de entender que é todo um processo de repouso, a rotina muda, então são vários desafios.

Para Kolling (2011) o assistente social atua diretamente com a contradição existente entre o capital e o trabalho. E é nesse terreno de disputas e tensão entre reprodução das desigualdades e produção da rebeldia e resistência, que a categoria de assistentes sociais trabalha, interferindo diretamente nas relações cotidianas e no atendimento às variadas expressões da questão social.

Para Cunha (2020) o trabalho do assistente social não está isento do aparato formal e burocrático, elemento necessário para que se realize conforme os padrões exigidos. Tal lógica afeta sobremaneira a sua intervenção, visto que tende a priorizar as requisições institucionais em detrimento das demandas dos usuários que recorrem ao serviço social na perspectiva de acessar os seus direitos, além de induzir a prática profissional rotineiras e mecanicistas.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo, que criam os diversos tipos de câncer. Também, é considerada a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase (CURVINA, 2017)

A convivência com o câncer não afeta apenas quem tem a doença, são muitos impactos sociais para os familiares, que são os principais cuidadores desses pacientes, tais como: depressão, perda de perspectiva de vida, problemas financeiros, desgastes nos relacionamentos afetivos entre outros.

O Assistente Social intervém a partir de uma abordagem multidimensional, na qual conhece em primeira mão a história do doente e da sua família. Inicialmente entende-se que o trabalho profissional será orientado para a sistematização da realidade, com foco na coleta de dados para facilitar a organização, acessibilidade e compreensão

das informações, além de favorecer novos canais de pesquisa e avaliação (BARROSO, 2009).

Além disso, o profissional orienta pacientes e familiares para o acesso aos diferentes recursos sociais, econômicos e materiais à disposição das pessoas afetadas no seu contexto, tais como benefícios previdenciários por incapacidade para o trabalho, invalidez, transporte, orto-próteses, etc. Considera-se, também, que a situação econômica é afetada não só pelo aumento das despesas (medicamentos, transporte, próteses, perucas, etc.), mas também porque o ambiente de trabalho costuma se submeter a grande impacto, para o paciente oncológico, cuja condição de saúde dificulta ou impede seu desempenho profissional em muitas ocasiões; bem como para os familiares cuidadores, que reduzem a jornada de trabalho ou se demitem para realizar acompanhamento ocasional ou regular. Mas a intervenção não para por aí, vai muito mais longe, pois o aparecimento da doença e a convivência com ela, supõe um golpe direto ao paciente e seu entorno imediato, em todos os níveis (BALESTRA NETO, 2015).

Portanto, o Assistente Social atuará levando em consideração que todos os fatores são importantes para se alcançar um tratamento integral da doença. Nesse sentido, deve-se esclarecer que o profissional deve se tornar um agente ativo no processo de mudança, sendo responsável por trabalhar com o paciente oncológico e seus familiares em todas aquelas deficiências que impedem ou dificultam o enfrentamento da doença, convivendo com seus efeitos e tratamento e progresso positivo no processo de cura ou enfrentamento do luto. Inicialmente, deve-se realizar uma análise da realidade, por meio da coleta de informações, não se limitando a uma entrevista que segue uma dinâmica de questionamentos, porque deve ser um processo que respeite o ritmo estabelecido pela confiança que se gera entre profissionais e usuários (BARBOSA; BARBOSA, 2016).

A intervenção visará ouvir ativamente as preocupações, dúvidas e necessidades das pessoas afetadas. Uma vez que o profissional consegue se conectar com seus usuários em um clima de segurança, diálogo e confidencialidade, é possível obter todas as informações relevantes, que vão desde o diagnóstico médico, o nível educacional e a situação econômico-emprego, até aspectos mais íntimos como conflitos de interesse, relações familiares e gestão emocional. Nesse momento, os

recursos existentes serão colocados sobre a mesa e serão avaliados os pontos fortes e potencialidades, em comparação com as necessidades ou fragilidades que surgiram ou que já existiam antes do aparecimento da doença (BARBOZA; RÉGO, 2020).

Em primeiro lugar, o profissional torna-se um agente de mediação familiar, pois tudo está fora do lugar e é preciso alcançar uma rede de apoio que começa no próprio lar e que muitas vezes, por medo, falta de comunicação, desinteresse ou superproteção, culpa ou negação, as relações familiares são afetadas ou agravadas. Além disso, não só deve ser dada atenção voltada para o indivíduo ou sua família, mas também é essencial a intervenção em grupo, que beneficiará a pessoa doente ao poder encontrar um espaço em que se sinta compreendido, pois é composto por pessoas que sofrem o mesmo processo e que o enfrentam de muitas maneiras diferentes (BRAVO; MATOS, 2006).

Neste tipo de grupo, cria-se um ambiente familiar e um lugar de alívio, que permite compartilhar os aspectos negativos que vêm fortalecer o sentimento de apoio mútuo, e promover e reforçar a atitude positiva e o aparecimento de pontos fortes. Por outro lado, o fato de todas as áreas da vida do paciente e de sua família serem influenciadas afeta sua identidade, devido ao desajuste emocional, perda de motivação, rejeição por mudanças físicas, deterioração da autoestima etc. Portanto, neste momento o Assistente Social deve oferecer recursos específicos às suas necessidades, superando os burocráticos, que nascem no trabalho com a pessoa ou grupo em aspectos que vão desde a comunicação, gestão das emoções e autoestima; para aconselhamento sobre um centro de estética para cuidados com a pele (CUNHA, 2020).

Em suma, o tratamento social do câncer não se concentrará apenas na escuta de uma história de vida para sistematizá-la e fornecer-lhe ajuda financeira e material, pois é um processo que vai desde a criação de um espaço de confiança, acolhimento e alívio familiar, a um trabalho multidisciplinar que facilite o tratamento integral, pois preconiza o fortalecimento das relações familiares, a estabilização e expressão psicossociais, a aceitação de mudanças e perdas, a criação de uniões, o cuidado com a imagem para preservação da identidade e a geração de novas formas de motivação e desenvolvimento pessoal. Um trabalho de luta pela libertação das barreiras

impostas pelo aparecimento do câncer e que pode fazer a diferença na hora de enfrentá-lo e superá-lo, para além da sobrevivência (CURVINA, 2017).

E nesse contexto a presente pesquisa alcança o objetivo esperado de denotar a relevância do profissional de Serviço Social nos espaços socio ocupacionais e, em especial, no âmbito de tratamento oncológico.

A seguir, serão traçadas as Considerações Finais, que encerram este estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Traremos agora, como encerramento do estudo as Considerações finais, ou seja, a compilação de todo o estudo realizado, através desta pesquisa que se caracteriza com bibliográfica com abordagem qualitativa.

A pesquisa aqui apresentada tem, como objetivo geral compreender a atuação do assistente social no setor oncológico. Seus objetivos específicos são: descrever as principais ações desenvolvidas pela assistente social na oncologia; conhecer as principais dificuldades enfrentadas pela assistente social na oncologia; entender como se dá o cotidiano do profissional de Serviço Social no setor oncológico. Entendemos que os objetivos aqui descritos, foram alcançados, como pode-se observar, adiante, com as considerações traçadas.

A temática da saúde na sociedade brasileira passou por um processo de mudança em sua dimensão política e social, desde a introdução de um conjunto de medidas e procedimentos que contribuíram para modificar a relação entre a autoridade hospitalar e o paciente. Portanto, os cuidados com a pessoa em tratamento e/ou internações hospitalares ou ambulatoriais têm exigido cuidados profissionais necessários ao bem da qualidade de vida do paciente e, o assistente social está presente nesta equipe profissional.

E neste contexto, o papel do Serviço Social centra-se na atenção aos pacientes nas suas necessidades psicossociais e emocionais, na situação de adoecimento, pautado pelo compromisso de promoção da dignidade da pessoa humana, incluindo a pessoa doente, bem como o seu adoecimento, como um “ser completo” que pertence a uma

família e a uma comunidade, numa perspectiva de acolhimento ao paciente e, também, à sua família

O paciente em tratamento oncológico tem uma ampla gama de necessidades a serem atendidas que vão desde as de cunho material até as de cunho emocional, sendo perpassadas pela evolução da doença. O profissional de Serviço Social, pelo que concluímos nos estudos, aqui realizados, através de sua escuta qualificada é que irá identificar as demandas e intervir nas expressões que o paciente apresentar de modo a contribuir significativamente, como comprovado, na resposta ao tratamento oncológico.

Portanto, justifica a escolha do tema ser o câncer, doença que muitas vezes a primeira atitude que o paciente tem, quando recebe a notícia, é de negação, a seguir vem o sentimento de ansiedade, vazio, abandono e medo da morte.

Levando em conta o exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a intervenção do assistente social junto aos pacientes da área de oncologia e, podemos concluir esse estudo, afirmando que a conduta do assistente social se mostra coerente aos princípios éticos da profissão, bem como às demais diretrizes do Serviço Social.

Aqui, não posso deixar de trazer minhas percepções acerca do trabalho do assistente social, na oncologia, através do período de estágio. Agora, diante do estudo nesta pesquisa, posso afirmar que o assistente social é de suma importância no espaço do tratamento oncológico, pois é quem oferece suporte tanto para o paciente quanto para a família, o que humaniza o percurso já tão sofrido no referido tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALTH, Fernando Mussa Abujamra. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 86, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97328>. Acesso em: 11 de Agosto de 2022.
- ALMEIDA CUNHA, Jarbas Ricardo. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. **Cadernos Ibero- Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 87, 2017. DOI: 10.17566/ciads.v6i3.395. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/395>. Acesso em: 21 de Agosto de 2022.
- ARAUJO, Anarda Pinheiro; MARTINS, Natália Luiza Alves; CÂNDIDO, Nathalie Carvalho; OSÓRIO, Lícia Maria Teixeira. **SISTEMA NACIONAL DE CULTURA (SNC): UM REFLEXO DA ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?**. p. 4-5, 2010. Disponível em: <http://www.vienecult.ufba.br/modulos/submissao/Upload/24638.pdf>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.
- ASENSI, Fernando. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES DA FEDERAÇÃO E "EFEITOS COLATERAIS" NO DIREITO À SAÚDE. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 155, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/111658>. Acesso em: 28 de Agosto de 2022.
- BALESTRA NETO, O. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 94, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100025>. Acesso em: 15 de Agosto de 2022.
- BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS**. p. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/487tjCDYTQhNFdM7wnsYgDd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. **A história do SUS no Brasil e a política de saúde**. p. 8-9, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19348/15529>. Acesso em: 17 out. 2021.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; PAVANI, Miriam. **O direito à saúde na Ordem Constitucional Brasileira**. p. 22, 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6136447>. Acesso em: 19 set. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. p. 2, 2009. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>. Acesso em: 16 de Agosto de 2022.

BERLINGUER Giovanni. **A doença**. São Paulo (SP): Hucitec, 2008, p.151.

BINENBOJM, Gustavo. **UMA TEORIA DO DIREITO ADMINISTRATIVO**. Rio de Janeiro, São Paulo, Recife: Renovar, p. 50, 2008. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0,5&q=Gustavo+Binenbojm. Acesso em: 27 de Agosto de 2022.

BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na agenda da saúde**. p. 10 [21-]. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v7n3/13021.pdf. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

BODSTEIN, Regina. **Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde**. [20-?]. p. 1. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v8n1/a03v08n1.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

BOULOS JÚNIOR, Alfredo. **História Sociedade & Cidadania**. 4. ed. São Paulo: Editora Ftd, 2018. 272 p. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/HISTORIA-SOCIEDADE-E-CIDADANIA-MP-9_DIVULGACAO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/HISTORIA-SOCIEDADE-E-CIDADANIA-MP-9_DIVULGACAO%20(1).pdf). Acesso em: 16 de Agosto de 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Disponível em: <Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1997 >. Acesso em 27 de Agosto de 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 06 de Agosto de 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 29 de setembro de 2000.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acessado em: 27 de Agosto de 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acessado em: 27 de Agosto de 2022.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Disponível em: https://www.prattein.com.br/home/images/stories/Saude/Lei_gastos_sade.pdf. Acesso em: 27 de Agosto de 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília-DF, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. STJ. Administrativo. **Fornecimento de Medicamentos. Sistema Único de Saúde (SUS).** Alto Custo. Art. 535 Não Violado. Reexame de Provas. Súmula 7/STJ. Repercussão Geral Reconhecida Pelo STF. Não Enseja Sobrestamento do Feito no STJ. nº 1.661.695. Brasília. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201700402581&dt_publicacao=16/06/2017. Acesso em: 28 de Agosto de 2022.

BRASIL. STJ. Processual Civil. Agravo Interno no Recurso Especial. Enunciado Administrativo 3/Stj. Fornecimento de Medicamento. Incompetência da Justiça Estadual. Prescrição Por Médico Particular. Obrigatoriedade do Estado Fornecer A Medicação. Respeito Ao Princípio da Reserva do Possível. Ausência de Indicação do Dispositivo Legal Violado. Súmula 284/Stf. Litisconsórcio. União e Município de Teresina. Ação Pode Ser Proposta Contra Os Entes de Modo Conjunto Ou Isolado. Solidariedade. Precedentes do Stj. Ônus da Prova. Necessidade de Reexame do Conjunto Fático-Probatório dos Autos. Súmula 7/Stj. Agravo Interno Não Provido. nº 1.799.103. Relator: MINISTRO MAURO CAMPBELL MARQUES. **Agint no Recurso Especial Nº 1.799.103 - PI (2019/0056001-5).** Brasília. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201900560015&dt_publicacao=24/09/2019. Acesso em: 28 de Agosto de 2022.

BRASIL. TJDF. Agravo de Instrumento. Direito Constitucional e Administrativo. Ação Cominatória. Direito À Saúde. Paciente Portadora de Diabetes nº 1334471. Relator: Relatora Desembargadora SIMONE LUCINDO. **Eletrônica.** Brasília, 30 abr. 2021. Disponível em: [https://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoid=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&nomeDaPagina=buscaLivre2&buscaPorQuery=1&baseSelecionada=B ASE_ACORDAOS&filtroAcordaosPublicos=false&camposSelecionados=\[ESPELHO,%20INTEIROTEOR\]&argumentoDePesquisa=&numero=1334471&tipoDeRelator=Relator&dataFim=05/05/2021&indexacao=&ramoJuridico=&baseDados=\[DECISOES_P](https://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoid=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&nomeDaPagina=buscaLivre2&buscaPorQuery=1&baseSelecionada=B ASE_ACORDAOS&filtroAcordaosPublicos=false&camposSelecionados=[ESPELHO,%20INTEIROTEOR]&argumentoDePesquisa=&numero=1334471&tipoDeRelator=Relator&dataFim=05/05/2021&indexacao=&ramoJuridico=&baseDados=[DECISOES_P)

RESIDENCIA,%20BASE_SUMULAS,%20TURMAS_RECURSAIS,%20BASE_ACO
R
DAOS_IDR,%20BASE_DESPACHO,%20BASE_TEMAS,%20BASE_ACORDAOS,
%
20BASE_INFORMATIVOS]&tipoDeNumero=NumAcordao&tipoDeData=DataPublica
cao&ementa=&filtroSegredoDeJustica=false&desembargador=186&dataInicio=29/03
/2021&legislacao=&orgaoJulgador=&numeroDaPaginaAtual=1&quantidadeDeRegist
r os=20&totalHits=1. Acesso em: 16 de Agosto de 2022.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária:** Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p.197-217.

BRENTANI, Marcelo M.; COELHO, Fernando R. G.; KOWALSKI. **Bases da Oncologia.** São Paulo: Lemar Livraria; Editora Marina e Tecmed Editora, 2013.

CABRAL, Rosilda Isabel. A contribuição do serviço social no atendimento ao paciente oncológico. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995. Disponível em:

<<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial286703.PDF>> Acesso em: 10 de Agosto de 2022.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema.** p. 8 2016.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n4/1155-1164/pt>. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 15- 31, 2003. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. **A necessária atenção à família do paciente oncológico**, 2008 Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/0B_tfuZ16SDyTNEFEY2Z1VWtFSDQ/view>.

Acesso em: 05 de Agosto de 2022.

CASATE, Juliana Cristina e CORREA, Adriana Kátia. **Humanização do atendimento em saúde:** conhecimento veiculado na literatura de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol 13, nº. 1, Jan/Fev, 2005. p.105-11. ISSN 0104 – 1169. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em: 10 de Agosto de 2022.

CFESS. Conselho Federal **De Serviço Social.** Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº. 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº.290/94 e nº.293/94.Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 02 de Agosto de 2022..

COSTA, Jacqueline Lima da; SILVA, Livia Louísi Arruda da; ROLIM, Renata Souza; REGINO, Fabiane Alves; FERNANDES, Raquel de Aragão Uchôa. **O CENÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NO REGIME MILITAR: UMA ANÁLISE SOBRE A REVISTA VEJA NO PERÍODO DE 1975 A 1981.** p. 1 [21-]. Disponível em: <http://www.eventosufrpe.com.br/jepeX2009/cd/resumos/R0403-4.pdf>. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luís Barros; RIBEIRO, José Mendes. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil.** p. 18- 19, 1999. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/350/356>. Acesso em: 13 de

Agosto de 2022. CROZATTI, Jaime; FERREIRA DE LIMA JUNIOR, Albires; NASCIMENTO LIMA,

Leandro; LIMA DE OLIVEIRA, Luana; RIGHETTO, Patrícia. O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018. **REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - ISSN 2176-9036, v. 12, n. 2, p. 17, 1 jul. 2020.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. A EFETIVAÇÃO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: alternativas jurídicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). p. 175, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/38898>. Acessado em: 17 nov. 2021.

CURVINA, Ana Cristina Carvalho. **A regionalização da saúde no federalismo brasileiro.** p. 47 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/385/459>. Acesso em: 12 de Agosto de 2022.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil . **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v9i3p9-34. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 16 de Agosto de 2022.

DANTAS, Claudia de Carvalho; DANTAS, Fernanda de Carvalho. **Judicialização da saúde no Brasil: da história à contemporaneidade.** da história à contemporaneidade. p. 17, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21863/17450>. Acesso em: 14 nov. 2021.

DRESCH, Renato Luís. **FEDERALISMO SOLIDÁRIO: A RESPONSABILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS NA ÁREA DA SAÚDE.** p. 4-5. [21-]. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1127/FEDERALISMO-O-SOLIDARIO-A-RESPONSABILIDADE-DOS-ENTES-FEDERATIVOS-NA-%C3%81REA-DA-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 21 de Agosto de 2022. DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **A EFICÁCIA DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE.** p. 16, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/eticaefilosofia/article/view/17704>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

ESTEVÃO, Ana Maria. **O que é Serviço Social**. Tópico: A história do Serviço Social. Volume 111. Editora: Brasiliense, 1992.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. **Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil**. p. 9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 de Agosto de 2022.

FRIGOTTO, G. **O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional**. In: Fazenda, I. (Org.). Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo: Cortez, 1991.

GARBOIS, Júlia Arêas; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. **O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária**. p. 27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/CNY73PJZSP8Kxs63tzGD3Kz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUALDA, Judith. **A compreensão da doença e do doente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

IAMAMOTO, M. V., CARVALHO R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação** histórico-metodológica. 25. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INCA, **Instituto Nacional De Câncer**. Causas e tratamento do câncer.

Disponível em:

<cancer.www2.inca.gov.br>. Acesso em 20 de Agosto de 2022.

INCA, **Instituto Nacional de Câncer**. Direitos sociais da pessoa com câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Comunicação Social. - 4a ed. - Rio de Janeiro, 2014.

KOLLING, Gabrielle. **O DIREITO À SAÚDE: histórias e perspectivas**. Histórias e perspectivas. p. 157, 2011. Disponível em:

<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4479/17c.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 de Agosto de 2022.

LEAL JÚNIOR, João Carlos; GODOY, Bruna Mozini; HAMDAN, Janaina Lumy; FERRARO, Valkíria Aparecida Lopes. **Breves Apontamentos Acerca do Atual Paradigma do Direito à Saúde no Cenário Brasileiro**. p. 84, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/7718/6864>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

LEVADA, Ana Paula Guarisi Mendes. **O direito à saúde e o acesso a medicamentos**: um estudo comparativo entre as jurisprudências brasileiras, internacional e estrangeira. um estudo comparativo entre as jurisprudências brasileiras, internacional e estrangeira. p. 109, 2014. Disponível em: <https://tedeantiga.pucsp.br/bitstream/handle/6652/1/Ana%20Paula%20Guarisi%20Mendes%20Levada.pdf>. Acesso em: 15 de Agosto de 2022.

LESHAN, Lawrence. **Brigando pela vida**. Aspectos emocionais do câncer. 2º Edição. Editora: Summus Editorial. 1994.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina. **HISTÓRIA DA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**. p. 29, 2004. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=sa%C3%BAde+e+os+c%C3%B3digos+sanit%C3%A1rios+O+swaldo+cruz+&btnG=. Acesso em: 15 de Agosto de 2022.

LIMA, Nísia Trindade; GERSHHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUAÁEZ, Julio Manuel. **SAÚDE E DEMOCRACIA**: histórias e perspectivas do sus. Histórias e perspectivas do SUS. p. 16, 2005. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=sa%C3%BAde+p%C3%B3s+sus&btnG=. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

LIMA, Tatiana Vieira de; RAMOS, Claudio. **JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**. p. 15-16, 2017. Disponível em: <http://www.fcr.edu.br/ojs/index.php/anaiscongressorondoniensecj/article/view/97>. Acesso em: 14 de Agosto de 2022.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; MARTICH, Evangelina; PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire. **Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS**. p. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/sdeb/a/SvFDC3QzcWLn5HnHRX8Mspz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

LUZ, Madel Therezinha. **NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE "TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA" - ANOS 80**. p. 19, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/1991.v1n1/77-96/pt>. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

MALAGUETA, Jovana Gardinali; BIGAL, André Luiz; ROSSETTO, Érika Valeska. **ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DOS ENTES FEDERATIVOS - UNIÃO, ESTADO E MUNICÍPIOS - NO FINANCIAMENTO DO SUS, NOS MUNICÍPIOS COM 50.000 A 100.000 HABITANTES, DA REGIÃO DE SAÚDE DE CAMPINAS, NO PERÍODO DE 2012 A 2014.** Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/71/15>. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

MARIA GABRIELA DA SILVA PACHECO. **O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.** p. 13, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/10710/ARTIGO%20UFF%204.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 de Agosto de 2022..

MARTINELLI, Maria Lucia. O Exercício profissional do Assistente Social na área da saúde, 2007.p.23.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. São Paulo: Cortez, 2012.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.** p. 4, 2014.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j4f5QkGnpbCw5BRBDYzjSLn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.t. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** p. 2, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 de Agosto de 2022.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lúcia Andrade da. **O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro.** p. 331, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/89Dyb8NphHWYmPhnzNnnTGG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

MOACYR, Scliar. **História do conceito de saúde.** p. 30, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt>. Acessado em: 18 de Agosto de 2022.

MOURA, Emerso.; PEDROSA, Mateus. Direito fundamental à saúde, reserva do possível e fornecimento de medicamentos:. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 13, n. 41, p. 251, 18 mar. 2020. Disponível em:

<http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/679/966>. Acessado em: 28 de Agosto de 2022.

NETTO, Jose Paulo. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do serviço social no Brasil pós 64.17. Ed. São Paulo: Cortez, 2015. Pag 141.

NETTO, José Paulo. **Tópico:** questão social: compreensão sobre seu significado. Revista Temporalis, n.3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2011.

NUNES. Fernanda Leticia. **Desafios E Perspectivas Postos Ao Serviço Social No Acolhimento A Famílias De Pacientes Oncológicos**, 2015. Disponível em:

<file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Fernanda%20Letcia%20Santos%20Nunes.pdf> Acesso em 15 de Agosto de 2022.

OMS. Organização **Mundial de Saúde**, 2018. Disponível em<portalms.saude.gov.br> Acesso em 23 de Agosto de 2022.

ONCOGUIA. **Instituto oncoguia**, 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/>> Acesso em 20 de Agosto de 2022.

PADILHA, Alexandre; OLIVEIRA, Danilo Carvalho; ALVES, Thássia Azevedo; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde**. p. 9 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n12/4509-4518/pt>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. p. 25, 2012. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=5unrAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=sus&ots=NDZ9Q_un9P&sig=y3Qe6yv2GKI8RGUGULTcSd4jvM#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 13 de Agosto de 2022.

PAIVA, Andrea Barreto de; GONZALEZ, Roberto Henrique Sieczkowski; LEANDRO, José Geraldo apud Oastes. **COORDENAÇÃO FEDERATIVA E FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE**. p. 4 .2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/bWKPxQkCCqMkz4BRVjqnD6K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

PALERMO, Patrícia Ullmann et al. SUS: uma análise da estrutura dos incentivos do sistema. **Salão de Iniciação Científica (14.: 2002: Porto Alegre). Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2002.** p. 1, 2002. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76581/000383689.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

Pereira Leitão, Roberto. OS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS E A JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DA REPERCUSSÃO E DA EFETIVIDADE DA AUDIÊNCIA PÚBLICA DA SAÚDE NA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. p. 75, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/2701>. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

PIMENTEL, Melissa Soares. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**: um ensaio sobre a origem e os aspectos negativos e positivos desse fenômeno. p. 22, 2018. Disponível em: <https://servicos.unitoledo.br/repositorio/bitstream/7574/1770/3/JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9aDE%20NO%20BRASIL%20-%20MELISSA%20SOARES%20PIMENTEL.pdf>. Acesso em: 14 de Agosto de 2022.

PINHEIRO, Luiza Silva. **JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E O CUSTEIO DA POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA**. p. 24, 2020. Disponível em: <http://tede.domholder.edu.br/handle/tede/91#preview-link0>. Acesso em: 15 de Agosto de 2022.

POLATI, Amanda Moraes; OLIVEIRA, David Geraldo Santos; AMARAL, Vanessa Souza; EXPEDITO, Adélia Contiliano; DE RESENDE, Matheus Augusto Soares; DE OLIVEIRA, Deíse Moura. Os desafios da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica de gestores municipais de saúde. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1, 2017. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/348>. Acesso em: 20 out. 2021.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; DE SENA, Jaqueline Prazeres. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 65, 2013. DOI: 10.17566/ciads.v2i2.67. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/67>. Acesso em: 21 de Agosto de 2022.

RIBAS, Giovanna Paola Primor; SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. **A Judicialização das Políticas Públicas e o Supremo Tribunal Federal**. p. 7, 2014. Disponível em: <https://sentidounico.com.br/wp-content/uploads/2017/09/Artigo-Giovanna-Judicializa%C3%A7%C3%A3o-das-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas-o-STF.pdf>. Acesso em: 18 de Agosto de 2022.

RIBEIRO, Wesllay Carlos; JULIO, Renata Siqueira. **DIREITO E SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS**. p. 451, 2010. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768>. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.

ROSA, Laura Valentim. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**: a progressiva implementação de um direito fundamental completo. A PROGRESSIVA IMPLEMENTAÇÃO DE UM DIREITO FUNDAMENTAL COMPLETO. p. 45, 2018. Disponível em: <https://dspace.doctum.edu.br/bitstream/123456789/2019/1/JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9aDE.pdf>. Acesso em: 15 de Agosto de 2022.

SANTOS, Lenir dos. **SUS: DESAFIOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DA GESTÃO INTERFEDERATIVA DA SAÚDE. REGIONALIZANDO**

A DESCENTRALIZAÇÃO. p. 82, 2012. Disponível em:
http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309399/1/Santos_Lenirdos_D.pdf.
 Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

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

SANTOS, Lenir. **REGIONALIZANDO A DESCENTRALIZAÇÃO: REGIÃO DE SAÚDE COMO IMPOSIÇÃO CONSTITUCIONAL OU COMO ATO DE VONTADE DOS ENTES FEDERATIVOS?** p. 1. [21-]. Disponível em:
<http://idisa.org.br/img/File/Regionalizando%20a%20descentralizacao%20junho%2012.pdf>. Acesso em: 12 de Agosto de 2022.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.** p. 5, [-21]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCkBwb3FcTzJtBzzjgcr/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 12 de Agosto de 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** p. 7, 2012. Disponível em:
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n1/28.pdf. Acesso em: 18 de Agosto de 2022.

SANTOS, Victor Villalva Ribeiro dos. **Judicialização da Saúde: necessidade de privilegiar a estrutura do SUS.** p. 7-8, 2012. Disponível em:
<https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/3310/1/MONOGRAFIA%20-%20VICTOR%20VILLALVA%20RIBEIRO%20DOS%20SANTOS.pdf>. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Direito do Estado.** N. 11, set/out/Nov de 2007, p. 3. Disponível em:
<http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=233>. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia.** p. 2. 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe4/114129/pt>. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

SILVA, Adélia Cristina Zimbrão da, apud Silva. **SUS: avanços e obstáculos no processo de descentralização e coordenação intergovernamental.** p. 2, 2004. Disponível em:
<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1430/1/2004%20Vol.55%2cn.4%20Silva.pdf>. Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

SILVA, Diogo Bacha e; BAHIA, Alexandre Gustavo Melo Franco Moraes. **Direito à saúde, jurisdição constitucional e estado de emergência constitucional**: uma perspectiva crítica da pandemia. uma perspectiva crítica da pandemia. p. 18, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/50341/34048>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SILVA, Jéssica Pereira da. **ATIVISMO JUDICIAL NA PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**: impactos das decisões judiciais no orçamento público. p. 41, 2017. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/15944>. Acesso em: 16 de Agosto de 2022.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**. p. 11, 2002. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf. Acesso em: 16 de Agosto de 2022.

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 16, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13220>. Acesso em: 17 de Agosto de 2022.

VIAL, Sandra Regina Martini; OLIVEIRA, Christiano Augusto Seckler de. **O direito à saúde e os determinantes sociais**. p. 40, 2008. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/20/publicacoes/Revista_1_volum e _2.pdf#page=30. Acesso em: 19 de Agosto de 2022.

VIEITEZ, Diego Losada. CORAZZA, Ana Helena Scalco. **REVISTA DE DIREITO TRIBUTÁRIO E FINANCEIRO**. Financiamento da saúde e pacto federativo. p. 15, 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/210566858.pdf>. Acessado em: 07 de Setembro de 2022.

WAILLA., Liane de Alexandre. **A SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**: uma história de conquistas e desafios. Uma história de conquistas e desafios. p. 48-49, 2017. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/9290/Liane%20Wailla%202017.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 de Setembro de 2022.

WANG, Daniel Wei Liang. **ESCASSEZ DE RECURSOS, CUSTOS DOS DIREITOS E RESERVA DO POSSÍVEL NA JURISPRUDÊNCIA DO STF**. p. 10, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/5ScHqNs657gS9gsNhYcmFbg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 de Setembro de 2022.

