



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

GABRIELA DA SILVA VIEIRA

**A CONTRAINDICAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO:
perspectivas de profissionais de Serviço Social**

**Brasília, DF.
2019.**

GABRIELA DA SILVA VIEIRA

**A CONTRAINDICAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO:
perspectivas de profissionais de Serviço Social**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Guedes

**Brasília, DF.
2019.**

FOLHA DE APROVAÇÃO

GABRIELA DA SILVA VIEIRA

A CONTRAINDICAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: perspectivas de profissionais de Serviço Social

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ____/____/ 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristiano Guedes (SER/UnB)
(Orientador)

Profª. Mestre Vera Lúcia dos Anjos
(Membro interno do SER/UnB)

Assistente Social Liana Zaynette Torres Junqueira
(Membro externo ao SER/ UnB)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os usuários oncológicos que compartilharam comigo suas vivências e me encantaram com suas lições de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ser fundamental em minha vida, por ter iluminado meu caminho desde o momento que nasci e ser meu porto seguro em todas as situações.

Ao meu orientador, Cristiano Guedes, pela disponibilização em me orientar, pela atenção e contribuições realizadas durante todo o processo de construção do Trabalho de Conclusão de Curso e também pelo apoio durante o final da graduação.

À minha supervisora de estágio, Liana Zaynette, por compartilhar seus conhecimentos comigo, obrigada pelo convívio, apoio e amizade, além de aceitar o convite de ser um dos membros da minha banca de defesa.

À professora, Vera Lúcia dos Anjos, por aceitar fazer parte da minha banca de defesa e por pelo convívio durante a execução da disciplina de Fundamentos Éticos e Ética Profissional.

Aos meus pais, Ana Lúcia e Luís, por me apoiarem em todas as minhas decisões, por acreditarem e investirem em mim, além de estarem comigo durante toda caminhada acadêmica escutando todas as minhas queixas e lamentações diárias.

Aos meus amigos de infância e de Ensino Médio, no qual mantenho contato até hoje. Obrigada por me apoiarem, me ajudarem e por todos os momentos que passamos juntos! Eu amo vocês!

À Caio Henrique, Beatriz Leal, Laura Sousa e Amanda Lopes presentes que a Universidade me deu, quem eu aprendi a amar e construir laços eternos. Agradeço por estarem comigo durante toda essa jornada acadêmica, pelo ciclo de muitas risadas, choro, felicidade e frustrações. Obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosos, brincalhões e cúmplices. Essa caminhada teria sido horrível sem vocês comigo.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação e o desenvolvimento deste trabalho, o meu mais sincero obrigada!

EPÍGRAFE

*“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas
de saúde e força para qualquer sociedade.”*
- Albert Einstein

RESUMO

O adoecimento por câncer é considerado um problema de saúde pública mundial e as iniquidades em saúde refletem as desigualdades sociais. Torna-se imprescindível evidenciar os determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença para refletir e efetivar o trabalho do Assistente Social inserido no âmbito da oncologia. Essa monografia teve como objetivo geral identificar, por meio de entrevistas registradas em diário de campo e relatórios de estágio, o significado da contraindicação do tratamento oncológico de pacientes da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, segundo os profissionais de Serviço Social. A pesquisa utilizou-se de levantamento bibliográfico e pesquisa documental, fazendo o uso de relatórios de estágio e diários de campo. Os dados foram coletados durante a prática de estágio supervisionado por meio da observação participante e a análise se deu por meio do processo de codificação. Em um primeiro momento, descreve como ocorre todo o processo de contraindicação oncológica. Constata-se que não há critérios de elegibilidade para dar início ou não ao tratamento oncológico, mas o profissional realiza uma avaliação com cada usuário na sua totalidade, e a partir disso traça um plano de conduta. Observou-se que a contraindicação oncológica ocorre pela ausência de suporte social, seja pela ausência familiar, falta de condições financeiras ou pela dependência química não tratada, no qual o profissional não consegue reverter. Há uma discussão sobre o conflito ético existente nessa intervenção profissional e constata-se que em alguns casos não realizar tratamento para o controle do câncer é a melhor conduta possível para determinado usuário, devido este ser mais suscetível às toxidades do tratamento oncológico. Para finalizar, é claro que há limites na materialização do Sistema Único de Saúde para a universalização do acesso aos serviços de saúde e aos direitos sociais, todavia a sociedade está em constante movimento, ou seja, nada está perdido. Espera-se com este estudo fomentar, no âmbito da academia, a importância da temática de oncologia no Serviço Social esta, por sua vez, sendo ainda incipiente.

Palavras-chaves: serviço social; oncologia; contraindicação; ética; dilemas éticos;

ABSTRACT

Cancer sickness is considered a global public health problem and health inequities reflect social inequalities. It is essential to highlight the social determinants of health in the health-disease process in order to reflect and effect the work of the Social Worker inserted in the scope of oncology. This monograph had as general objective to identify, through interviews recorded in field diary and stage reports, the meaning of the contraindication of the cancer treatment for patients of the High Complexity Unit, according to Social Service professionals. The research used a bibliographic survey and documentary research, making use of field reports and field journals. The data were collected during supervised internship through participant observation and the analysis was done through the coding process. At first, it describes how the whole oncological contraindication process occurs. It is verified that there are no eligibility criteria to start or not oncological treatment, but the professional conducts an evaluation with each user in its entirety, and thereafter outlines a plan of conduct. It was observed that the oncological contraindication occurs due to the absence of social support, either through family absence, lack of financial conditions or untreated chemical dependence, in which the professional can not reverse. There is a discussion about the ethical conflict that exists in this professional intervention and it is verified that in some cases not to perform treatment for the control of cancer is the best possible conduct for a given user, since this one is more susceptible to the toxics of cancer treatment. Finally, it is clear that there are limits to the materialization of the Unified Health System for universal access to health services and social rights, but society is constantly moving, that is, nothing is lost. It is hoped that this study will foster, within the scope of the academy, the importance of the oncology theme in Social Work, which, in turn, is still incipient.

Keywords: social service; oncology; contraindication; ethic; ethical dilemmas;

LISTA DE SIGLAS

- CACON** – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
- CEF** – Caixa Econômica Federal
- CEP** – Código de Ética Profissional
- CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNDSS** – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
- CONEP** – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
- Consuni** – Conselho Superior Universitário
- CRAS** – Centro de Referência da Assistência Social
- DF** – Distrito Federal
- DSS** – Determinantes Sociais da Saúde
- Ebserh** – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- FGTS** – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
- FP** – Fundo Público
- FUB** – Fundação Universidade Brasília
- HDFPM** – Hospital do Distrito Federal Presidente Médici
- HU's** – Hospitais Universitários
- HUB** – Hospital Universitário de Brasília
- INAMPS** – Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- INSS** – Instituto Nacional do Seguro Social
- IPASE** – Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado
- LOAS** – Lei Orgânica da Assistência Social
- MEC** – Ministério da Educação
- NIS** – Número de Inscrição Social
-
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PASEP** – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
- PCCS** – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
- PEP** – Projeto Ético Político
- PIS** – Programa de Integração Social
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- POP** – Procedimento Operacional Padronizado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEAD – Serviço de Estudos e Atenção a usuário de álcool e outras drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Transporte Fora de Domicílio

UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – A intervenção profissional do Assistente Social no campo da Oncologia	15
1.1. Antecedentes Históricos: Hospital Universitário de Brasília e a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia.....	17
1.1.1. Funcionamento e demandas da UNACON.....	19
1.2. A atuação do Assistente Social na Oncologia	21
1.2.1. A equipe de Serviço Social da UNACON.....	21
1.2.2. Atividades do Serviço Social.....	23
1.2.3. Os usuários do serviço.....	23
1.2.4. Observações da intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde oncológica.	24
1.2.4.1. Determinantes Sociais da Saúde e a questão social	25
1.2.4.2. A correlação dos Determinantes Sociais da Saúde e a intervenção profissional do Assistente Social.....	27
CAPÍTULO 2 – PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	31
2.1. O campo da pesquisa	32
2.2. Instrumento de coleta de dados.....	33
2.3. Coleta de Dados e Amostra	34
2.4. Organização e Análise dos Dados	35
2.5. Procedimentos Éticos.....	36
CAPÍTULO 3 – Significados da contraindicação do tratamento oncológico para profissionais de Serviço Social.....	38
3.1. Processo de contraindicação do tratamento oncológico pelos profissionais de Serviço Social	39
3.2. As principais condições sociais de contraindicação do tratamento oncológico e suas respectivas “soluções”.....	41
3.2.1. Suporte Familiar.....	43
3.2.2. Suporte Financeiro	43
3.2.4. Condições de Habitação e Emocionais	47
3.3. Conflito Ético.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

INTRODUÇÃO

O adoecimento por câncer já é considerado problema de saúde pública mundial. De acordo com Who (2008), a Organização Mundial da Saúde – OMS estimou, para 2030, 27 milhões de casos, no qual os maiores índices de mortalidade se encontram nos países periféricos. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2018), analisando as taxas de mortalidade, a neoplasia maligna está sempre incluída entre as primeiras causas de morte.

Constata-se que no biênio 2018-2019, tem-se uma estimativa da ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, reiterando como questão de saúde pública. De acordo com o INCA (2018), essa realidade, no quadro sanitário do Brasil, tem aumentado o debate sobre o controle dessas doenças, inserindo como uma das prioridades. A partir disso, infere-se que o câncer, do diagnóstico ao tratamento oncológico, perpassa todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde exigindo um conjunto articulado e contínuo de ações.

Os primeiros estudos acerca da complexidade dos padrões de saúde-doença e sua relação com os determinantes sociais da saúde datam do século XX. A Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde aponta que o contexto social, político e cultural determina a posição de cada sujeito e esta, por sua vez, estabelece as oportunidades de saúde, de acordo com as condições nocivas e saudáveis e as situações sociais distintas de vulnerabilidade e risco de cada usuário (BARBOSA, ET AL., 2015).

As iniquidades em saúde refletem as desigualdades sociais. Apesar de mais aparentes nas camadas socioeconômicas desfavorecidas, as iniquidades em saúde operam por meio de toda a sociedade (RIBEIRO & NARDOCCI, 2013). No que se refere ao câncer, as diferenças socioeconômicas se apresentam em diferentes aspectos do perfil epidemiológico. De acordo com Barbosa et al. (2015), os aspectos socioeconômicos se apresentam como determinantes na incidência e mortalidade por câncer. Sendo que, há evidências apontando que grupos de nível socioeconômico baixos apresentam maior mortalidade por câncer em geral.

Isto posto, compreende-se no Sistema Único de Saúde (SUS) a oncologia inscrita não apenas como uma especialidade médica de alta complexidade, mas como uma patologia que transversa em diversos níveis de atenção (RIBEIRO & NARDOCCI, 2013). Em conformidade com o documento “Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde” (CFESS, 2015), é imprescindível evidenciar os determinantes sociais da saúde no processo

saúde-doença, sendo elemento base para refletir e efetivar o trabalho do Assistente Social inserido no âmbito da oncologia.

A motivação para realizar a presente pesquisa está embasada nas experiências no campo de estágio supervisionado I e II, realizado na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, localizada no Hospital Universitário de Brasília – HUB, no setor de Oncologia Clínica, onde foi possível observar e refletir sobre a atuação do Assistente Social no espaço sócio ocupacional da saúde.

No decorrer da prática de estágio, observei algumas situações em que o paciente era contraindicado ao tratamento oncológico por falta de suporte social. Diante disso, veio à inquietação, qual o significado da contraindicação do tratamento oncológico para os profissionais de Serviço Social?

Sendo o câncer uma doença crônico-degenerativa, requer dos profissionais de saúde capacidade técnica que ofereça ao paciente e seus familiares uma assistência de qualidade. O profissional de Serviço Social, na sua atuação, apreende de modo crítico os processos sociais, observando os movimentos históricos da sociedade a fim de identificar as demandas sociais existentes. Esse processo fornece a elaboração de uma reflexão e análise crítica da realidade, estruturando a intervenção do Assistente Social frente às demandas que surgem no cotidiano profissional (SOUZA & NETO, 2017).

É essencial destacar que a atuação profissional do Assistente Social está embasada em princípios fundamentais, previstos no Código de Ética Profissional – CEP, no qual se destaca a prática voltada para a ampliação e consolidação da cidadania, considerada uma atividade fundamental de toda sociedade, visando à garantia dos direitos civis, sociais e políticos (CFESS, 1993).

Portanto, torna-se relevante a percepção da intervenção profissional frente ao usuário, juntamente com a compreensão e reflexão acerca dos determinantes sociais da saúde. Sendo indispensável a complementação de pesquisas científicas que ampliem o conhecimento, segundo a especificidade de cada profissional, a fim de apresentar como ocorre a prática profissional. É importante destacar que essa temática ainda é incipiente como tema de pesquisa na área do Serviço Social, o que evidencia a relevância do estudo.

Com base no exposto, o objetivo desta monografia é identificar, por meio de entrevistas registradas em diário de campo e relatórios de estágio, o significado da contraindicação do tratamento oncológico de pacientes da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), segundo os profissionais de Serviço Social.

A pesquisa é qualitativa por reconhecer a complexidade do objeto de estudo, além da preocupação em responder questões particulares trabalhando com o universo dos significados (MINAYO, 2010). As técnicas utilizadas foram à pesquisa bibliográfica, a fim de obtenção da fundamentação para a pesquisa e a documental, baseada na experiência da prática de estágio supervisionado, fazendo o uso dos relatórios de estágio e diários de campo. Por fim, o processo de análise de dados se deu pela codificação, segundo Creswell (2010).

Dito isso, esta monografia está dividida em três capítulos. O primeiro realiza um breve resgate histórico da política de saúde com nuances da área oncológica e discorre sobre o campo da pesquisa, apresentando seus antecedentes históricos, funcionamento e demandas, finalizando com a descrição da atuação do Assistente Social neste espaço sócio ocupacional e alguns aspectos acerca da compreensão e reflexão dos determinantes sociais da saúde frente à intervenção profissional. O segundo capítulo aborda toda a questão metodológica da pesquisa, revelando o campo da pesquisa, instrumento de coleta e análise dos dados e questões sobre procedimentos éticos e já o terceiro e último capítulo se direciona para a análise dos dados coletados, durante a prática de estágio supervisionado e busca trazer subsídios com vistas a responder à questão da pesquisa.

CAPÍTULO 1 – A intervenção profissional do Assistente Social no campo da Oncologia

O objetivo neste capítulo será apresentar a atuação dos Assistentes Sociais na área oncológica e explicitar a forma como os determinantes sociais da saúde perpassam a intervenção profissional dessa categoria. Para essa discussão foi feita uma revisão bibliográfica, além da fundamentação baseada na experiência durante o estágio supervisionado. Em um primeiro momento, serão expostos alguns aspectos relacionados à política de saúde oncológica no Brasil.

A concepção de Seguridade Social simboliza um grande avanço da Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à proteção social e, também, no atendimento das demandas reivindicatórias da classe trabalhadora. É composta por um tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. E se configuram como uma ampliação e afirmação dos direitos sociais de acordo com as modificações sociopolíticas que se procederam (CFESS, 2015).

Nesse sentido, destacam-se como fundamentos da concepção de Seguridade Social: a universalidade dos direitos, a concepção de direito social e de dever do Estado; a melhoria da qualidade dos serviços; a determinação da origem de financiamento; e, a gestão democrática com destaque na participação social.

Tais fundamentos surgiram como proposta da Reforma Sanitária, o que acabou constituindo uma nova organização de saúde que, atualmente, conhecemos como o Sistema Único de Saúde (SUS). Seguem em consonância com os princípios de descentralização, universalização, participação social, integralidade, intersetorialidade, um efetivo financiamento do Estado, além, é claro, de uma redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios e territórios) na prestação dos serviços de saúde.

Todavia, na década de 1990, com o projeto de democracia restrita, junto à ofensiva neoliberal, há um período de regressão de direitos políticos e sociais, conquistados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, com uma concepção de Estado mínimo, em prol do mercado e do capital (IAMAMOTO, 2006). O projeto neoliberal traz uma reestruturação política e ideológica conservadora do capital, isto é, naturaliza o ordenamento capitalista e carrega consigo a concepção de que as desigualdades sociais são “inevitáveis”, como uma espécie de retrocesso histórico concentrado no desmonte das políticas sociais (BRAVO, 1999).

Observa-se, neste período, uma afirmativa do processo de privatização e a constituição do cidadão como um consumidor, pois há uma forte mercantilização da saúde e da previdência, o que os torna bens de compra ao invés de direitos que deveriam ser garantidos para todos, segundo a Constituição Federal de 1988, além disso, há uma forte ampliação do assistencialismo, em decorrência das contrarreformas de cunho neoliberal (IAMAMOTO, 2006).

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio de uma restrição do financiamento público, do rompimento da integralidade, da desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, entre outras consequências, que visam um estímulo à privatização, ficando o SUS restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, por haver outro sistema para os consumidores (CFESS, 2015).

Os princípios fundamentais do SUS permanecem como desafios centrais na agenda da política em questão, pois ainda se encontram com um caráter focalizado a um pacote básico para a saúde, além de uma extensão da privatização. Tendo assim a universalidade dos direitos como um aspecto que ainda provoca uma forte resistência aos formuladores do projeto privatista da saúde, pois os valores universais e coletivos são transformados em individualistas e focalistas¹.

No que se refere, à política de atenção ao câncer até a criação do SUS houve vários programas e campanhas em prol do combate ao câncer, tendo uma ampliação no número de instituições destinado ao seu tratamento. E após o SUS ser promulgado, onde a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, como dito anteriormente, se estruturou uma política de atenção e combate ao câncer e obteve destaque no cenário nacional (MARQUES, 2006).

Houve uma ampliação de serviços habilitados em alta complexidade em oncologia, como os Centros de Alta Complexidade – CACON e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade – UNACON. Embora se tenha uma habitual indução financeira a nível federal prático, não há predomínio de normas de financiamento da política (MARQUES, 2006).

Algo que se destaca é a quantidade de diretrizes em todas as fases da política, o que indica uma grandeza do tema, além disso, essa ampliação de normas acaba dificultando o conhecimento de profissionais de saúde, ainda que estejam inseridos e atuantes na área. Para finalizar, evidencia-se a necessidade de uma ampliação no equilíbrio governamental para

¹ Entende-se que as políticas sociais desde os anos 90 seguem uma perspectiva individualista, por não ver todo o contexto social, econômico e político dos usuários, trazendo uma culpabilização do sujeito pela condição que se encontra e focalista pela seletividade das políticas públicas dificultando o acesso.

fornecimento de uma assistência integral ao paciente oncológico, de modo a fortalecer a integração em todas as etapas de atenção que garante um acesso especializado aos serviços de alta complexidade em oncologia.

Esta monografia abordará o tema da oncologia no âmbito do Hospital Universitário de Brasília, lugar onde foi realizado o estágio supervisionado e, nesse sentido, a próxima seção é destinada a apresentar essa instituição e suas especificidades no atendimento à comunidade.

1.1. Antecedentes Históricos: Hospital Universitário de Brasília e a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia.

O Hospital Universitário de Brasília – HUB foi inaugurado em fevereiro de 1972, durante a ditadura militar, primeiramente, denominado como Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – HDFPM, funcionava como uma unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado – IPASE (EBSERH, 2019).

Em 1979, o HDFPM passou a ser considerado um hospital escola da Universidade de Brasília – UnB, por meio de um convênio assinado com o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Posteriormente, em abril de 1990, o Hospital foi concedido à UnB pelo INAMPS, em decorrência das diversas manifestações dos alunos e professores para que o hospital fosse administrado de modo integral pela Universidade de Brasília, denominando-se então HUB.

A entrega do hospital para a UnB trouxe um momento de transição delicada de um hospital que, anteriormente, era assistencial para uma instituição hospitalar universitária que desenvolve ensino e pesquisa. Em 2008, foi aprovado o regimento do hospital que consagrou e aplicou a incorporação da instituição no Sistema Único de Saúde – SUS e a implantação da Política Nacional de Humanização - PNH.

Em 2009, foi inaugurado o Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, funcionando, atualmente, como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (EBSERH, 2019).

Uma das razões pelas quais o local deixou de ser considerado como um CACON, é em decorrência do significado que tem a unidade, pois, segundo a Portaria SAS/MS nº 741, de 19/12/2005, que complementa a Portaria nº 2.439/GM de 08/12/2005, onde se estabelece as normas e os critérios para a habilitação dos serviços de alta complexidade, o centro hospitalar deve possuir condições técnicas, além de instalações e equipamentos à prestação de assistência de Alta Complexidade para o tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2005).

Por outro lado, na UNACON está presente à prestação de assistência ao tratamento de cânceres mais prevalentes, sendo eles das áreas de: mastologia, ginecologia, coloproctologia, urologia e cirurgia geral (BRASIL, 2005).

Na UNACON do HUB, atendem-se pacientes com neoplasia malignas dessas áreas, mas também se recebe algumas outras por questões acadêmicas. Apesar de receber pacientes com outros tipos de neoplasias malignas, não chega a atuar de fato como um CACON, baseado em experiências vividas em estágio obrigatório supervisionado.

Em 2012, o Consuni (Conselho Superior Universitário) da UnB aprovou a incorporação à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), sendo que em 2013, a UnB modificou a administração do HUB para a Ebserh. Empresa esta possuínte de qualificação de equipe gestora, além de um saneamento financeiro, contrata funcionários regidos pela CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) (EBSERH, 2019).

É uma empresa pública possuínte de direito privado e patrimônio próprio, sendo vinculada ao Ministério da Educação – MEC por tempo indeterminado. Realiza a prestação serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico terapêutico à comunidade, de modo gratuito, além de prestar serviços a instituições de ensino por apoio ao tripé de indissociabilidade entre à pesquisa, ao ensino e à extensão, além do ensino-aprendizagem e à formação de sujeitos no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2011). Vale destacar que a incorporação dessa empresa é considerada como um “golpe” ao sistema público hospitalar, de acordo com os movimentos populares de saúde (CFESS, 2017).

Segundo a cartilha do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS sobre Residência em Saúde e Serviço Social (CFESS, 2017), há diversos movimentos populares da saúde que exigem a inconstitucionalidade da Ebserh, pelos seguintes motivos: terceirização de atividade finalísticas nos Hospitais Universitários; a ruptura do caráter dos HU’s como uma instituição de ensino vinculada à universidade; e, por fim, a fonte de recursos que torna toda a mercantilização da formação e da pesquisa nesta área uma grande ameaça. De acordo com Albuquerque (2013), baseando-se em uma pesquisa realizada no HUB, observam-se alguns impactos perante a incorporação da Ebserh.

A primeira impressão retrata como sua incorporação foi feita de modo precipitado, tendo profissionais relatando a falta de informações dada a eles pela empresa e pela UnB, além do modo autoritário em como foi instalada, em relação à realocação de pessoal, por não haver uma comunicação prévia com os profissionais de saúde. No que se refere à autonomia profissional e seu caráter de hospital escola, observam-se a preocupação de alguns

profissionais da saúde sobre prejuízo na autonomia e na construção de pesquisas dentro do HUB, após a entrada da gestão da Ebserh (ALBUQUERQUE, 2013).

Diante disso, o quadro de pessoas do HUB comporta profissionais de vínculos diferentes, seja de servidores da UnB, empregados da Ebserh, terceirizados, etc. Para finalizar, em 2017, o HUB assinou um contrato de prestação de serviços com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal onde passou a ofertar a estrutura do hospital para o atendimento da população do DF, de acordo com os critérios do Sistema de Regulação da Secretaria (EBSERH, 2019).

Atualmente, o HUB é uma instituição pública federal que realiza um atendimento de modo gratuito por meio do Sistema Único de Saúde e de modo vinculado à Secretaria de Saúde do DF e a UnB. A sua principal função está no atendimento à saúde das pessoas, que por meio de um contexto humanizado e interdisciplinar, se asseguram a equidade e a qualidade dos serviços prestados, além de funcionar como um campo fundamental para a prática de estudantes de graduação e pós-graduação, através de estágios e programas de residência multiprofissionais e médicas.

1.1.1. Funcionamento e demandas da UNACON

A organização do HUB como um todo segue por meio de princípios institucionais, tendo como missão cuidar de pessoas e desenvolver pesquisa e ensino harmonizado com o SUS, com solidariedade, transparência, compromisso social e responsabilidade ambiental (EBSERH, 2019).

O serviço de Oncologia Clínica da UNACON organiza a atuação dos profissionais por meio do “Procedimento Operacional Padronizado – POP”. Tem como objetivo geral promover um suporte multiprofissional aos pacientes oncológicos e familiares desde o início do tratamento, sendo esse objetivo baseado no plano estratégico do próprio HUB.

Existe um canal de participação e de comunicação no interior da Instituição por meio da Ouvidoria, que recebe as manifestações apresentadas pelos próprios pacientes, interessados ou colaboradores independentemente de serem críticas ou elogios, tratam com confidencialidade as informações além de darem um devido encaminhamento no menor prazo possível com respeito e sem discriminação.

A Unidade de Oncologia oferece um atendimento integral aos pacientes oncológicos. A natureza das demandas são questões sociais vinculadas à saúde e às doenças oncológicas, onde o objetivo não está em apenas curar o paciente, mas propiciar uma melhora na qualidade de vida, além de uma diminuição da taxa de recidiva e de adaptação às sequelas da doença.

Há forças institucionais existentes, como o conflito de interesses da população com relação à política de saúde, que é escassa, e a política orçamentária e de recursos humanos e físicos que não atendem plenamente as demandas dos usuários que faz uso do serviço. Afirma-se isso devido à falta de medicações, a longa fila de espera para entrar na Instituição, a falta de profissionais, de salas e de computadores para uma maior quantidade de atendimentos em um menor tempo por se tratar de pacientes que estão em um tratamento debilitante.

Isso acontece, devido ao baixo investimento em políticas sociais que deveriam atender as demandas impostas, porém tende haver uma cooperação somente a determinados interesses, ocasionando em políticas focalizadas (IAMAMOTO, 2006).

O governo utiliza a justificativa de que o Estado “não tem dinheiro para custear”, pois o país está em crise graças aos gastos sociais excedentes. Porém, isso é algo irreal, é como uma “cultura de crise”, pois tentam justificar o baixo investimento público alegando falta de verba, quando na verdade existem prioridades para o destino desse dinheiro que vai garantir as condições de produção do capital e da produção das relações sociais, garantindo a dominação e descentralizando do serviço para o terceiro setor.

Para confirmar tal afirmativa, exposta anteriormente, basta analisar a alocação do Fundo Público – FP. Há quatro funções gerais do FP, sendo elas: o investimento para o capital por meio das desonerações tributárias; o investimento no transporte, na infraestrutura e pesquisa; além é claro, do pagamento de juros e amortização da dívida; e, por fim, as políticas sociais que ficam com “migalhas” de toda essa verba, o que traz uma disputa constante para os demandantes dos serviços dessas políticas (BEHRING, 2010).

Observa-se em como esse discurso ganha força desde o impeachment em 2016, juntamente com a medida provisória, a PEC 241, criando um teto para os gastos públicos, principalmente na área da saúde, tendo como o objetivo de frear seu crescimento, com a justificativa de equilibrar as contas públicas. Vale ressaltar que as pessoas mais prejudicadas é a classe mais baixa, que depende do sistema público de saúde, tendendo ser a população mais prejudicada com o congelamento desses gastos (BRAZ, 2017).

A sensação que se tem é que todas as conquistas, desde a promulgação da Constituição Federal de 1998, para a construção de um sistema universal de saúde foi destruída em menos de um ano sob o comando de um governo que mais exclui direitos e retrocede no que se refere a práticas democráticas.

Para finalizar, por se tratar de um Hospital Universitário, é caracterizado como um importante centro de formação de recursos humanos na área da saúde por prestarem apoio ao ensino, pesquisa e à extensão das instituições que está vinculado, a natureza de suas ações se direcionam a isto e, além é claro, de prestação de serviços ao cuidado de pessoas juntamente com o SUS, sendo um hospital de excelência para cuidado de média e alta complexidade em um contexto interdisciplinar e humanizado.

1.2. A atuação do Assistente Social na Oncologia

É sabido que, a origem do Serviço Social encontra-se em meio aos antagonismos dos interesses entre as classes sociais fundamentais (proletária e burguesia) (IAMAMOTO, 1982). O Serviço Social sendo uma profissão que está vinculada ao agravamento das disfunções sociais, apropriando a atribuição de executor de ações destinadas à população demandante, com o objetivo de amenizar os conflitos entre as classes.

Diante disso, o que propiciou o surgimento do Serviço Social na UNACON além da demanda de serviços foi em razão do próprio credenciamento em 2009 como CACON, pois para ser um Centro ou uma Unidade habilitada, obrigatoriamente, devem conter uma equipe multidisciplinar com a presença de um Assistente Social que realize atividades técnico-assistenciais executadas em um regime ambulatorial, de internação, rotina e urgência (BRASIL, 2005).

O Assistente Social é o profissional que vai oferecer um atendimento às necessidades dos pacientes oncológicos e de seus familiares, em um sentido que englobe as condições do indivíduo em toda sua totalidade. Esse profissional considera os aspectos sociais que abrange o paciente, a fim de proporcionar um acompanhamento que seja fundamento na realidade que está colocado, realizando atividades que irão buscar condições de vida melhores para os pacientes ali atendidos.

1.2.1. A equipe de Serviço Social da UNACON

O Serviço Social, localizado no setor psicossocial com uma sublotação na Unidade de Oncologia dentro da Divisão de Gestão e Cuidados, possui certas atribuições de acordo com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Ebserh (PCCS).

No que se refere a área assistencial, segundo o PCCS, é função do profissional de Serviço Social planejar, organizar e intervir em questões que estão relacionadas tanto a manifestações sociais do trabalhador e dos pacientes como questões da saúde, obviamente, afim de elaborar, implementar e monitorar o serviço na promoção da saúde, além disso é atribuição do Assistente Social estar contribuindo e participando nas ações relacionadas a

Saúde Ocupacional realizando um acompanhamento junto aos pacientes e aos trabalhadores afim da busca por soluções de enfrentamento.

Também é papel do profissional, prestar serviços sociais de orientação aos pacientes e familiares acerca dos deveres, direitos, serviços e recursos sociais disponíveis para os usuários demandantes do serviço. Além de, é claro, elaborar pareceres técnicos, relatórios, evoluções construindo uma rotina de procedimentos a fim de planejar, elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos sociais. Por fim, deve estar sempre desenvolvendo atividades administrativas e assistenciais inerentes ao cargo.

Visando fortalecer esses procedimentos o Serviço Social elabora um projeto próprio de atuação que é o Procedimento Operacional Padronizado (POP) para o atendimento do Serviço Social na UNACON, conta com os objetivos da prática profissional, além das tarefas realizadas pela equipe.

O Serviço Social atua em equipe multiprofissional, devido à complexidade da doença se faz necessária a abrangência de uma grande variedade de profissionais durante as diversas etapas do tratamento. Pois, deste modo, facilita o processo de recuperação do paciente e atende de forma integral suas mais diversas necessidades. O objetivo de se trabalhar em equipe não é de apenas curar o paciente, mas também propiciar uma melhora na qualidade de vida, além de uma redução da taxa de recidiva e adaptação às sequelas da doença.

É esperado que o Assistente Social analise e favoreça a garantia os direitos dos pacientes oncológicos vinculados a saúde. Com o objetivo de fornecer um apoio na categoria de atendimento ambulatorial, quando se identificar questões sociais e de saúde, ao cenário de enfermidade e tratamento, seja esse curativo ou paliativo. Mais especificamente, o profissional deve reduzir ou até mesmo impedir prováveis agravos sociais provocados pelo diagnóstico da neoplasia maligna e do seu tratamento, a contar da identificação prematura de pacientes oncológicos em situação de vulnerabilidade social e risco.

Também é observado como objetivo da equipe de Serviço Social propiciar um desenvolvimento harmonioso de interação entre os pacientes oncológicos, familiares e a equipe, a fim de reduzir, ao máximo, situações de conflito e de desenvolver capacidades sociais que auxiliam o processo de tomada de decisões para o bom prosseguimento do tratamento (PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO, 2018).

O Assistente Social da UNACON possui o intuito de propiciar o consentimento às orientações da equipe multiprofissional e médica, reconhecendo e intervindo em aspectos sociais vinculados aos impedimentos do andamento de tais recomendações, além disso,

colabora com o processo de recapacitar e readequar de modo psicossocial os pacientes oncológicos, promove um treinamento para residentes do Serviço Social e propicia aprendizado supervisionado para graduandos.

Vale ressaltar, que esses objetivos são formulados e reformulados levando em conta as necessidades dos usuários do serviço e que coincidem com o propósito da Instituição como um todo. De acordo com o resultado do trabalho realizado se analisa os impedimentos, as críticas e as situações de conflito que os pacientes apresentaram na resolução da demanda colocada no atendimento ambulatorial, a fim de melhorar e remodelar o modo com que o profissional concretiza seu exercício e está sempre voltado para o aperfeiçoamento do fluxo dos atendimentos e para o propósito da Instituição de saúde HUB.

1.2.2. Atividades do Serviço Social

Na parte ambulatorial, há algumas atividades realizadas pela equipe do Serviço Social. A primeira delas é o acolhimento inicial aos pacientes oncológicos, que acontece semanalmente, a fim de identificar prematuramente os pacientes que possuem necessidades de intervenção do Serviço Social. Então, analisa-se a situação previdenciária do paciente, verifica se o mesmo conta com um suporte familiar para o andamento do tratamento e observam-se questões de vulnerabilidade social e risco.

Outra atividade realizada pelo Serviço Social são os atendimentos individuais e coletivos de pacientes oncológicos, que ocorre diariamente com o intuito de reduzir episódios de situações sociais críticas e instáveis além de propiciar um desenvolvimento de métodos adaptativos de enfrentamento ao tratamento oncológico e favorecer a melhoria na qualidade de vida tanto aos pacientes quanto aos seus familiares.

É realizada uma articulação com redes de apoio aos pacientes oncológicos, pois se sabe como é escasso o investimento em políticas sociais, então faz-se necessário possuir essa conexão com organizações do terceiro setor que colaboram com a tentativa de redução frente à algumas demandas que os pacientes trazem no atendimento ambulatorial.

1.2.3. Os usuários do serviço

Os usuários do serviço de oncologia clínica da UNACON seguem o perfil de acordo com a Diretriz para o Acolhimento aos novos pacientes. A Unidade de Oncologia atende pessoas adultas (maiores de 18 anos) que já possuem o diagnóstico confirmado de neoplasia maligna e que tenham uma indicação de tratamento clínico oncológico (quimioterapia) para os tipos de cânceres mais prevalentes, sendo eles: de mama, ginecológico (endométrio, ovário

e colo), coloprocto (cólon e reto), urológico (próstata, testículo e bexiga), estômago e pulmão, por tempo determinado enquanto durar o tratamento oncológico.

Os usuários do Serviço Social na Unidade de Oncologia são os mesmos pacientes oncológicos atendidos pelo Serviço de Oncologia Clínica. Além de atender pacientes dos ambulatórios de Radioterapia, Hematologia Oncológica, Cuidados Paliativos Oncológicos e a Oncogeriatrics.

O Serviço Social, a exemplo na UNACON, na parte ambulatorial, está ali para orientar e encaminhar os pacientes quanto aos seus direitos como pacientes oncológicos, o que consequentemente nos expõe as mais variadas expressões da questão social.

Esses pacientes e familiares procuram o profissional do Serviço Social para solicitar assistência e intervenção em situações de: transporte, medicação, auxílios e benefícios da Previdência e Assistência Social, isenções de impostos, alojamento, recursos comunitários via terceiro setor, orientação ao paciente e a família, entre outras. Portanto, é possível analisar que o objetivo da atuação do Serviço Social está baseado nas situações que são vivenciadas pelos pacientes em sua vida cotidiana.

1.2.4. Observações da intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde oncológica.

Diante tudo que foi exposto, durante o período de estágio obrigatório supervisionado, algumas situações em comum chamam a atenção. No andamento das atividades, nota-se que alguns pacientes são contraindicados ao tratamento oncológico pelos profissionais de Serviço Social, por meio de critérios sociais. Surge então uma dúvida: Qual o significado da contraindicação do tratamento para esses profissionais?

Torna-se, conforme Santos, Silva e Machado (2016), relevante aos profissionais da saúde, a percepção da intervenção profissional ao paciente (sujeito) dentro do contexto social. Cada um tem sua subjetividade, suas vivências e sua cultura, e, é dever desses especialistas compreender como os determinantes sociais podem afetar o processo de saúde. À vista disso, é indispensável o seguimento de pesquisas científicas que acrescentem o conhecimento de acordo com a especificidade de cada profissional deste âmbito.

A percepção dos determinantes sociais da saúde para o tratamento do paciente oncológico é imprescindível, considerando que é através desta compreensão que se pode planejar, executar e avaliar tais condicionantes, assim como melhorar as metodologias que são utilizadas para que a saúde seja na prática um direito de todos, fortalecendo o SUS e trazendo para a realidade o que está descrito na Constituição de 1988.

Virchow, um dos mais destacados cientistas vinculados a essa teoria, entendia que a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2013).

As variadas definições de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) expressa, atualmente, uma concepção um tanto que generalizada, onde as condições de vida e de trabalho, das pessoas e de determinados grupos, estão vinculados com sua situação de saúde.

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS significam, justamente, fatores econômicos, sociais, culturais, comportamentais, étnico-raciais e psicológicos que influenciam diretamente a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na sociedade.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assume uma concepção mais simples, onde os DSS são as condições sociais em que os indivíduos vivem e trabalham. Há uma vasta variante quanto ao entendimento dos métodos que provocam as iniquidades em saúde. Diante disso, os determinantes sociais não devem ser compreendidos apenas pelas doenças geradas, pois eles influenciam diferentes dimensões do processo de saúde da sociedade, tanto partindo de uma visão individual como coletiva.

Assim sendo, é essencial que o setor de saúde se vincule aos demais âmbitos da sociedade no combate às iniquidades. A intersetorialidade é estabelecida como uma articulação entre saberes de diversos setores, a fim de somar forças e potencialidades para a solução de problemas, bem como um novo modo de projetar, efetivar e controlar a prestação de serviços, de forma a obter melhores resultados do que atingiria atuando de forma isolada.

E é aí que entra o profissional de Serviço Social, tendo como objeto de trabalho a questão social e suas mais variadas dimensões, além disso, com base no projeto ético-político, o assistente social, busca na totalidade a identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

Como consequência, o assistente social tem em seu trabalho uma articulação de políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que de certo modo proporcionem melhores condições essenciais nesse processo de promoção da saúde e da qualidade de vida. Como profissionais de saúde, é fundamental a compreensão dos determinantes sociais de saúde, sendo eles a fundamentação para a contraíndicação do tratamento oncológico.

1.2.4.1. Determinantes Sociais da Saúde e a questão social

De acordo com a Lei nº 8080/1990, a saúde possui fatores condicionantes e determinantes que exprimem a composição econômica e social do país, como: moradia, alimentação, saneamento básico, trabalho, meio ambiente, renda, dentre outros.

O conceito de saúde é como um estado de completo bem-estar, seja ele físico, mental ou social, isto é, não se considera apenas as causas biológicas, mas também os determinantes sociais (BUSS E PELLEGRINI, 2007).

Como já foi dito, as diferentes definições de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) apresenta uma concepção generalizada, onde as condições de vida e de trabalho, das pessoas e de determinados grupos, estão relacionados com sua situação de saúde. Não é novidade que existem desigualdades entre as pessoas ou grupos da sociedade, especialmente relacionado à saúde. Se comparar um grupo de crianças com um de idosos à condição de saúde é diferente, obviamente.

Todavia, o que apresento são as diferenças com base nos Determinantes Sociais da Saúde – DSS, onde essas iniquidades se tornam inadmissíveis e indevidas.

Segundo Pellegrini Filho (2006), exemplo de iniquidade é a probabilidade 5 vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no nordeste e não no sudeste. Outro exemplo é a chance de uma criança morrer antes de chegar aos 5 anos de idade ser 3 vezes maior pelo fato de sua mãe ter 4 anos de estudo e não 8 anos.

Tendo os DSS como condições através das quais os fatores sociais interferem a saúde, se reconhece a exigência de métodos para o enfrentamento dos problemas vinculados a saúde, intensificando a capacidade resolutiva das variadas expressões da questão social. Sendo ela, uma esfera que manifesta as desigualdades sociais oriundas do modo de produção capitalista – MPC, que se põe como uma peça de produção da vida social (OLIVEIRA E SANTO, 2013).

Assim, a contradição presente entre capital/trabalho, também, acaba se tornando um objeto dos que visam à garantia de privilégios sejam eles econômicos e/ou políticos. Diante disso, o ambiente de moradia, de trabalho e de saúde dos indivíduos está sendo influenciada pela sua condição social.

Segundo Oliveira e Santo (2013), a questão social se põe como análise da realidade. Ao se aplicar tal estudo é efetivada uma concepção do cenário em que a maioria da sociedade se encontra, atualmente, aquela que somente por meio da venda de sua força de trabalho obtém a própria sobrevivência.

Com a efetuação deste diagnóstico, são evidenciadas as dessemelhanças entre os capitalistas e trabalhadores no que se refere às condições de vida. Essa análise é feita de forma

a compreender a causa das desigualdades, assim como, o que produzem na sociedade e na subjetividade de cada indivíduo, a fim de superá-las.

A saúde configura-se uma expressão da questão social, quando, de fato, é reconhecida como uma soma de fatores condicionantes e determinantes, como a moradia, a alimentação, o saneamento básico, ambiente, educação, lazer, transporte, dentre outros (OLIVEIRA E SANTO, 2013).

A partir do advento do Sistema Único de Saúde, o sistema de saúde do Brasil obteve transformações essenciais, das quais a composição passou a ser voltada por princípios de integralidade na atenção, equidade, universalidade ao acesso, descentralização da coordenação, regionalização da rede e participação social.

A Seguridade Social se tornou uma grande conquista da classe trabalhadora no que se refere à proteção social. Todavia, essas transformações e avanços dos direitos foram ocultos pela ideologia neoliberal, presente desde os anos de 1990 (BEHRING E BOSCHETTI, 2007). Vale ressaltar a ameaça, presente, quanto à preservação do SUS no cenário atual, considerando as políticas de redução do Estado, as privatizações, e o papel do mercado como o provedor das necessidades de saúde, fazendo sua mercantilização.

O desenvolvimento da saúde brasileira expressa o descaso em que as políticas sociais vêm sendo submetidas, sendo esse um reflexo das mais variadas expressões da questão social.

1.2.4.2. A correlação dos Determinantes Sociais da Saúde e a intervenção profissional do Assistente Social

É sabido que o surgimento do SUS trouxe um novo significado para a intervenção dos assistentes sociais na saúde, além de ampliar a inserção desse profissional em diferentes municípios.

Em um contexto de ideologia neoliberal, onde os direitos e as políticas sociais sofrem ataques, especialmente no âmbito da saúde, a integração dos determinantes sociais no ensino em Serviço Social é essencial para o desempenho do trabalho na saúde, além de ser fundamental para a composição e elaboração de projetos, ações e programas de atendimento aos usuários visando à ampliação e garantia dos direitos sociais.

Tendo como base, os dados de incidência do câncer no país, que ocupa lugar de destaque no que se refere à mortalidade do Brasil, se vincularmos estas doenças aos determinantes sociais, demanda aos assistentes sociais uma qualificação permanente, além de uma capacitação e competência teórica, técnica e política, para uma intervenção estruturada nas políticas sociais sobre o referido tema (SANTOS, SILVA E MACHADO, 2016).

Para fornecer não somente uma legitimidade ao Serviço Social, mas, também, possibilitar a elaboração de uma proteção em rumo à justiça social, na ampliação e na defesa dos direitos sociais, é necessário que o profissional siga um papel principal, com uma formação teórica firme, em um decurso de forças políticas opostas no que se refere ao direito e ao financiamento em saúde.

Torna-se indiscutível a articulação do Serviço Social com as demais categorias profissionais, assim como os movimentos sociais e sindicais a fim de consolidar um caminho em torno da defesa do projeto primordial do Movimento da Reforma Sanitária, que assegure uma política de saúde igualitária, universal, de qualidade e, acima de tudo, que dirijam o planejamento em saúde consoante às necessidades da população demandante do serviço (SANTOS, SILVA E MACHADO, 2016).

Conforme os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010) está crescente, como perspectiva norteadora que expõe a melhora do serviço prestado, a reiteração do Projeto Ético Político- PEP e o Projeto da Reforma Sanitária, consolidante o exercício profissionais dos assistentes sociais, claro, levando em conta a percepção ampliada de saúde, sendo os determinantes sociais, as condições de trabalho, os modelos de assistência, assim como a coordenação.

Retomando a percepção acerca da questão social, para Iamamoto (2012), ela não se apresenta somente como uma desigualdade ou pobreza, mas sim como uma banalização perante a naturalização das iniquidades sociais em desvantagem à possibilidade de real socialização das riquezas que são produzidas e aos direitos sociais.

Diante deste contexto de banalização, segundo Santos, Silva e Machado (2016), a questão social se estimula, ao mesmo tempo, em que o Estado se apresenta desfavorável as demandas da classe trabalhadora, em um processo de assegurar o crescente empobrecimento dos trabalhadores e não garantir proteção social através das políticas que juntas permitiriam sua emancipação.

Com base nisso, infere-se que a saúde, como política social e o que media a atuação dos profissionais de Serviço Social localiza-se no centro de uma área de conflitos e de disputas políticas, onde a solução ao modelo privatista é a defesa permanente da saúde pública como um direito universal a todos os cidadãos, estando descrita constitucionalmente.

A atuação do Assistente Social manifesta uma ação educativa e sócio assistencial e política. Tendo em sua prática, ações que, se cruzam tendo como suporte a compreensão da condição de vidas dos usuários e de seu adoecimento, além das suas demandas, necessidades,

direitos e o modo que os acessa, além dos recursos que podem e deverão ser acionados (SANTOS, SILVA E MACHADO, 2016).

Se os instrumentos são de certo modo tradicionais, de acordo com Santos, Silva e Machado (2016), o conteúdo a ser compartilhado aponta a direção social dada à ação, vinculada no Projeto Ético Político Crítico. Os pedidos com que se trabalha são totalidades abarrotadas de determinações sociais (econômicas, políticas, culturais e ideológicas), que requerem mais do que apenas ações imediatas, instrumentais e de caráter psicossocial. Essas ações envolvem intervenções que procedem de escolhas, que passem por práticas que se apresentam conectadas a projetos profissionais aos quais se subtendem referenciais teóricos e princípios e ético-políticos comprometidos com a classe trabalhadora.

Perante isso, é por essas que outras razões que se torna um dever assinalar a essencialidade de reafirmar os princípios que norteiam o Projeto Ético Político do Serviço Social, pois neles contêm bases de dimensão política, ética e teórica, fundamentais para viabilizar o entendimento e enfrentamento a respeito das desigualdades, da contingência das questões sociais e de seus produtos, a miséria.

Diante a tudo que foi apresentado, se afirma a saúde como sendo um processo social, ao mesmo tempo em que parte da relação dos indivíduos com a natureza (por meio do espaço onde vive, do meio ambiente e território) e da relação entre si (através das relações sociais, culturais, políticas e do trabalho). Isto é, a saúde faz parte de um estilo de vida e das condições de existência, à vista disso, que a compreendemos como responsabilidade do Estado e que deva ser universal (SANTOS, SILVA E MACHADO, 2016).

Vale destacar que, entende-se o câncer como uma expressão das determinações estruturais da realidade do Brasil, as quais condicionam as iniquidades sociais, além da forma de funcionamento e institucionalização das políticas de saúde, ou seja, as ações políticas realizadas pelo Estado no âmbito da saúde determinam as desigualdades sociais existentes (SANTOS, SILVA E MACHADO, 2016).

Na oncologia, há diversas demandas que afloram dentro do cenário dos usuários em tratamento, estabelecidas por sua incorporação econômica e social. Essas iniquidades vão sendo perceptíveis ao longo do processo tanto de diagnóstico como de tratamento do câncer. Alguns exemplos dessas desigualdades sociais em saúde: a riqueza, a educação, a raça/etnia, a ocupação, as condições do local de trabalho e de moradia, o apoio social, etc. (SANTOS, SILVA E MACHADO, 2016).

A própria enfermidade, além de, é claro, os aspectos da doença, é uma forma de manifestação direta das condições de vida e de trabalho dos usuários, além das dificuldades presentes neste estágio e da focalização e fragmentação das políticas de proteção social do Brasil.

Ressalta-se, a relevância da discussão dos determinantes sociais a partir da visão do Serviço Social, pois este é um profissional qualificado que possui como objeto de trabalho a questão social e suas mais variadas dimensões, além de ser totalmente comprometido com um Projeto Ético Político que busca na integralidade identificar as determinações sociais, econômicas e culturas das iniquidades existentes.

O assistente social tem na sua atuação profissional uma articulação com diversas políticas, como: a assistência social, previdência, educação, habitação, transporte. Pra isso, os profissionais que são comprometidos com os interesses da classe trabalhadora precisam traçar seu exercício rumo a seus fundamentos profissionais, projetando, coordenando e apanhando um aperfeiçoamento profissional, e, dessa forma, efetuar ações assistenciais, claro, dentro dos limites postos dessa categoria, que proporcionem e colabore para a prevenção de doenças, agravos e riscos, rumo ao fortalecimento da consciência sanitária (SANTOS, SILVA E MACHADO, 2016).

Nesse sentido, destaca-se que a compreensão ampliada desse processo de saúde/doença é essencial na formação, não só de assistentes sociais, mas de todos os profissionais que fazem parte de equipes de saúde, assim como a especificidade coletiva de enfrentamento das múltiplas expressões da questão social na peculiaridade brasileira no âmbito da saúde.

No próximo capítulo será apresentada a metodologia utilizada para a elaboração desta monografia, apresentando o campo da pesquisa, a abordagem e técnicas utilizadas, assim como os instrumentos de coleta e análise dos dados, finalizando com alguns aspectos relacionados aos procedimentos éticos.

CAPÍTULO 2 – PERCURSOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo será apresentado todo o percurso metodológico realizado para a elaboração deste estudo. Este trabalho de conclusão de curso é resultado de uma pesquisa realizada em período de estágio, no Hospital Universitário de Brasília com os profissionais de Serviço Social do setor de Oncologia Clínica, sendo registrada em diários de campo e relatórios de estágio. A aproximação e escolha do tema se deram devido às experiências no campo de estágio I e II realizado na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, onde se pode perceber que em algumas situações o paciente era contraindicado ao tratamento oncológico por falta de suporte social adequado. Diante disso, veio à inquietação, qual o significado da contraindicação do tratamento oncológico para os profissionais de Serviço Social?

A pesquisa realizada é qualitativa, por se trabalhar com o universo dos significados (MINAYO, 2010). É essencial à objetivação na pesquisa qualitativa, pois nela é necessário ter um reconhecimento da complexidade do objeto a ser estudado, além de rever criticamente as teorias sobre a referida temática, determinar conceitos relevantes, além da utilização de técnicas para coleta de dados e a análise do material de modo específico e fundamentado (MINAYO, 2008).

Para a referida autora, a objetivação corrobora com o afastamento da entrada de princípios de valor no estudo, isto é, os métodos e técnicas que proporcionam a produção de um conhecimento reconhecido e aceitável. As técnicas utilizadas serão pesquisa bibliográfica e documental.

O estudo teve como objetivo identificar, por meio de entrevistas registradas em diário de campo e relatórios de estágio, o significado da contraindicação do tratamento oncológico de pacientes da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, segundo profissionais de Serviço Social do local.

Levaram-se em conta os variados tipos de literatura em um estudo qualitativo, segundo a descrição de Flick (2009), literaturas: teóricas sobre o tema, empíricas de pesquisas realizadas a temática ou em áreas pariformes, metodológica para subsidiar a utilização dos métodos escolhidos e, por fim, teórica e empírica para a contextualização dos resultados alcançados.

As técnicas utilizadas para a construção deste trabalho foram à pesquisa bibliográfica e documental. O levantamento bibliográfico consistiu na busca de literatura relevante sobre a temática abordada neste trabalho.

A pesquisa bibliográfica utilizou, como fonte, artigos publicados em periódicos científicos a serem localizados na plataforma Scielo, base de dados da Biblioteca Central da Universidade de Campinas e Libertas, localizados na Internet. Foram utilizados também artigos do Instituto Nacional do Câncer a serem localizadas virtualmente. Outros documentos significativos também foram levantados para a realização desse estudo, tais como legislações sobre o tema. A intenção da pesquisa bibliográfica é de fundamentar teoricamente a pesquisa.

Os passos realizados para a coleta de dados englobam fronteiras para a pesquisa, coletando informações por meio de observações, entrevistas, documentos e matérias visuais, além de determinar o protocolo para registrar tais informações (CRESWELL, 2010).

A pesquisa documental utilizou diários de campo e os relatórios de estágio. Esse material se encontra nos arquivos em meu computador e em forma física (impressos). O propósito da pesquisa documental é de responder o problema de pesquisa anteriormente exposto. Nesses arquivos estarão entrevistas, transcritas, realizadas com as assistentes sociais da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, além de reflexões e anotações sobre as experiências vividas em campo de estágio.

Como instrumento de coleta de dados foi possível considerar como uma entrevista semiestruturada, onde foi organizado um roteiro prévio de entrevista, tendo a possibilidade de retomar falas dos entrevistados a fim de instigá-lo no desenvolvimento de mais ideias, além de observações e documentos realizados e registrados em diário de campo e em relatórios de estágios.

2.1. O campo da pesquisa

Como dito anteriormente, a pesquisa foi realizada durante o período de estágio I e II, de março a dezembro de 2018, na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, localizado no Hospital Universitário de Brasília. A UNACON é uma unidade que possui condições à prestação de assistência especializada de alta complexidade no tratamento dos cânceres mais prevalentes no país BRASIL (2005).

A pesquisa foi realizada na parte ambulatorial da Unidade, onde se presta atendimento aos pacientes oncológicos, tendo serviços de: Oncologia Clínica, Radioterapia, Hematologia Oncológica, Cuidados Paliativos Oncológicos e Oncogeriatría. O local atende usuários adultos (maiores de 18 anos) com diagnóstico confirmado de câncer e que tenham indicação de tratamento. É um local que se trabalha em equipe multiprofissional, sendo que na Oncologia é de extrema importância partir para uma abordagem em conjunto no tratamento do paciente oncológico.

A atuação multidisciplinar ocorre devido à complexidade da doença que faz necessário a abrangência de uma grande variedade de profissionais durante as diversas etapas do tratamento. Pois, deste modo, facilita o processo de recuperação do paciente e atende de forma integral suas mais diversas necessidades (FRANÇA, 2005). O objetivo de se trabalhar em equipe não é de apenas curar o paciente, mas também propiciar uma melhora na qualidade de vida, além de uma redução da taxa de recidiva e adaptação às sequelas da doença.

Como uma equipe multiprofissional do serviço de oncologia, devem proporcionar informações acerca do funcionamento do serviço e das especialidades disponíveis, efetuar uma avaliação do paciente e elaborar um plano inicial de “tratamento” da demanda colocada, realizar um esclarecimento aos pacientes sobre os mitos relacionados ao câncer e tratamentos, minimizar agravos que foram desencadeados pelo diagnóstico, impacto da doença e seus tratamentos, possibilitar a criação de um vínculo de confiança entre os pacientes, familiares e a equipe multiprofissional, além de promover um consentimento às recomendações feitas pela equipe, colaborando e participando do processo de enfrentamento da neoplasia maligna e os tratamentos que forem associados, e, por fim, oferecer um treinamento em serviço para os residentes e uma oportunidade de ampliação de conhecimento supervisionado para estagiários.

2.2. Instrumento de coleta de dados

Nos estudos qualitativos, os pesquisadores coletam formas múltiplas de dados, bem como utilizam um tempo considerável em um ambiente reunindo informações (CRESWELL, 2010). Os procedimentos utilizados na coleta de dados nesta pesquisa qualitativa envolvem três tipos.

Primeiramente, às observações, nas quais o pesquisador toma notas em campo sobre as atividades e acontecimentos, registrando de modo semiestruturado (CRESWELL, 2010). As observações ocorreram de modo participante, durante todo o período de estágio, sendo uma técnica muito utilizada entre os pesquisadores que adotam o método qualitativo que consiste na introdução do pesquisador no meio do grupo observado, se tornando parte dele, além de interagir por longos espaços de tempo com os usuários, a fim de dividir o cotidiano, seja ele pessoal ou profissional (como é o caso ocorrido neste trabalho), para experienciar o significado de estar naquela situação. (QUEIROZ, 2007)

O segundo procedimento utilizado foram as entrevistas, onde o pesquisador conduz face a face com os participantes envolvendo poucas perguntas semiestruturadas a fim de

extrair opiniões e pensamentos, acerca da questão trabalhada na pesquisa, dos participantes (CRESWELL, 2010).

A entrevista representa uma categoria de contato entre duas ou mais pessoas e se trata de uma conversa fadada a um propósito definido. Um dos benefícios de utilizar a entrevista como uma das técnicas para a pesquisa qualitativa é poder compreender melhor o significado do ponto de vista dos participantes. (FRASER; GONDIM, 2004). Foi escolhida a entrevista semiestruturada por propiciar a retomada na fala dos entrevistados. Cabe ressaltar que para a transcrição dessas entrevistas foi utilizado um gravador de voz sob autorização prévia dos entrevistados.

Nessas conversas realizadas, foi elaborado um roteiro com cinco perguntas semiestruturadas, em um único bloco, para a resposta do problema de pesquisa. Segue os questionamentos:

1. Como ocorre o processo de contra indicação do tratamento oncológico pelo Serviço Social?
2. Há critérios utilizados pela equipe de Serviço Social para contra indicar o tratamento oncológico? Quais? Especifique detalhadamente cada um, com exemplos.
3. Algo é realizado antes de se contra indicar o tratamento oncológico, a fim de tentar solucionar a questão que se pretende contra indicar o mesmo? O que? Especifique detalhadamente cada um, com exemplos.
4. Como não entrar em um conflito ético? Pois de certa forma a equipe está se recusando a tratar uma pessoa.
5. Há algum instrumental específico em que é aplicado aos pacientes/acompanhantes?

Por último, foram coletados documentos públicos e privados, como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Ebserh, os Procedimentos Operacionais Padronizados da Unidade e a Diretriz de Acolhimento dos Pacientes Oncológicos.

2.3. Coleta de Dados e Amostra

Como já dito anteriormente, os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram à observação participante e entrevistas semiestruturadas. A observação participante ocorreu durante todo o período de estágio obrigatório supervisionado (um ano), tendo anotações registradas em diário de campo, ou seja, um modo de registro de observações, comentário e reflexões para uso individual (MIOTO, 2007).

Na entrevista semiestruturada, ainda durante o período de estágio, foi elaborado um roteiro com cinco perguntas, presentes em um único bloco, realizada após o término de um dia de atendimentos ambulatoriais.

A amostragem sendo um modo de delimitação de pesquisa foi restringida somente a uma categoria profissional sendo o Assistente Social, graduado em Serviço Social, atuando em consonância ao Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993.

A pesquisa foi realizada com duas Assistentes Sociais atuantes no setor de Oncologia Clínica, sendo uma contratada pela Fundação Universidade de Brasília – FUB, a outra pela Ebserh e, por último, uma residente em Oncologia. A preferência da restrição a apenas uma categoria profissional e atuante no setor de Oncologia ocorreu devido ao objetivo da pesquisa, que pretende identificar o significado da contraíndicação oncológicas para estes profissionais especificamente.

2.4. Organização e Análise dos Dados

O processo de análise de dados respalda-se na extração de sentido aos dados, envolvendo uma reflexão contínua. Compreende a preparação dos dados para análise, administração de análises diferenciadas, investigação profunda ao entendimento dos dados, além de realizar sua representação e interpretação ampliada (CRESWELL, 2010).

O processo de análise de dados é composto por seis fases, todavia neste trabalho consideramos apenas quatro fases. A primeira é a fase de organização e preparação dos dados, envolvendo a transcrição de entrevistas e digitação de notas de campo. A segunda é a leitura de todos os dados que foram coletados, obtendo um sentido geral das informações e refletir sobre o que for posto (CRESWELL, 2010).

A terceira é a codificação desses dados, onde há uma organização dos dados em grupo de modo que os dê sentido. E, por fim, é a descrição e interpretação dos dados para além das categorias (CRESWELL, 2010).

Após a entrada no campo e coleta de dados, o primeiro passo para a análise dos dados foi à transcrição e organização das entrevistas e anotações feitas durante o período de estágio, registradas no diário de campo e nos relatórios de estágio.

Em seguida, foi feita uma leitura de todos os dados coletados a fim de obter um sentido geral e refletir sobre a perspectiva global dos dados (CRESWELL, 2010). Após isso, iniciou-se uma análise detalhada por meio do processo de codificação. Esse método consiste em organizar os dados segmentados em frases, rotulando essas sentenças em categorias antes de atribuir significado às informações (CRESSWELL, 2010).

Feito todo o processo de codificação das informações, gerou-se a descrição de questões relevantes para o estudo de modo detalhado. Por fim, foi realizada a análise dos

dados, que consiste na interpretação e descrição do significado dos dados encontrados. Essa etapa é essencial, pois capta a essência dos dados fornecidos e coletados (CRESWELL, 2010).

Também foram analisados documentos públicos e privados, como o PCCS, os POP's e a Diretriz de Acolhimento dos Pacientes Oncológicos. A análise foi realizada nos mesmos moldes já ditos anteriormente. Conforme Flick (2009), esses documentos podem ser compreendidos como produtos padronizados, uma vez que se expõem de diferentes formatos, o autor ainda menciona que a análise desse tipo de documento é um modo de contribuição metodológica, pois este tipo de análise permite ir além da perspectiva dos membros no campo.

Para finalizar, é essencial que, no momento de interpretação dos dados, seja feita uma contextualização dos dados obtidos por meio da comunicação teórica e empírica (Flick, 2009).

2.5. Procedimentos Éticos

Primeiramente, cabe mencionar, que embora o autor pudesse ter a pretensão de submeter o trabalho no Comitê de Ética, a presente pesquisa não foi submetida uma vez que foi realizada com base em registros de diário de campo e relatórios de estágio já produzidos durante tal prática. Além do fato de que o CEP não analisa projetos que já tenham iniciado a coleta de informações ou de dados.

Considerando isso, o parágrafo único do artigo 1 da Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) diz que alguns estudos não precisam passar pelo CEP:

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

I - Pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;

[...]

[...]

VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito. [grifo nosso]

De acordo com inciso VII e tendo em conta que os dados da pesquisa foram coletados em período de estágio obrigatório, e com os profissionais que a pesquisadora esteve acompanhada durante todo o percurso do estágio, e que o objeto de pesquisa é “o significado da contraindicação do tratamento oncológico para profissionais de Serviço Social” é possível afirmar que a ideia de pesquisar o tema, é fruto de inquietações da autora

em campo, onde ela constantemente refletia acerca da concepção e interpretação da contraindicação oncológica.

Assim, o significado dessa ação são situações que emergem contingencialmente na prática profissional e por isso se deu o anseio da pesquisadora em realizar um aprofundamento teórico sobre o tema. Além disso, a identidade das profissionais será mantida sob sigilo e, vale ressaltar que estas foram informadas sobre os propósitos do presente estudo e concordaram em participar. Dito isso, acredita-se que estamos resguardados eticamente conforme resolução. No próximo capítulo, será apresentado os dados retirados de diário de campo e relatórios de estágio para a resposta ao problema de pesquisa já exposto.

CAPÍTULO 3 – Significados da contraindicação do tratamento oncológico para profissionais de Serviço Social

Antes de falar sobre o processo de contraindicação do tratamento oncológico, é fundamental nos situarmos sobre alguns aspectos relacionados ao câncer. Não é uma doença nova, de acordo com as Abordagens Básicas para o Controle do Câncer (2018), se tornando um nome geral para um conjunto de doenças, que possuem em comum um crescimento fora de controle e desordenado das células.

O risco de câncer, em um determinado local, vai depender das condições sociais, ambientais, culturais, políticas e econômicas que rodeiam essa comunidade, além das condições biológicas das pessoas que a compõem. São inúmeras as causas de câncer, podem ser internas ou externas² ao organismo, estando também inter-relacionadas, aumentando a probabilidade de modificações malignas nas células normais (INCA, 2018). Nesse sentido, o câncer pode ser considerado uma combinação de fatores biológicos e sociais.

Existem três principais formas de tratamento do câncer: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, podendo ser utilizadas em conjunto e possuem como meta a cura, melhora e prolongamento da qualidade de vida.

A quimioterapia, segundo as Abordagens Básicas para o Controle do Câncer (2018), é um modo de tratamento sistêmico do câncer, utilizando medicamentos quimioterápicos administrados em ciclos regulares que variam de acordo com a proposta terapêutica de cada paciente. Há diversos tipos, sendo que sua finalidade pode ser indicada para a redução de tumores locais, após o tratamento cirúrgico, como fim curativo, controle da doença e palição de sinais que envolvem a capacidade funcional do usuário.

A radioterapia é uma forma de tratamento local, utilizando equipamentos e técnicas diversas para irradiar áreas do organismo humano, previamente delimitadas. O intuito de um procedimento radioterápico é a cura do paciente, redução do tumor, tratar possíveis focos do tumor, tratar o local do tumor primário ou de metástases, além de reduzir a dor e controlar os sangramentos (INCA, 2018).

Diante disso, de acordo as Abordagens Básicas para o Controle do Câncer (2018), sabe-se que as ações para o controle do câncer não se limitam apenas à prevenção, detecção

² De acordo com as Abordagens Básicas para o Controle do Câncer (2018), as causas externas estão relacionadas ao meio ambiente, como a irradiação, substâncias químicas e etc. Por outro lado, as causas internas estão vinculadas a fatores geneticamente predeterminados, como os hormônios, mutações genéticas, condições imunológicas e etc.

precoce, diagnóstico ou ao tratamento, mas abrange também os cuidados paliativos³. O objetivo dessa modalidade terapêutica é a promoção do alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento, buscando melhorar a qualidade de vida do paciente, além de conceder um suporte para os pacientes terem uma sobrevivência mais benéfica possível, preferencialmente, desfrutando do ambiente familiar e oferecer um apoio para os familiares no momento da doença e após o óbito, assim respeitando a morte como um seguimento natural do ciclo da vida.

No que se refere à indicação de cuidados paliativos, por recomendação da Organização Mundial da Saúde, pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis têm de receber cuidados paliativos a partir do diagnóstico da doença.

Existem requisitos para recomendação aos cuidados paliativos, sendo no momento do diagnóstico, quando a doença é detectada em um estágio que a probabilidade de cura é questionável, ou quando já se esgotou todas as possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida e a doença acaba progredindo (INCA, 2018).

Ainda segundo as Abordagens Básicas para o Controle do Câncer, (2018), a eficiência e eficácia do tratamento do câncer são variadas, de acordo com o diagnóstico e estadiamento da doença, além dos fatores sociais presentes na vida do paciente. Diante tudo o que foi exposto, no próximo tópico é proposto relatar como acontece o processo de contraíndicação do tratamento oncológico para os profissionais de Serviço Social.

3.1. Processo de contraíndicação do tratamento oncológico pelos profissionais de Serviço Social

A palavra contraíndicação significa o ato de ser contra algum procedimento, de acordo com o dicionário. Na prática de estágio foram observados alguns casos de pacientes que eram contraíndicados ao tratamento oncológico, sendo algo que instiga em ser mais explorado. Diante disso, ao decorrer da supervisão de campo pode-se compreender como funciona o processo de contraíndicação do tratamento oncológico pelos profissionais de Serviço Social.

Como já dito em alguns capítulos anteriores, há algumas atividades inerentes ao trabalho do Assistente Social na Unidade, uma delas é o acolhimento inicial aos pacientes oncológicos, pelo qual se identifica de modo prematuro as necessidades dos pacientes. Então, é realizada uma avaliação prévia das condições sociais, familiares e econômicas dos pacientes, checando se está com algum tipo de demanda a ser solucionada antes do início do

³ De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos representa uma abordagem para melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares e no enfrentamento de doenças que apresentam risco de vida, por meio de uma prevenção e alívio da dor (INCA, 2018).

tratamento, além de compreender os desejos de cada usuário e observar questões de vulnerabilidade social e risco.

Vale ressaltar que, nesse acolhimento inicial, toda a equipe multiprofissional está envolvida realizando suas respectivas avaliações e elaborando um plano terapêutico singular de acordo com as demandas colocadas.

Após esse primeiro contato com os pacientes, os casos são levados, em todos os seus aspectos, tanto psicológico, social e clínico, para uma discussão multiprofissional e é nessa reunião que é debatido a proposta terapêutica para cada paciente. É nesse momento que os profissionais de cada área podem ou não estar contraindicando o tratamento, tendo como respaldo a avaliação prévia realizada por cada categoria profissional. É um procedimento formalizado por meio do prontuário, podendo ser acatado ou não pela equipe médica.

Além disso, esse tipo de procedimento pode ser revertido a qualquer momento, isto é, mudando a condição que impede o tratamento, a contraindicação pode ser modificada, não sendo algo definitivo. Uma das especificidades da intervenção profissional do Assistente Social é enxergar o usuário na sua totalidade, isto é, ver não apenas um corpo biológico que irá receber um tratamento químico.

A contraindicação para o tratamento oncológico pelos profissionais de Serviço Social ocorre quando há alguma condição social, familiar e/ou econômica que impede de dar seguimento à proposta terapêutica indicada e caso não haja outra proposta terapêutica que sirva para o paciente e nenhuma opção de reverter essas condições sociais que interdita o desenvolvimento do tratamento.

Salienta-se que essa contraindicação somente é feita em caso de impossibilidade de mudança das condições existentes e pode ser indicado o seguimento clínico sem o devido tratamento oncológico específico, por vezes ainda indicando cuidados paliativos. Isso acontece, pois por mais que o paciente não dê conta de tratar, toda equipe multiprofissional ainda vai cuidar desse usuário.

Além disso, é imprescindível destacar que os pacientes possuem total direito de consentirem sobre as decisões acerca do tratamento, cabe aos profissionais da saúde informá-los plenamente de todas as informações necessárias, assim como as possibilidades e consequências das situações apresentadas para dar seguimento ao tratamento oncológico. Para isso, é necessário que os pacientes assinem termos de consentimento.

Todo esse processo de contraindicação oncológica demonstra a extrema relevância do acolhimento inicial aos pacientes em uma unidade de saúde. O acolhimento, sendo uma

diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), reconhece as singularidades e necessidades de saúde de cada usuário, construído de forma coletiva, sendo realizado por meio de uma escuta qualificada, garantindo o acesso e a efetividade das práticas de saúde e se tornando um compromisso que dá respostas às necessidades da população que buscam os serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Para finalizar como se dá todo o processo de contraindicação para tratamento oncológico pelos profissionais de Serviço Social, segue um exemplo prático: se é um paciente que precisa vir para o tratamento e ele não tem renda e não é possível reverter essa condição de renda, sabe-se que ele vai ter uma descontinuidade no tratamento, o que não trás benefícios para o usuário.

Então, ao invés de se fazer uso de um recurso que é escasso para um usuário que não tem condições sociais de dar conta do tratamento oncológico é realizado a contraindicação nessa reunião multiprofissional.

Isso acontece porque se os profissionais começam a tratar o paciente, sabendo da impossibilidade de continuidade do tratamento, é realizado um preenchimento de um documento de Autorização de Procedimento Ambulatorial, gastando um recurso público, o que se torna uma má utilização desse dinheiro. Então, não há possibilidade de impor uma medicação para um usuário sabendo da presença dessa descontinuidade, caracterizando-se em uma boa gestão de recurso público que é escasso.

3.2. As principais condições sociais de contraindicação do tratamento oncológico e suas respectivas “soluções”⁴.

Com base em toda vivência de estágio e na análise das entrevistas realizadas, observa-se que não existe um protocolo de contraindicação de tratamento fechado a ser seguido. Isto é, não há critérios sociais⁵ específicos de contraindicação para o tratamento. Cada paciente é avaliado na sua totalidade, compreendendo todas suas condições sociais e subjetividade, e, a partir dessa avaliação é traçado um plano de conduta, seja de início ou não do tratamento oncológico.

Além disso, não há um instrumental específico de contraindicação oncológica. Possui formulários padrões de entrevistas sociais, de acolhimento, de internações, além da própria escuta qualificada, reunião familiar, pela qual todo esse processo é feito com o paciente, familiares e acompanhantes, a fim de se chegar num ponto em comum. Por meio desses

⁴ Têm-se soluções como procedimentos realizados para reverter a situação que impede o início ou continuidade do tratamento oncológico.

⁵ Entende-se por critérios sociais, requisitos para a aprovação ou não de algum procedimento, serviços, ou benefícios.

instrumentos e técnicas que é revelado a necessidade da contraindicação. Cabe destacar a incipiência de estudo acerca dessa temática no campo de pesquisa do Serviço Social.

É realizada de modo transparente e de fácil divulgação para membros da equipe, pois a intenção é de que seja divulgada, para toda a equipe médica e multiprofissional que tem contato com aquele paciente, essa contraindicação social. Até porque a decisão de acatar ou não é do médico, possuindo de soberania de suspender ou não o tratamento, então ele precisa saber de algum modo que a equipe de Serviço Social contraindicou determinado paciente a tratar por restrições sociais, financeiras ou de abandono de tratamento, e isso acontece por meio da evolução em prontuário.

Vale ressaltar que os profissionais consultam os pacientes antes de tomarem qualquer decisão referente ao tratamento. Isso acontece em razão da possibilidade de reversão da condição que o impede de dar continuidade à proposta terapêutica, além de ser direito dos usuários consentirem sobre decisões acerca do próprio corpo.

Tendo como base a prática de estágio supervisionado, alguns pontos se destacam nesta avaliação social realizada, como total ausência do suporte familiar, falta de condições financeiras, dependência química não tratada que possa interagir negativamente com a medicação utilizada são pontos de alerta para que a equipe avalie a real condição de início ou continuidade do tratamento oncológico.

Como já dito anteriormente, a contraindicação acontece somente após o esgotamento de possibilidades elencadas juntamente com o paciente, seus familiares, rede de suporte e ajuste pela equipe médica. Sendo tentativas de mudanças da realidade que o impede de dar início ou continuidade no tratamento e as possibilidades surgem por meio do atendimento e escuta qualificada perante aquele usuário. Vale ressaltar que na maioria dos casos a contraindicação é feita posteriormente, isto é, quando o paciente não dá conta de dar continuidade no tratamento.

Das possibilidades de reverter à condição que impede o tratamento oncológico por parte dos profissionais de Serviço Social é realizado a tentativa de resgate do suporte familiar, financeiro e social; de visitas e contatos institucionais via telefone e e-mail; de ajuda do terceiro setor; de mudanças no protocolo de tratamento; de atendimento individualizado ou coletivo com a família via telefone, centro de saúde ou por meio dos programas Saúde da Família; utilização de algumas escalas de desgaste de acompanhante para melhor compreensão da totalidade daquele usuário; entre outras formas. Somente após esgotar todas essas possibilidades é que é feita a contraindicação.

3.2.1. Suporte Familiar

A contraindicação por ausência de suporte familiar ocorre quando o paciente não possui nenhuma pessoa que possa acompanhá-lo nas consultas, nos dias de tratamento e em casa. Vale ressaltar que, não há necessidade de um acompanhamento 24 horas por dia, mas um acompanhamento sistemático e regular, justamente para poder avaliar as condições clínicas em termos de piora e de toxicidade, pois por conta de uma toxicidade o paciente pode vir a óbito muito mais rápido caso ele não desse início ao tratamento.

Imagine uma paciente de 80 anos que mora sozinha, não possui nenhum familiar ou amigo que cuide dela, e faz uma intervenção oncológica por meio de um processo de quimioterapia dando uma baixa consciência nela, fazendo com que ela passe mal e não tendo ninguém que a acuda, a paciente pode vir a óbito por isso. Essas contraindicações por falta de suporte familiar ocorrem, principalmente, por ser uma condição que coloca em risco a vida do paciente caso não seja acompanhado.

Das “soluções” realizadas pela equipe de Serviço Social da Unidade está em, primeiramente, entender toda a totalidade do usuário, para assim ter uma compreensão sobre as razões pelas quais existe uma ausência do suporte familiar.

De acordo com Carvalho (2007), a repercussão da doença para o paciente e seus familiares deve ser compreendida considerando as condições socioeconômicas, culturais e emocionais, visto que a doença emerge nesse contexto e sendo essa estrutura sociofamiliar que vai estar presente durante a situação da doença.

Por isso que os profissionais, que atuam em oncologia, devem se atentar à necessidade de retomarem a atenção à família, tendo em vista o sofrimento e a dor desta em toda sua complexidade, observando a particularidade da experiência de cada paciente, sem perder o caráter coletivo das demandas emergidas, em uma perspectiva da qualidade da assistência oferecida (CARVALHO, 2008).

Diante disso, com base na subjetividade de cada paciente é que o Assistente Social intervém. Pode ser por meio da tentativa do resgate da família, fazendo um atendimento coletivo, a fim de sensibilizá-la perante a atual situação de saúde do paciente, por exemplo. Caso tenha a necessidade o profissional pode procurar outros pontos de apoio, como vizinhos, amigos da igreja, utilizando de inúmeras ferramentas daquilo que está ao alcance.

3.2.2. Suporte Financeiro

A questão por trás da contraindicação por falta de condições financeiras se dá porque pode acontecer do plano de conduta da equipe multiprofissional para determinado paciente, o

condicione para que quase todo dia ele vá para o hospital, para a alguma Clínica específica receber algum tipo de atendimento, seja da Psicóloga, da Assistente Social, da Fisioterapeuta, da Nutricionista, da Equipe Médica, ou até mesmo fazer algum exame ou procedimento quimioterápico ou radioterápico. Ou seja, são n's procedimentos que o paciente, para ter sucesso no seu tratamento, precisa de um recurso mínimo financeiro para atender essas necessidades seja de transporte, de comprar medicações e etc.

A fim de contextualização, sabe-se que o acirramento das desigualdades sociais estabelece, para parcelas da população menos favorecidas, um processo de pauperização que segue perdurando até hoje, sendo disposto por determinantes sociais, econômicos e culturais, como por exemplo, a precarização das relações e condições de trabalho (CARVALHO, 2008).

Na contemporaneidade, se determina a introdução de mais de um integrante da família no mercado de trabalho, a fim de atender, minimamente, às necessidades básicas da família, fazendo sua manutenção. Em situações de agravamento, em razão de doença como o câncer, o já precário poder aquisitivo da família fica cada vez mais comprometido, principalmente nos casos que o paciente e/ou seu cuidador são os provedores da família (CARVALHO, 2008).

Então, se o paciente não possui condições financeiras mínimas para o seguimento de tratamento e não há possibilidade de reverter essa situação via políticas públicas, é um paciente que vai ser contraindicado ao tratamento oncológico, por ser um usuário que vai ter baixíssima adesão ao tratamento.

Nesse tipo de casos por condições financeiras não há uma contraindicação inicial direta para o tratamento, tudo que pode ser feito para reverter essa situação é realizado, o paciente começa a tratar e caso haja o abandono do tratamento por questões sociais, ou seja, após inúmeras faltas e remarcações, ele é contraindicado pela justificativa de baixa adesão por falta de um suporte financeiro e fica registrado em prontuário médico. Em 90% dos casos financeiros a contraindicação não é inicial direta e sim de continuidade posterior.

Das possibilidades de modificar a condição financeira do paciente está no ingresso das políticas públicas existentes para o paciente oncológico, como o: auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez e seu aumento de 25%, Benefício de Prestação Continuada, Saques⁶, entre outros benefícios de transferência de renda. Todavia, para isso, o paciente necessita estar dentro dos critérios para se tornar elegível para determinados benefícios.

⁶ Entendem-se os saques como o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, o Programa de Integração Social – PIS e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP.

O auxílio-doença é um benefício concedido para os usuários, segurados pela Previdência Social, que por conta de uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho por mais de quinze dias consecutivos, conforme a Lei nº 8.213 de julho de 1991. Esse é um tipo de benefício que possui um caráter transitório, isto é, se até o término de dois anos o usuário ainda não estiver em condições de retorno às atividades laborativas, o perito do INSS, poderá indicar o processo de aposentadoria por invalidez.

A aposentadoria por invalidez é um benefício, também para usuários segurados pela Previdência Social, para o trabalhador que está permanentemente incapaz de exercer qualquer atividade laborativa, além disso, não há como ser reabilitado em outra ocupação, com base na perícia médica do INSS⁷. Conforme a Lei nº 8.213 de julho de 1991, o benefício é repassado enquanto persistir a incapacidade, podendo ser reavaliado mediante perícia a cada dois anos. Existe um acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento) na aposentadoria por invalidez para aquele usuário que necessita de assistência permanente. A comprovação dessa necessidade se dá quando o aposentado é incapaz de realizar suas atividades diárias.

O Benefício de Prestação Continuada, conforme a Lei nº 8.742 de 1993 (LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social), garante um salário mínimo mensal para as pessoas com deficiência e idosos que não tenham condições de prover o próprio sustento. No caso de pacientes com câncer, para receber tal benefício é necessário que ele atinja os critérios de elegibilidade que é ter mais de 65 anos ou estar impossibilitado para o trabalho, somado a uma renda familiar per capita inferior a 25% do salário mínimo (menos de ¼), ter o Número de Inscrição Social (NIS) e cadastro atualizado no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

De acordo com a Lei nº 8.922 de 1994, todo trabalhador, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, possui uma conta vinculada, na qual o empregador deposita mensalmente 8% (oito por cento) do salário. Em alguns casos excepcionais, o trabalhador pode movimentar essa conta fazendo o saque do FGTS, um dos casos é quando se é acometido da neoplasia maligna (câncer) ou têm como dependente alguém possuinte da doença. Vale ressaltar que, a liberação pode ser requerida quantas vezes for necessária, persistindo a doença, ou seja, mesmo após um saque, havendo mais depósitos realizados pelo empregador, a operação de retirada poderá ser repetida. Além disso, não é necessário que o usuário esteja com a Carteira de Trabalho registrada no momento que se constata a doença, basta haver saldo na conta vinculada.

⁷ Instituto Nacional do Seguro Social.

Ademais, conforme o Decreto nº 4.551 e a Lei nº 8.922, o saque do PIS/PASEP, pode ser retirado, por meio da Caixa Econômica Federal do Brasil – CEF, pelo trabalhador que tiver a neoplasia maligna (câncer) ou que tenha dependente com a doença, sendo que receberá o salto total de rendimento e quotas.

Caso o paciente não seja elegível a nenhum tipo de benefício, a equipe de Serviço Social tenta realizar outras intervenções para reverter essa condição financeira, como fazer um atendimento com a família para deixar claro a atual situação de saúde do usuário e possibilidade de existir um suporte financeiro advindo de familiares.

Vale ressaltar, que essas questões financeiras acontecem mais com pessoas que moram no entorno do Distrito Federal e vem fazer tratamento na Unidade, por não ter formalizado o Transporte Fora de Domicílio⁸ ou por não atingir os critérios de elegibilidade da política do Passe Livre Interestadual⁹, ou por não ter um recurso próprio, acaba abandonando o tratamento condições financeiras.

3.2.3. Dependência Química

A questão da dependência química não tratada acontece quando na avaliação inicial é notório para o profissional que o usuário faz uso de algum tipo de substância psicoativa¹⁰ que possa interferir negativamente com a medicação utilizada para o tratamento oncológico. Então nesses casos, é contraindicada uma proposta terapêutica de tratamento para esse paciente.

O que é feito é encaminhar esse paciente para o Serviço de Estudos e Atenção a usuário de álcool e outras drogas – SEAD, com consentimento, a fim de tratamento da dependência química, antes de iniciar o tratamento oncológico. É uma forma de redução de danos, pois é improvável que após o uso de alguma medicação quimioterápica juntamente com o uso de substâncias psicoativas, o paciente venha a ter possibilidade de sobrevida.

Além disso, é discutida, em reunião multiprofissional, a possibilidade de mudança no protocolo de tratamento para que esse tipo de paciente consiga realizá-lo sem trazer malefícios para sua saúde.

⁸ O Transporte Fora de domicílio, instituído pela Portaria nº 55 de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde é um serviço que visa garantir o tratamento médico para pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem. A operacionalização do TFD ocorre com a com a garantia de transporte aos usuários que necessitam de tratamentos especializados ofertados em outras regiões.

⁹ O Passe Livre Interestadual, de acordo com a Lei nº 8.999 de junho de 1994, é um benefício concedido às pessoas portadoras de deficiência física, que traga alguma incapacidade, gratuidade nas passagens para viajar entre os estados brasileiros, sendo que o critério de acesso é possuir renda familiar mensal per capita de até um salário mínimo.

¹⁰ Entende-se por uma substância que não é produzida pelo organismo capaz de alterar fisiologicamente o sistema nervoso central, tendo um princípio ativo capaz de estimular, deprimir ou perturbar a mente humana sejam elas lícitas ou ilícitas desorganizando o sistema nervoso central e provocando desorientação das funções cerebrais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE)

3.2.4. Condições de Habitação e Emocionais

Por condições de habitação é algo que raramente acontece, pois as condições são mínimas, o usuário precisa ter um teto com água limpa e caso não tenha é possível viabilizar outras formas dele receber o tratamento, conseguindo um abrigo em uma entidade do terceiro setor, por exemplo. Então, na Unidade é elaborado encaminhamentos, quando o paciente oncológico não se enquadra nas políticas sociais, para Associações de Apoio aos Pacientes Oncológicos, para que assim esses usuários receber suporte de moradia.

Por questões emocionais, não é algo que entra no mérito do Serviço Social, mas existem algumas contraindicações psicológicas e emocionais, todavia quem administra é a equipe da psicologia junto à equipe da psiquiatria, então não cai muito sobre alçada dos Assistentes Sociais.

3.3. Conflito Ético

Durante a vivência de estágio houve questionamentos quanto às questões éticas acerca da contraindicação do tratamento oncológico, pois para muitos pode ser visto de forma como se os profissionais estivessem se recusando a tratar um paciente por causa das suas condições sociais.

Cabe mencionar que, de acordo com o Código de Ética Profissional de 1993, em suas relações com os usuários, incluído no art. 5 e 6, é dever do Assistente Social “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas”, além de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional”, ademais é vedado “exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário” e “bloquear o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas instituições”.

Ao entrevistar e vivenciar o estágio durante um ano nessa Unidade, se pode perceber que nem sempre tratar com medicamento somente ou cirurgicamente uma pessoa, seja a melhor conduta. Em algumas situações, o “não tratar”¹¹ é o melhor tratamento possível e digno para aquele paciente. E os profissionais não estão de forma alguma se recusando a tratar, estão apenas informando que aquele paciente não tem condições sociais para o tratamento devido condicionalidades, importantes para a sobrevivência do usuário.

“Entendo que nem sempre tratar com medicamentos seja a melhor conduta. Reitero que não tratar não significa não cuidar, mas sim, não oferecer por vezes o tratamento específico que busque o controle do câncer.” (Assistente Social 1).

¹¹ Entende-se por não realizar o tratamento de controle do câncer, sendo quimioterapia e/ou radioterapia.

Além disso, é notório que foi esgotado até a última possibilidade para reverter à situação que o impede de tratar, e, por ser um paciente em situação de vulnerabilidade social e de risco é uma pessoa muito mais suscetível as toxidades do tratamento, uma vez que por não ter um suporte social e familiar, quando ele é alvo de toxidades, não havendo nenhum amigo ou familiar por perto para prestar apoio, levar para uma emergência ou ligar para um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para fazer o resgate, esse paciente vem à óbito por causa disso.

Em oncologia, quando olhamos a totalidade do paciente, temos que ver além do corpo doente capaz de receber uma quimioterapia, mas temos que compreender e enxergar uma pessoa que receberá uma mudança em suas condições de vida, mesmo que momentânea. E que essas mudanças podem ser mais danosas do que benéficas.

Além disso, há uma questão que o “não tratar” não significa que os profissionais não irão não cuidar, manejar dor ou outros sintomas desse paciente, mas sim, não oferecer por vezes o tratamento específico que busque o controle do câncer, seja ela uma quimioterapia, radioterapia ou cirurgia. Nessas situações o acompanhamento médico e da equipe multiprofissional não é dispensado, mas sim modificado sua linha de atuação.

É uma linha tênue, mas que os profissionais fazem com tranquilidade e segurança visto que são esgotadas todas as formas e tentativas de recuperação dessas condicionalidades. Então, uma vez havendo essas condições, o melhor é contraindicar o tratamento, porque ao invés de fazer bem, os profissionais estariam fazendo mal aos pacientes, colocando ele em risco e reduzindo sua sobrevida devido aos fatores de risco dos tratamentos oncológicos existentes.

No caso da radioterapia, por exemplo, a cada falta do paciente em tratamento, ela vai perdendo sua eficácia e eficiência, então se tem uma descontinuidade, o usuário acaba recebendo uma radiação que não vai trazer benefício. Então, radiação por radiação não faz o controle do câncer, todavia traz sequelas e riscos de fibrose, ou seja, o paciente só vai receber a parte negativa do tratamento e não vai receber nem trazer a parte positiva.

Já no caso da quimioterapia, ela possui um ciclo a ser cumprido, se um paciente não consegue fechar um ciclo de tratamento, por questões sociais, estando também vulnerável e em risco apenas às toxidades, acaba acontecendo o mesmo que na radioterapia, porque uma vez que o paciente começa o tratamento e não termina o ciclo, ele fica somente com as toxidades, podendo ser temporárias ou permanentes.

Todo o tratamento tem as suas potencialidades curativas, mas também tem as sequelas e as toxicidades. É uma avaliação que os profissionais são criteriosos, ou seja, há uma cautela na avaliação médica e multiprofissional na hora de indicar ou não tratamento para os pacientes oncológicos, justamente para não trazer mais toxicidade do que benefícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo identificar, por meio de entrevistas registradas em diário de campo e relatórios de estágio, o significado da contraindicação do tratamento oncológico de pacientes da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), segundo os profissionais de Serviço Social. Para tal, foi empreendido um levantamento bibliográfico sobre a temática e uma pesquisa documental, fazendo o uso de relatórios de estágios e diários de campo, estes, por sua vez, elaborados durante o período de estágio supervisionado por meio de observações de modo participante, por fim, foi utilizado um processo de codificação para a análise dos dados.

A justificativa para tal pesquisa se deu a partir da prática de estágio supervisionado realizado no local. Considerando a complexidade da temática e na incipiência dos estudos no âmbito do Serviço Social, é imprescindível a percepção da intervenção profissional frente aos usuários, conjuntamente com a apreensão e reflexão dos determinantes sociais da saúde. Posto isso, é relevante a construção e efetivação de pesquisas científicas que ampliem o conhecimento acerca das especificidades de cada categoria profissional.

Vale destacar que para a concretização do objetivo deste trabalho foi imprescindível um breve resgate teórico da política de saúde além de uma contextualização referente à política de saúde oncológica, ressaltando a história do Hospital Universitário de Brasília até a implantação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, explicitando a forma de funcionamento e demandas existentes no local.

Além disso, foi necessária uma imersão sobre a intervenção profissional do Assistente Social no âmbito da Oncologia, evidenciando o perfil dos usuários atendidos, além das demandas sociais postas e atividades realizadas dentro desse espaço sócio ocupacional, correlacionado com os determinantes sociais da saúde e sua vinculação com o Serviço Social, dado à importância da compreensão de como esses determinantes podem afetar o processo saúde-doença.

Isto posto e retomando a questão central desta monografia, aqui se deteve principalmente o debate sobre a contraindicação do tratamento oncológico para os pacientes, segundo os Assistentes Sociais, isto é, como ocorre todo o processo dessa intervenção para esses profissionais.

O desenvolvimento desta monografia buscou abordar acerca do significado da contraindicação oncológica para os pacientes oncológicos da UNACON, de acordo com os Assistentes Sociais. Em um primeiro momento, possibilitou identificar como ocorre todo o processo da contraindicação oncológica.

Constata-se que não há critérios de elegibilidade para dar início ou não ao tratamento oncológico. O profissional realiza uma avaliação com cada usuário na sua totalidade, compreendendo todo o contexto social, político e cultural no qual este está inserido e a partir disso traça um plano de conduta podendo ser ações que revertam o que impede os sujeitos de iniciarem ou dar continuidade ao tratamento oncológico ou determinar a contraindicação pela ausência de suporte social.

Observou-se que a contraindicação oncológica ocorre pela ausência de suporte social, no qual o profissional não consegue reverter. Sendo uma ação realizada de modo transparente e de fácil acesso para os membros da equipe médica e multiprofissional que tenha contato com o usuário.

No processo de avaliação social desses pacientes, percebem-se diversas causas que podem contraindicar o tratamento oncológico, tais como: ausência de suporte familiar, falta de condições financeiras e dependência química não tratada que possa interagir negativamente com a medicação utilizada.

A falta de suporte familiar muitas vezes coloca em risco a vida do paciente, por isso a relevância da atuação do Assistente Social por este possuir o olhar crítico necessário à compreensão da repercussão que a doença trás para o contexto sócio familiar deste usuário, considerando as condições socioeconômicas, culturais e políticas, visto que a doença emerge nesse contexto e sendo essa estrutura familiar que vai estar presente durante a situação da doença.

Ao decorrer da monografia, observou-se que é imprescindível que haja um recurso mínimo financeiro para atender necessidades no decorrer do tratamento. Em situações de agravamento, em razão de uma doença como a neoplasia maligna, o poder aquisitivo das famílias fica cada vez mais comprometido, em especial nos casos cujo paciente ou seu cuidador são os provedores desta. Destaco a contraindicação feita por falta de suporte financeiro por muitas vezes não haver possibilidade de reverter essa situação via políticas públicas, revelando como é escassa e seletiva esta para indivíduos possuintes de enfermidade.

Vale ressaltar que a contraindicação ocorre somente após o esgotamento de possibilidades elencadas junto ao paciente e seus familiares, rede de suporte e equipes (médica e multiprofissional). São tentativas de alterações da realidade que o impede de dar continuidade ou início ao tratamento, sendo possibilidades que surgem durante atendimentos ambulatoriais. Destaca-se que a contraindicação é feita, na maioria dos casos, posteriormente, ou seja, quando o paciente não consegue dar continuidade ao tratamento.

Subtende-se, no senso comum, esta prática como uma “recusa de tratamento”, constituindo-se em um conflito ético. Todavia, ao decorrer desta monografia, houve a percepção que, em algumas situações, não realizar tratamento para o controle do câncer é a melhor conduta possível para determinado usuário, devido este ser mais suscetível às toxicidades do tratamento oncológico.

É claro que todo tratamento tem suas potencialidades curativas, mas também há sequelas e toxicidades. Então, é uma avaliação realizada pelos profissionais de forma cautelosa, justamente para não trazer toxicidades do que benefícios ao paciente, o colocando em risco e reduzindo sua sobrevida devido aos fatores de risco existentes.

Ressalta-se que no âmbito da oncologia ao vermos toda a totalidade dos usuários, é necessário ver além de um corpo capaz de receber uma quimioterapia/radioterapia, deve haver a compreensão e percepção de um indivíduo que sofrerá alterações em suas condições de vida, mesmo que por um período momentâneo. Sendo que essas mudanças podem ser mais danosas do que benéficas para a qualidade de vida deste paciente.

Por fim, faz-se necessário reconhecer e destacar que há muitos limites resultantes da sociedade capitalista e que implica de modo negativo à materialização do SUS no sentido da universalização do acesso aos serviços de saúde e aos direitos sociais. Todavia, é necessário recordar que a realidade está em constante movimento, isto é, embora a sociedade esteja permeada pela existência de numerosos obstáculos, sejam eles econômicos, sociais, políticos e ideológicos nada está perdido.

Para finalizar, a partir da construção desta pesquisa, nota-se a importância de compreender todo o itinerário terapêutico desses pacientes oncológicos desde o diagnóstico até o início do tratamento, apontando os principais obstáculos e dificuldades de acesso ao sistema de saúde. Além disso, salienta-se ficando como sugestão para futuros estudos sobre a referida temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Gécica. **O mito da empresa brasileira de serviços hospitalares: o olhar dos profissionais de saúde do HUB**. Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Brasília, DF. 2013.

BARBOSA, Isabelle. et.al. **As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero**. Revista Ciência Plural.1(2):79-8. 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Acumulação capitalista, fundo público e política social**. In BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine R.; SANTOS, Silvana M.M.S; MIOTO, Regina C.T. (Orgs.). Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 30. Mar. 2019

BRASIL. **Decreto nº 4.751 de 17 de junho de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4751.htm#art15>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no2.848, de 7 de dezembro de 1940 -Código Penal; e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 2011

BRASIL. **Lei nº 8.213 de 24 julho de 1991**. Disponível em: <https://livrariadamasio.com.br/conteudo_complementar/pdf/Lei_8.213-91.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.742 7 de dezembro de 1993**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.922 25 de julho de 1994**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8922.htm>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.999 de 29 de junho de 1994.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8899.htm>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005.** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf> Acesso em: 29. Mar. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 55 de 24 de fevereiro 1999.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 741/SAS/MS de 19 de dezembro de 2005.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html> Acesso em: 29. Mar. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD> >. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRAZ, Marcelo. **O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de saúde na década de 90: projetos em disputa.** Revista Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, nº 4, UERJ /HUPE, 1999.

BUSS, Paulo; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 17(1): 77-93, 2007.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2008; 54 (1): 87-96.

CFESS. **Código de Ética Profissional.** 1993.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde.** Grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília. 2015.

CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social**. Brasília. 2017. Acesso em: 29 de março de 2019. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>>

COSTA, Adália; JUNQUEIRA, Liana; MAQUES, Rafaela. **Direitos e Benefícios Sociais do Paciente Oncológico**. In: SANTOS, Marcos et.al. *Diretrizes Oncológicas 2*. – São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, 2019, pg. 811-818.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

EBSERH. **Carta de Serviços**. Ministério da Educação. Acesso em: 29 de março de 2019. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/1059711/Carta+de+Servi%C3%A7os/24084e6a-4e47-4646-ac5a-32062bfaa22c> .

EBSERH. **Nossa História**. Ministério da Educação. Acesso em: 29 de março de 2019. Disponível em: < <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia> >.

EBSERH. **Plano de cargos, carreiras e salários**. Ministério de Educação. Acesso em: 29 de março de 2019. Disponível em: <http://ebserh.gov.br/documents/16692/149422/Atribuicoes_Descricao_Sumaria_EBSERH_HUFs_28112014.pdf/55b360bc-2f50-48a9-96bd-304351c06d98>

EQUIPE ONCOGUIA. **Equipe Multidisciplinar para tratamento do câncer**. Oncoguia. Setembro de 2015. Revista Onco. Abril/maio de 2015. Ano 5. Nº 7

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, Martha. **Atuação multidisciplinar no tratamento do paciente oncológico**. In:

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa**. Paidéia: Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, ago. 2004 .Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>

IAMAMOTO, Marilda Villela . **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Maria R. Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira.

(Org.). Serviço Social e Saúde. 1ªed.São Paulo/Brasília: Cortez/ Ministério da Saúde, 2006, v. , p. -. (versão digitalizada).

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** In: Atribuições Privativas do Assistente Social em questão. CFESS, 2012, p. 33-74

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil** Ed. Cortez, SP, 1982.

MARQUES, Rafaela. **A atuação do Serviço Social na recepção integrada em Oncologia no CACON do Hospital Universitário de Brasília.** INCA. Rio de Janeiro. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 4ª ed. Rev. atual. Rio de Janeiro: Inca, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estimativas 2018: incidências de câncer no Brasil.** INCA. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro. 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização – PNH.** Humaniza SUS. 1ª ed. 2ª reimpressão. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília: Distrito Federal. 2015

MIOTO, Regina Célia et. al. **A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo.** Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 93-104. jan./jun. 2007

OLIVEIRA, Maria; SANTO, Eniel. **A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. Saúde e desenvolvimento.** Uninter. v. 2, n. 2 2013

QUEIROZ, Danielle et. al. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr./jun.; 15(2): 276-83.

RIBEIRO, André; NARDOCCI, Adelaide. **Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2018**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.878-891, 2013.

SANTOS, Tatiane; SILVA, Letícia; MACHADO, Thiago. **A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde**. Libertas. Juiz de Fora – MG, v.16, n.1, p.117-130, jan./jul.2016.

SOUZA, Isabel; NETO, Pedro. **A atuação do Assistente Social em equipes multiprofissional em unidades oncológicas**. Centro Universitário Tabosa de Almeida. Caruaru. 2017.

UNACON. **Procedimento Operacional Padronizado para Acolhimento multiprofissional**. Psicossocial. Hospital Universitário de Brasília. Fevereiro de 2018.

UNACON. **Procedimento Operacional Padronizado para Atendimento do Serviço Social da UNACON**. Psicossocial. Hospital Universitário de Brasília. Outubro de 2017.

UNACON. **Serviço de Oncologia Clínica: Diretriz para acolhimento aos novos pacientes**. Psicossocial. Hospital Universitário de Brasília. Novembro de 2017.

VIEIRA, Gabriela. **Diário de Campo**. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília DF. 201

VIEIRA, Gabriela. **Relatório de Estágio – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON/HUB**. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília DF. 2018

WHO. World Health Organization. **World Cancer Report 2008**. Lyon: WHO, 2008.