

O SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA: LIMITES E POSSIBILIDADES.

Social Work in Multiprofessional Residency in Oncology: limits and possibilities.

por Jorgina Tomaceli¹, Andressa Rosa², Andreia Costa³, Thais Rocha⁴, Adriano Lima de Silveira⁵

RESUMO

Introdução: O presente artigo busca refletir acerca da experiência do programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Central do Exército. **Objetivo:** Analisar elementos que se colocam como limites e possibilidades na atuação profissional. **Metodologia:** Estudo descritivo de revisão bibliográfica a partir da observação sistemática da prática profissional. **Discussão:** Contribuir para um debate teórico e crítico-reflexivo sobre a atuação do assistente social na área da oncologia, enquanto um compromisso com a qualidade dos serviços prestados. **Conclusão:** A sistematização da prática possibilitou a construção de novos olhares acerca do cotidiano profissional vivenciado pelos assistentes sociais, como também permitiu vislumbrar coletivamente caminhos para transpor os limites sinalizados.

Palavras-chave: Residência multiprofissional. Oncologia. Serviço Social.

ABSTRACT

Introduction: This article seeks to reflect on the experience of the Multiprofessional Residency in Oncology program at Hospital Central do Army **Objective:** To analyze elements that are placed as limits and possibilities in professional practice **Methodology:** Descriptive study of bibliographic review based on systematic observation of practice professional **Discussion:** Contribute to a theoretical and critical-reflexive debate on the role of the social worker in the area of oncology, while a commitment to the quality of the services provided **Conclusion:** The systematization of the practice enabled the construction of new views about the professional daily life experienced by social workers, as well as common to collectively glimpse ways to overcome the signaled limits

Keywords: Multiprofessional residence. Oncology. Social Work.

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil conquistou uma nova concepção a partir do marco constitucional de 1988. Esse novo conceito, de viés progressista, eleva a saúde pública como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), rompendo, assim, com a concepção de uma saúde limitada ao cuidado da doença em internação hospitalar. A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde - SUS (1990) estruturam o direito à saúde como melhoria da qualidade de vida e acesso a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança, considerando as dimensões biopsicossociais.

Dentre os elementos que estruturam e configuram a saúde pública no Brasil, a educação continuada dos profissionais de saúde passa a ser parte das ações executadas pelo SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde se destaca em tal cenário enquanto um programa de educação conti-

¹ CURRICULO NÃO ENCONTRADO E-mail: j.tomaceli@gmail.com

² CURRICULO NÃO ENCONTRADO E-mail: andressarosa@id.uff.br

³ CURRICULO NÃO ENCONTRADO E-mail: andreiamartins87@gmail.com

⁴ CURRICULO NÃO ENCONTRADO E-mail: geovannacastro@gmail.com

⁵ CURRICULO NÃO ENCONTRADO E-mail: adrianolimadesilveira@hotmail.com



nuada para os profissionais desse espaço sócio ocupacional. A primeira experiência de Residência Multiprofissional em Saúde ocorreu em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, no entanto, somente em 30 de junho de 2005, a Lei nº 11.129 instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SILVA, 2018). A partir de 2010, observa-se a expansão dos programas de residência multiprofissional no Brasil, indo em direção ao proposto pela Constituição Federal de 1988 que, em seu art. 200, coloca como competência do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (SILVA, 2018; BRASIL, 1988).

O presente artigo busca refletir acerca da experiência do programa de Residência Multiprofissional no Brasil e sua prática na saúde, além de analisar elementos que se coloquem como limites e possibilidades na atuação do assistente social na Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Central do Exército - HCE. Assim, pretende-se contribuir para um debate teórico e crítico-reflexivo sobre a atuação do assistente social na área da oncologia, tendo como eixo norteador o Projeto Ético Político profissional.

O Serviço de Saúde do Exército Brasileiro busca a excelência na assistência aos seus usuários a partir de iniciativas relacionadas às boas práticas gerenciais, humanização do atendimento, expansão do parque tecnológico de diagnóstico e tratamento, melhoria da infraestrutura física das Organizações Militares de Saúde e investimento na capacitação profissional (HCE/INCA, 2019). Nessa direção, é implementado o Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* na modalidade de Residência Multiprofissional em Oncologia do Exército Brasileiro. A primeira turma foi iniciada no HCE em março de 2020 e tem como meta favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (HCE/INCA, 2019). Dessa forma, esta proposta de artigo surge a partir do olhar dos residentes e docentes durante as discussões acerca da experiência do trabalho em equipe multiprofissional e da avaliação do plano de curso atual específico da categoria Serviço Social.

O Serviço Social é uma profissão regulamentada pela Lei nº 8.662, de 07 de julho de 1993, que tem na “questão social”⁶ a base de sua fundação como especialização do trabalho (IAMAMOTO, 2003). O trabalho do assistente social tem como norte o Projeto Ético Político profissional, articulado ao projeto da reforma sanitária, e compreende-se que cabe ao Serviço Social formular estratégias que efetivem o direito social à saúde (CFESS, 2020). Segundo Iamamoto (2003), um dos desafios dos assistentes sociais na contemporaneidade é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

A partir de um estudo teórico-metodológico e de revisão bibliográfica, destacamos que as observações aqui apresentadas serão continuamente revisitadas, pois entende-se a relação entre

⁶ A “questão social” e suas expressões são entendidas por autores como Iamamoto e Carvalho (2014) e Santos (2012) como o ingresso da classe operária no cenário político, buscando o seu reconhecimento enquanto classe através da luta por seus direitos, para além da caridade e da repressão. Pode ser considerada também o conjunto de desigualdades sociais, econômicas e políticas inerentes à estrutura capitalista, matéria-prima do Serviço Social.

teoria e prática no Serviço Social enquanto um compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, comprometida com a qualidade da assistência em saúde no Brasil.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: A PROPOSTA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO RESIDENTE EM ONCOLOGIA

A nova concepção de saúde no Brasil, reconhecida a partir da proposta de Reforma Sanitária e dos marcos legais⁷, nos remete ao rompimento com uma crescente mercantilização dos serviços de saúde, de visão centrada no modelo médico e, conseqüentemente, na concepção de saúde pautada apenas no estar clinicamente livre de alguma enfermidade, passando a compreender saúde como direito universal de cidadania e junção de várias determinações e condicionantes sociais (BRAVO, 2007).

Tal como é considerado no artigo 3º da Lei nº 8.080/1990, entende-se que uma abordagem ampliada da concepção de saúde não pode restringir-se apenas às determinações biológicas, é preciso ir além e compreender o processo saúde-doença como produto de determinações sociais. Nesse sentido, perceber a saúde para além da perspectiva médica hegemônica e vislumbrar práticas pautadas na democratização do acesso, na universalização das ações e na melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade, equidade e interdisciplinaridade das ações parece-nos inadiável para avançarmos no cuidado em saúde (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001 apud CFESS, 2010).

A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde devem ser pautados a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que visa fortalecer o comprometimento dos profissionais com os serviços prestados, buscando a qualidade dos mesmos. A preocupação com a qualificação do profissional para o SUS é um avanço para a saúde pública e tem por base as Legislações em vigor e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Portaria GM/MS nº 1.996, de 20/08/2007. Diante dessa concepção de aperfeiçoamento de recursos humanos, criam-se alguns programas intersetoriais pautados em um modelo integral, entre eles os Programas de Residências Médicas e Residências Multiprofissionais.

No ano de 2005, a Lei Federal nº 11.129 regulamenta as Residências Multiprofissionais em Saúde e as define como modalidade de ensino de pós graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica, mediante a organização e o funcionamento compartilhados entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). A Portaria Interministerial nº 45/2007, por sua vez, institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), dispendo sobre os princípios e diretrizes da Residência Multiprofissional de Saúde. Importante citar que a Resolução CNS

⁷ A Constituição Federal de 1988 é o marco histórico da institucionalização do SUS, idealizado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Junto às demais legislações posteriores, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, formam-se as bases que dão forma ao SUS.



nº 287/1998, levando em consideração a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considera como parte integrante do Programa de Residência as áreas de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Outra normativa sobre a Residência Multiprofissional que precisa ser destacada é a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, que dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Essa resolução leva em conta as necessidades e realidades locais, assim como regionais, identificadas para a criação de programas de residência, considerando o direcionamento pelos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, importante sinalizar que tal resolução aborda que o Projeto Pedagógico de um Programa de Residência em Área Profissional da Saúde é orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento, enquanto o Projeto Pedagógico de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões.

Dessa forma, a Residência Multiprofissional em Saúde é entendida como uma estratégia constituída legalmente para a qualificação dos profissionais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Nessa perspectiva de valorização e qualificação dos profissionais de saúde, em 2016 é firmado o Acordo de Cooperação entre o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e o Exército Brasileiro, tendo por base o Plano de Revitalização do Serviço de Saúde, aprovado pela Portaria do Comandante do Exército nº 457, de 15 de julho de 2009, e o Programa de Capacitação e Atualização Profissional dos Militares de Saúde (PROCAP/Sau), aprovado pela Portaria do Comandante do Exército nº 691, de 22 de setembro de 2009, cujo escopo foi o de promover a expansão de programas de ensino para formação em oncologia, conforme diretrizes da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (HCE/INCA, 2019).

A partir desse Acordo de Cooperação, em 2019, foi autorizado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (Ofício nº 228/2019/CGRS/DDES/SESU/SESU-MEC - Processo nº 2018-2616) o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Exército Brasileiro, no Hospital Central do Exército - HCE. O HCE⁸ é um hospital geral, de caráter terciário e quaternário, sendo o último elo da cadeia de evacuação do Exército, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Assim como os demais programas multiprofissionais, o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Exército é regido pelos dispositivos legais da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) do Ministério da Educação (MEC) e tem o objetivo de capacitar o profissional de saúde para atuar no cuidado integral ao paciente oncológico, em equipe

⁸ Subordinado à Diretoria de Saúde do EB e vinculado ao Fundo de Saúde do Exército (FUSEx), o HCE é parte integrante do sistema de saúde do EB, destinado a atender militares da ativa e da reserva e seus dependentes, bem como servidores civis e respectivos dependentes vinculados ao programa de Prestação de Assistência à Saúde Suplementar (PASS) (HCE/INCA, 2019).



interprofissional, desenvolvendo ações educativas, de pesquisa e gestão, seguindo preceitos éticos e humanizados (HCE/INCA, 2019).

Em setembro de 2019, deu-se a abertura do edital, organizado em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para o processo seletivo da primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Exército Brasileiro, em que foram ofertadas 14 vagas, sendo duas vagas por categoria profissional, a saber: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social.

O Serviço de Oncologia do HCE é formado pelo Hospital Dia Clínico e Cirúrgico, que reúne, em um único lugar, as diversas etapas do atendimento ao paciente oncológico: consultórios para atendimento ambulatorial da equipe interprofissional, salão de quimioterapia e intervenções cirúrgicas de baixa complexidade. Pelo serviço de radioterapia e no centro cirúrgico e bloco de agudos são realizadas as internações e o acompanhamento às cirurgias de alta complexidade.

Considerando a realidade epidemiológica, a estimativa, de acordo com o INCA (2019), para os anos de 2020 a 2022, é de 625 mil novos casos de câncer, constituindo este o principal problema de saúde pública no Brasil e no mundo, figura entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. Conceitualmente, o câncer é conhecido como uma neoplasia maligna, formada por um conjunto de variadas doenças, em que se apresentam erros na divisão celular, e que possui capacidade de invadir outros órgãos, denominada metástase (INCA, 2019).

O desenvolvimento do câncer e o aumento das mortes provocadas por essa doença estão ligados a fatores de risco e a determinantes sociais, sendo as condições de vida e de trabalho no processo de industrialização ocorrido no mundo, um dos principais fatores para o adoecimento da população (INCA, 2018). Não basta apenas o reconhecimento do câncer como doença multifatorial, antes é preciso considerar a perversa correlação entre o binômio adoecimento e determinantes sociais no processo saúde/doença (SILVA ET AL., 2016). Foi inicialmente descrito o conceito ampliado de saúde, considerando a influência dos determinantes sociais; esse construto de determinantes sociais que incidem sobre a saúde é considerado pela OMS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Silva *et al.* (2016), em sua pesquisa acerca da influência dos determinantes sociais na saúde, estabelecem a correlação dos determinantes do câncer como expressão das questões estruturais da realidade brasileira, sob as quais se condicionam as desigualdades sociais, a institucionalização das políticas sociais e das políticas de saúde. Como afirmam os autores, além das características biológicas da doença e questões próprias do adoecimento, há o acirramento dessas expressões quando influenciadas pelas desigualdades sociais. Esse cenário evidencia a imprescindível intersectorialidade das políticas públicas, que visem responder ao acesso ao tratamento, ao quadro socioeconômico e, conseqüentemente, à sua adesão por parte do usuário (SILVA ET AL, 2016).

Diante dessa estimativa, é necessário que se tenha uma rede de atendimento oncológico que perpassa os diversos níveis de atenção do SUS. No Brasil, esse atendimento é regido pela Política



102 | O SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA: LIMITES E POSSIBILIDADES

Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC (BRASIL, 2013), que determina o cuidado integral ao usuário de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer será feito em estabelecimentos de saúde habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). A PNPCC tem como objetivo

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

Nesse sentido, as ações de saúde no campo da oncologia se inserem no SUS não como uma política específica de alta complexidade, mas sim que perpassa todos os eixos transversais das ações realizadas na política de saúde brasileira, indo desde a educação em saúde realizada pela atenção básica até o tratamento com avançados aparatos tecnológicos.

Diante da complexidade do adoecimento por câncer, bem como da relevância da qualificação profissional para atuação na PNPCC, o setor de Serviço Social do HCE identificou no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia um espaço privilegiado de ensino em serviço, como mecanismo de desenvolvimento de ações educativas para viabilizar a capacitação e atualização dos profissionais assistentes sociais, de forma a qualificar o atendimento institucional ao usuário e consolidar intervenções profissionais pautadas no Projeto Ético Político do Serviço Social.

2.2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A SUA INSERÇÃO NA ONCOLOGIA

O assistente social vem sendo requisitado para atuar em diversas frentes de cuidado no tratamento oncológico a fim de compreender, identificar e intervir em expressões sociais concretas que produzem impactos no cuidado em saúde (INCA, 2018).

As ações dos assistentes sociais são elencadas na Lei nº 8.662 de 1993, que dispõe sobre a regulamentação da profissão, dispondo como competências do profissional do serviço social: prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades; entre outras competências.

De acordo com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na saúde (CFESS, 2010), as principais requisições direcionadas ao assistente social são as abordagens que tem por finalidade orientações de direitos sociais, bem como a socialização de informações socioeducativas. As ações interventivas não se limitam às orientações, mas também se direcionam à criação de espaços efetivos e democráticos de controle social, que visam, a priori, à construção coletiva de saúde dentro das instituições, como preconizado na Lei nº 8.080/1990. Outro aspecto importante é o acompanhamento



social durante o processo de tratamento, o que nos permite uma maior aproximação com a realidade dos usuários. Isto significa considerar demandas para além do que é apresentado na imediatividade, possibilitando o planejamento de ações e a reorganização de estratégias coletivas que visem ao mapeamento dos recursos institucionais e das políticas públicas, além da aproximação e encaminhamento às redes de serviço que influenciarão na qualidade do tratamento e fortalecimento da cidadania dos usuários (CFESS, 2010).

Cabe à(o) assistente social identificar a situação socioeconômica do usuário, as redes de apoio familiar e de cuidados, a rede de serviços disponíveis na comunidade, assim como orientar as formas de acesso aos direitos sociais e viabilizar os meios para que os usuários possam acessar as políticas e programas sociais. Dessa forma, a identificação das necessidades dos usuários, bem como o desvelamento de sua realidade social, favorece que a equipe o veja em sua totalidade, para além de sua doença. No caso dos pacientes portadores de câncer, existem direitos sociais específicos, por se tratar de uma doença crônica. Muitas vezes, o acesso a tais direitos torna-se o principal fator para garantir a realização e continuidade do tratamento proposto.

2.3. LIMITES E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

A atuação do Serviço Social no Hospital Central do Exército é fundamentada na Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de assistente social, no Código de Ética do(a) Assistente Social, aprovado em 13 de março de 1993, nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e nas Normas Gerais de Ação (NGA) do Setor de Serviço Social do HCE, atualizadas em 2020. O desenvolvimento do trabalho do assistente social na saúde tem por prisma norteador o projeto ético-político do Serviço Social que, articulado ao conhecimento da realidade em que o profissional se insere, dará materialidade ao trabalho de viabilização de direitos sociais, bem como à promoção da saúde de seus usuários (CFESS, 2020).

Partindo-se das ações vivenciadas pelos assistentes sociais e pelos residentes assistentes sociais podem-se vislumbrar alguns limites e possibilidades colocados à profissão. Um primeiro limite observado está na ausência de sala para o atendimento individual no setor de serviço social, sendo esta necessária para que o atendimento seja efetuado com portas fechadas. De forma a garantir o sigilo, o atendimento tem sido realizado em consultórios cedidos por outras categorias profissionais. Ciente da Resolução CFESS nº 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social, a direção do HCE autorizou obra de melhoria do Setor, que tem previsão de início ainda para esse ano de 2020.

Um segundo limite observado para a prática profissional do serviço social no HCE é que nem sempre se encontra disponibilidade da equipe multiprofissional para atendimento com viés interprofissional. Essa indisponibilidade identificada pode comprometer a visão de uma equipe interligada para um fim comum: a integralidade da assistência.

Muitas vezes, a palavra do profissional médico possui uma grande influência e determinação no tratamento terapêutico proposto, deixando de lado a infinitude dos demais saberes profissionais



da área da saúde no cuidado do paciente. Entendemos essa ação como resultado da perseverança do tradicional modelo hospitalocêntrico, ainda bastante presente na saúde. Como possibilidade de melhor integração do assistente social com os demais profissionais da instituição e da busca constante para a desconstrução do modelo tradicional de atendimento à saúde, o setor propôs a realização de um instrumento - um folder informativo -, em que orienta o usuário do serviços do HCE a procurar o setor do Serviço Social para a devida orientação de seus direitos e possibilidades de encaminhamento. Destacamos que há um fluxo de atendimento desenhado para a garantia de acolhimento de todos os usuários de tratamento oncológico, porém, diante da demanda ou urgência do tratamento de saúde, em algumas situações, os usuários não são captados por este fluxo.

Um terceiro limite está no atendimento pontual, realizado pelo profissional aos usuários em sala de espera. Essa abordagem profissional é entendida como uma ação que visa à socialização de informações sobre direitos sociais e de orientações quanto aos serviços oferecidos pela instituição. Como questão levantada pela equipe de assistentes sociais está a ausência de continuidade do acompanhamento aos usuários da sala de espera, limitando-se apenas às orientações gerais ou ações pontuais. Como possibilidade de melhoria da prática do assistente social no HCE, foi proposta aos residentes a elaboração de um Projeto de Intervenção para a Sala de Espera do Hospital Dia e do Setor de Radioterapia, com supervisão do preceptor, para iniciar no ano de 2021, com o objetivo de pensar uma maneira de realizar orientações sociais aos usuários, familiares e/ou acompanhantes e prestar acompanhamento social, tendo em vista que muitos dos usuários realizam, também, atendimento em outras clínicas do HCE, além da oncologia.

Na contemporaneidade, justamente na era da informação, nos deparamos com usuários sem informações ou até mesmo com informações incompletas em relação ao seu acompanhamento/tratamento de saúde, rebatendo diretamente na garantia e efetivação de seus direitos sociais. Sendo esta uma competência do profissional de Serviço Social, a orientação dos direitos sociais na oncologia é primordial para que os usuários tenham acesso aos serviços referenciados, seja na prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Importante pontuar, como quarto limite no atendimento ao paciente oncológico internado, a socialização das informações serem fornecidas no leito de uma enfermaria com outros usuários presentes. A possibilidade de o atendimento ocorrer de maneira a garantir o sigilo profissional muitas das vezes se dá com o atendimento do familiar ou do acompanhante em local reservado, longe do leito em que o paciente encontra-se internado, para que o assistente social consiga colher as demandas por educação, promoção, proteção e prevenção em saúde, indo além do atendimento de orientação e encaminhamento.

Historicamente rebate no Serviço Social a queixa dos usuários de falta de atendimento, ou atendimento precarizado e sem as devidas orientações, fazendo com que os assistentes sociais fiquem na mediação entre a instituição e os usuários, reduzindo sua prática a ações isoladas para resolver problemas dos usuários. Encontra-se aqui um quinto limite observado pelos assistentes sociais na inserção do profissional na Residência Multiprofissional: a prática do assistente social reduzida a uma prática burocrática, pontual, que realiza rápidos atendimentos basicamente de orientação,



encaminhamento e aconselhamento. Segundo Vasconcelos (2009), essas ações burocratizadas produzem uma atenção que não tem continuidade nem interna, nem externa à unidade de saúde, constituindo-se como

Ações burocráticas, imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio como um fim em si mesmo, na medida em que estas ações não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por atenção integral à saúde. (VASCONCELOS, 2009, p.169)

O olhar dos residentes e docentes nas discussões acerca da experiência do trabalho em equipe multiprofissional apontou, como possibilidade de mudança da cultura da prática do assistente social na instituição, estimular, continuamente, o estudo sobre os espaços ocupacionais e a sistematização da experiência, enquanto interpretação crítica de uma ou várias experiências, buscando: ordenar e reconstruir o processo vivido; realizar uma interpretação crítica desse processo; e extrair aprendizagens e partilhá-las (CIDAC; HOLLIDAY, 2007).

A tentativa, de acordo com Vasconcelos (2009), está no exercício de materializar as conquistas já obtidas e aperfeiçoar o trabalho articulado aos interesses e necessidades históricas da classe trabalhadora e seus diferentes segmentos, buscando, na atenção à saúde, um trabalho em equipe multiprofissional que traga a possibilidade de os usuários exercerem e exercitarem seus direitos e que exige dos profissionais envolvidos um esforço de “preencher um amplo campo de mediações entre as bases históricas, teórico-metodológicas e éticas acumuladas e o processamento do trabalho profissional nas condições incidentes no mercado de trabalho” (IAMAMOTO, 2008).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Reis (2012), o Serviço Social em uma perspectiva humanizadora e totalizante, aliada à sua bagagem científica, contribui para apreender as inúmeras diversidades que o cotidiano da população apresenta, com o objetivo de atuar no campo social dos cidadãos, inclusive na saúde, tendo como objeto de intervenção a “questão social” e ressaltando seu compromisso crítico e propositivo.

A sistematização da experiência cotidiana do serviço tangível nesse registro possibilitou a construção de novos olhares acerca do cotidiano profissional vivenciado pelos assistentes sociais, como também permitiu vislumbrar coletivamente caminhos para transpor os limites sinalizados. A inserção do assistente social na Residência Multiprofissional em Oncologia propiciou ao setor refletir acerca da experiência do serviço social na saúde, em especial sobre o atendimento na oncologia e, junto aos residentes, analisar e avaliar o atual plano de curso da categoria, tendo a seguinte questão como base para a formação continuada: qual o perfil do egresso de serviço social que pretende-se formar? Levando em consideração esse questionamento, acredita-se que o egresso do serviço social deverá ter/terá conhecimento acumulado para:



- Compreender o significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico num contexto oncológico;
- Identificar as demandas presentes no espaço sócio-ocupacional de oncologia e formular respostas para o enfrentamento da questão social;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social na área de oncologia;
- Viabilizar subsídios para concretização dos direitos sociais por meio das políticas públicas;
- Atuar em equipe multiprofissional, na perspectiva interdisciplinar, e ser capaz de desenvolver ações de serviço social na área da atenção oncológica;
- Democratizar as informações e o acesso aos direitos, às políticas e aos programas disponíveis nos espaços intra e extrainstitucionais;
- Desenvolver, realizar e divulgar ações socioeducativas, ensino e pesquisa na área oncológica.

Ao elaborar este artigo, através de material empírico, foi possível realizar algumas considerações sobre limites e possibilidades da sistematização da experiência da atuação do assistente social na área da oncologia, em especial no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Exército Brasileiro, pois, segundo Vasconcelos (2009), “quando não se conhece, está-se condenado a repetir” (p.521).

Chalhub e Skaba (2003) afirmam que “todo trabalho desenvolvido pelo Serviço Social para a construção de conhecimento só se justifica se tem por finalidade a qualificação do atendimento prestado aos seus usuários”. Dessa forma, o Programa de Residência, indo em direção à proposta de capacitação continuada dos profissionais do SUS, entende que o objetivo de capacitar o profissional de saúde para atuar no cuidado integral ao paciente oncológico, em equipe interprofissional, desenvolvendo ações educativas, de pesquisa e gestão, seguindo preceitos éticos e humanizados, empático e acolhedor, torna o usuário do serviço de saúde mais confiante na equipe, recebendo um atendimento de qualidade, efetivo e eficaz, através da articulação constante entre a teoria e a prática.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. S. Educação Permanente, Serviço Social e Oncologia: refletindo sobre os sentidos do trabalho em saúde. In: Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia. Rio de Janeiro, INCA, 2017b

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 2ª edição. São Paulo, Cortez, 2007

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº1.077 de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.



BRASIL, Portaria nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº2 de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.

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

BRASIL. Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

BRASIL. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relacionar as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

CASTRO, Marina M.C. DORNELAS, Carina Bárbara de C. ZSCHABER, Flávia Fernandez. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: concepções, tendências e perspectivas. Revista Libertas, Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 460-481, ago. / dez. 2019 ISSN 1980-8518

CARDOSO, Marisaura S. ÉTICA NO SERVIÇO SOCIAL: questões e dilemas para o exercício profissional. CRESS, 6º Região, 2009.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, 41 ed., Cortez, 2014.

CIDAC; HOLLIDAY, Oscar Jara. Sistematização de Experiência: aprender a dialogar com processos. Grafilinha: Edições CIDAC. Rio de Janeiro, Janeiro de 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL/CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, Brasília, 2010. (Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 19/09/2020

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL/CFESS. Residência em Saúde e Serviço Social subsídios para reflexão. Brasília: CFESS, 2017.

COMANDO DO EXÉRCITO. Portaria nº 457, de 15 de julho de 2009. Aprova a diretriz para Implantação do Plano de Revitalização do Serviço de Saúde do Exército e dá outras providências. Boletim do Exército, Brasília, DF, n. 28, 17 de julho de 2009. 2ª parte, p 21-23.

COMANDO DO EXÉRCITO. Diretriz para Implantação do Programa de Capacitação e Atualização Profissional dos Militares de Saúde (PROCAP/Sau), aprovada pela Portaria do Comandante do Exército nº 691, de 22 de setembro de 2009.

CFESS. Código de ética profissional do assistente social. [S.l.]: [s.n.], 1993.

CFESS. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

CFESS. Atribuições Privativas do/a assistente social em questão. Volume 2. Brasília, 2020

CFESS. Resolução nº 493 de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

CHALUB, Tânia; SKABA, Márcia Fróes. A construção do conhecimento em Serviço Social em oncologia: a contribuição do curso de especialização do INCA. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 49, n. 1, p. 39-46, 2003



108 | O SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA: LIMITES E POSSIBILIDADES

HERMES, Héliida Ribeiro, LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.9, pp.2577-2588. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15/07/2020.

HCE/INCA, Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Exército Brasileiro. Ministério da Defesa, 2019.

INCA. Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organizado por Ana Raquel de Mello Chaves, Kassia de Oliveira Martins Siqueira, Luciana da Silva Alcantara, e Renata Cristina Mendes Lima. 1. reimp. – Rio de Janeiro: Inca, 2018.

INCA. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INCA. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 6. Ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

IAMAMOTO, M. V. Serviço social em tempos de capital fetiche: capitalismo financeiro, trabalho e questão social. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 6ª edição. São Paulo, Cortez, 2003.

REIS, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na promoção da saúde. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2012.

SANTOS, Tatiane Valéria C. SILVA, Letícia B. MACHADO, Thiago de O. A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde. *Revista Libertas Juiz de Fora*, v.16, n.1, p. 89-116, jan./jul.2016.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev. katálysis* [online]. 2018, vol.21, n.1, pp.200-209. ISSN 1982-0259.

SILVA, Letícia Batista. MONTEIRO, Márcia V de C. MELO, Fernanda dos Reis. ESTALINO, Eliane da Silva. Serviço Social Na Residência Multiprofissional Em Oncologia No Instituto Nacional De Câncer – INCA. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 51-66 jan./ jun. 2012 ISSN 1676-6806

SANTOS, Josiane Soares. *Questão social: particularidades no Brasil*. São Paulo, Cortez, 2012.

LEAL, Joice Helena M. Nogueira, Ana Cláudia C. LIMA, Fernando L. T. Serviço Social E Educação Permanente: Interface Entre Preceptoria E Formação Em Saúde. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 18, n. 36, p. 379-396, jul./dez. 2018. ISSN 2238-1856

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde*. 6ª. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

