



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Renata Cristina Mendes Lima

**Documentação em Serviço Social: o relato profissional em
prontuário único no âmbito da Oncologia**

Rio de Janeiro

2019

Renata Cristina Mendes Lima

Documentação em Serviço Social: o relato profissional em prontuário único no âmbito da Oncologia

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Maria Torres de Alencar

Co-orientador: Prof Dr Ney Luiz Teixeira de Almeida

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S192 Lima, Renata Cristina Mendes.
Documentação em Serviço Social: o relato profissional em prontuário
único no âmbito da Oncologia / Renata Cristina Mendes Lima. – 2019.
124 f.

Orientadora: Mônica Maria Torres de Alencar
Co-orientador: Ney Luiz Teixeira de Almeida
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Serviço Social.

1. Serviço Social – Teses. 2. Documentação – Teses. 3. Registros
médicos – Teses. I. Alencar, Mônica Maria Torres de. 2. Almeida, Ney
Luiz Teixeira de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade
de Serviço Social. III. Título.

es
364

CDU

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Renata Cristina Mendes Lima

Documentação em Serviço Social: o relato profissional em prontuário único no âmbito da Oncologia

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 09 de setembro de 2019.

Banca Examinadora:

Profª Drª Mônica Maria Torres de Alencar (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UERJ

Prof Dr Ney Luiz Teixeira de Almeida (Co-orientador)
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UERJ

Profª Drª Carla Cristina Lima de Almeida
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UERJ

Profª Drª Elaine Marlova Venzon Francisco
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Profª Drª Mossicléia Mendes da Silva
Escola de Serviço Social – UFRJ

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Neli e às minhas tias Norma, Neide, Nancy e Nadir (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Esta é uma etapa tão especial de minha vida acadêmica, marcada pela mistura de sentimentos vivenciados ao longo do processo de elaboração desta dissertação. Agradecer torna-se fundamental, já que muito apoio recebi para a realização desta conquista. Agradeço à minha mãe, sempre presente, apoiando-me em todos os momentos e a toda minha família. Aos/às amigas(os) por todo incentivo do início ao fim desta jornada. Em especial: Kátia, Mayana, Laura, Ana Raquel e Glauber. À minha terapeuta Vanessa Ferreira, por seu trabalho competente e sensibilidade, essenciais neste meu processo de aprendizagem e conclusão do mestrado. Ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) pela possibilidade de realização do mestrado, simultaneamente com o exercício do meu cargo. À Erika Schreider e à Cecília Valter, chefia e chefia substituta do Serviço Social do Hospital do Câncer I (HCI), por todo empenho e compromisso ético-político, que proporcionaram a viabilização da inserção e da conclusão do mestrado. Agradeço à equipe de Serviço Social do HCI pela competência profissional e compartilhamento de experiências. Aos usuários por todo ensinamento de vida. Agradeço às/aos professores(as) da Faculdade de Serviço Social/UERJ (Graduação e Pós-graduação) por toda dedicação e qualidade profissional e aos/às funcionárias(os) por tudo serviço prestado com muito carinho e responsabilidade. Agradeço à turma de mestrado pelos momentos de reflexão, pela alegria e incentivo mútuos. À banca examinadora por toda contribuição e por todo conhecimento compartilhado. Meu agradecimento especial à minha orientadora, professora Mônica Maria Torres de Alencar, que mesmo diante de toda dificuldade, dedicou-se com todo esforço, compromisso e incentivo na elaboração deste trabalho. Meus agradecimentos especiais, também, para meu co-orientador, professor Ney Luiz Teixeira de Almeida, pelo compromisso com o ofício de ensinar, por toda contribuição e incentivo nesta jornada desafiadora que é o mestrado. A Deus, alicerce e luz protetora. A todas e todos que fizeram este sonho possível, muito obrigada!

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

Paulo Freire

RESUMO

LIMA, Renata Cristina Mendes. **Documentação em Serviço Social: o relato profissional em prontuário único no âmbito da Oncologia**. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A presente dissertação tem como objetivo a construção de uma reflexão acerca do registro profissional do Serviço Social, a partir do prontuário único, instrumento utilizado no campo da Oncológica. Neste sentido, busca-se desenvolver uma análise sobre a utilização do prontuário único pelas assistentes sociais do INCA/HCI, com o propósito de identificar e compreender qual o conteúdo que consta neste instrumento. Diante do entendimento de que o registro em prontuário único pode ser tido como parte da sistematização da intervenção do Serviço Social, questiona-se: é possível designar este documento de construção coletiva, também, como documentação do âmbito da produção de conhecimento do Serviço Social? Trata-se de uma pesquisa qualitativa, mediante abordagem de natureza exploratória. A técnica de análise do material qualitativo utilizada é a análise de conteúdo. Logo, a modalidade abordada, a partir desta técnica, refere-se à análise temática. A pesquisa identificou conteúdos de referência e significação que correspondem a variáveis empíricas majoritariamente, e verificou-se, também, a relevância dos dados destacados em prontuário único pelas assistentes sociais, no que se refere ao processo de trabalho coletivo no âmbito da Oncologia e sua contribuição para a integralidade do atendimento na saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Documentação. Política de Saúde. Prontuário Único. Sistematização do Trabalho.

ABSTRACT

LIMA, Renata Cristina Mendes. **Documentation in Social Work: the professional report in single health records within the scope of Oncology.** 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This dissertation aims to build a reflection on the professional record of Social Work, based on the instrument used in the field of Oncology, that is, the single medical record. In this sense, it seeks to develop an analysis of the use of the single medical record by the social workers of INCA / HCI, with the purpose of identifying and understanding the content contained in this instrument. Given the understanding that registration in a single medical record can be considered as part of the systematization of Social Work intervention, the following question arises: is it also possible to designate this document of collective construction as documentation of the scope of knowledge production of Social Work? This is a qualitative research through an exploratory approach. The qualitative material analysis technique used is content analysis. Therefore, the modality approached, based on this technique, refers to thematic analysis. The research identified reference and meaning contents that correspond to most empirical variables, as well as the relevance of the data highlighted in a single chart by the social workers, regarding the collective work process within the Oncology and its contribution to the integrality of health care.

Keywords: Social Work. Documentation. Health Politics. Single Record. Systematization of Work.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Elementos de Identificação dos Usuários.	99
Tabela 2 - Aspectos Relacionados a Familiares e Acompanhantes.....	101
Tabela 3 - “Documentação Básica Civil”	104
Tabela 4 - “Transporte e Mobilidade”	104
Tabela 5 - “Situação de Moradia”	104
Tabela 6 - “Previdência Social e Trabalho”	106
Tabela 7 - “Conjunto de Ações Realizadas”	108

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

BPC –	Benefício de Prestação Continuada
CACON –	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CBCISS –	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social
CCMS –	Centro Cultural do Ministério da Saúde
CEAS –	Centro de Estudos e Ação Social
CELATS –	Centro Latino-americano de Trabalho Social
CEMO –	Centro de Transplante de Medula Óssea
CFESS –	Conselho Federal de Serviço Social
CFM –	Conselho Federal de Medicina
CLT –	Consolidação das Lei do Trabalho
CNRAC –	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
CONARQ –	Conselho Nacional de Arquivos
COREMU –	Comissão de Residência Multiprofissional
CTI –	Centro de Tratamento Intensivo
CTPS –	Carteira de Trabalho e Previdência Social
EaD –	Educação à Distância
ESF –	Estratégia Saúde da Família
EUA –	Estados Unidos da América
FAF –	Fundação Ary Frauzino
FIOCRUZ –	Fundação Oswaldo Cruz
GM –	Gabinete do Ministro
HCI –	Hospital do Câncer I
HCII –	Hospital do Câncer II
HCIV –	Hospital do Câncer IV
IMS –	Instituto de Medicina Social
INCA –	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MPOG –	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS –	Ministério da Saúde
NAVE –	Núcleos de Assistência Voluntária Espiritual
OSS –	Orçamento da Seguridade Social
PEC –	Proposta de Emenda à Constituição

PIB –	Produto Interno Bruto
PNAO –	Política Nacional de Atenção Oncológica
PUC –	Pontifícia Universidade Católica
RG –	Registro Geral
RJ –	Rio de Janeiro
RJU –	Regime Jurídico Único
RPA –	Recuperação Pós-Anestésica
SAS –	Secretária de Atenção à Saúde
SER –	Sistema Estadual de Regulação
SNC –	Serviço Nacional de Câncer
SOAP –	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SP –	São Paulo
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI –	Tecnologia das Informações
TOC –	Tumor de Tecido Ósseo Conectivo
UERJ –	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF –	Universidade Federal Fluminense
UFRJ –	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNACON –	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNA-SUS –	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPO –	Unidade Pós-Operatória

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	A SOCIEDADE E A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE	22
1.1	Sociedade atual em pauta	22
1.2	Os Aspectos da Política de Saúde no Brasil	29
1.3	A política de saúde: entraves e desafios	32
1.4	Panorama do câncer no Brasil	37
2	SERVIÇO SOCIAL E DOCUMENTAÇÃO	42
2.1	Serviço Social: breve histórico da profissão	42
2.2	Reflexões sobre o Serviço Social: um debate fundamental	47
2.3	Apontamentos sobre o objeto de intervenção profissional: a questão social	52
2.4	A Documentação em Serviço Social	56
3	SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA: ANÁLISE DO RELATO PROFISSIONAL EM PRONTUÁRIO ÚNICO	66
3.1	Prontuário Único e o Registro em Saúde	66
3.2	INCA: referências históricas	74
3.3	Hospital do Câncer I e seus elementos constitutivos	79
3.3.1	<u>O prontuário único no Hospital do Câncer I: aspectos principais</u>	81
3.4	O Serviço Social no Hospital do Câncer I	85
3.5	Considerações sobre a documentação do Serviço Social sistematizada em prontuário único	95
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	117

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de uma investigação voltada para o cotidiano profissional no âmbito do Serviço Social, realizada na área da política de saúde brasileira, e, particularmente, no campo da Oncologia.

Quando se busca o desenvolvimento de uma análise sobre a realidade vivenciada por profissionais, no atendimento direto à população usuária, cabe considerar a complexidade da sociedade atual, no sentido de se compreender contemporaneamente as requisições apresentadas ao Serviço Social nas instituições

Esta análise, ao considerar a totalidade das relações sociais, concentra-se na elaboração de um estudo direcionado a uma maior aproximação à dimensão técnico-operativa do Serviço Social, em articulação com as demais dimensões da profissão, ou seja, ético-política e teórico-metodológica, pela compreensão de que as três se expressam de forma correlacionada. A preocupação analítica, por se aproximar da dimensão acima destacada, surge da necessidade, cada vez mais urgente, de elaboração de reflexões a respeito dos elementos decorrentes do exercício profissional nos campos socioassistenciais, em contraposição ao avanço de condutas conservadoras. Diante disso, este estudo tem como objetivo a construção de uma reflexão acerca do registro profissional do Serviço Social, a partir do prontuário único – instrumento utilizado na atenção oncológica.

Com vistas a essas questões, este estudo procura desenvolver uma análise sobre a utilização do prontuário único pelas assistentes sociais¹ do INCA/Hospital do Câncer I (HCI), com o objetivo de identificar e compreender que conteúdo consta do registro profissional do Serviço Social em prontuário único na atenção oncológica, partindo da proposição de que o conhecimento produzido através do atendimento social e sistematizado neste instrumento pode ser considerado, também, como parte integrante do conjunto de documentação em Serviço Social.

O interesse por este estudo surgiu a partir da minha inserção como assistente social do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, e, relaciona-se, também, à proposta de avanço da análise iniciada no Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde da Faculdade de Serviço Social/UERJ,

1 A escolha do gênero feminino está relacionada ao fato da profissão ser constituída em sua amplitude pelas mulheres. O uso do artigo está de acordo com a Resolução CFESS nº594 de 21 de Janeiro de 2011.

cuja monografia abordou a temática mediante análise documental realizada de acordo com a proposta do tema.

O ingresso no INCA enquanto assistente social recém-formada trouxe-me muitos estranhamentos, dentre eles o registro em prontuário único. Na trajetória acadêmica, tanto no estágio na área da saúde quanto na residência profissional, os relatos das assistentes sociais eram elaborados em documentação própria e de acesso exclusivo da equipe de Serviço Social. Os prontuários dos usuários, por sua vez, dificilmente eram utilizados pela equipe de Serviço Social. Não havia uma visualização do acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional no que diz respeito a um mesmo usuário, tanto no que se refere aos relatos sociais quanto os registros das demais categorias dos profissionais de saúde.

Com relação ao INCA, o instituto é estabelecido como órgão auxiliar do Ministério da Saúde, referência nacional e internacional quanto ao desenvolvimento e à coordenação de ações articuladas e direcionadas para a prevenção e controle do câncer no país. Nesta direção, o INCA possui como principal finalidade a promoção de ações que abrangem a assistência, o ensino e a pesquisa².

Como parte integrante desta instituição, o Serviço Social do HCI realiza atividades que envolvem, além da assistência, ações de pesquisa e de ensino. A equipe encontra-se diretamente envolvida na docência e na preceptoria, isto é, desempenha atividades referentes à residência em Serviço Social, ligada ao programa de residência multiprofissional do INCA.

Este fato, também fomentou o interesse por este estudo, uma vez que ao receber e orientar as profissionais em processo de especialização, nos moldes de residência em saúde, constatei que estas residentes levantavam dúvidas e apresentavam certa insegurança em relação ao uso do prontuário único pelo Serviço Social. Estes questionamentos reforçaram minha inquietação pela temática deste estudo.

Observa-se, portanto, que diante desses aspectos, há, ainda, uma tensão acerca do conjunto da categoria profissional, que questiona o registro em prontuário único, justificando seus posicionamentos, a partir da preocupação, no que se refere ao acesso às informações contidas sobre o usuário dos serviços de saúde por diversas pessoas. Considerando-se que as informações registradas passam pelo

2 Vide site: www.inca.gov.br

comprometimento com as necessidades reais deste usuário, parte-se do pressuposto de que os dados registrados serão estritamente pertinentes ao âmbito de atuação do Serviço Social no dado espaço de atuação profissional.

Assim, quando iniciei o registro de meus atendimentos em prontuário único, e, conseqüentemente, tive acesso aos relatos dos profissionais das demais categorias da área da saúde, comecei a questionar a importância da documentação produzida pelo Serviço Social, no que diz respeito ao comprometimento com os usuários e também com o aprimoramento profissional a partir da compreensão de que o prontuário é um documento e possui aspectos relacionados à comunicação, à educação, à pesquisa, além do aspecto elucidativo de questões jurídicas. Neste âmbito, a relevância está na compreensão de que o registro profissional possui várias implicações importantes referentes às suas dimensões ética, política, técnica, histórica

Em relação ao sigilo, Matos (2013, p.132) problematiza que a atual configuração do trabalho coletivo na saúde pode apresentar uma maior dificuldade para o estabelecimento de relações de confiança do usuário com o profissional, devido ao pouco contato que um mesmo usuário tem com os profissionais de saúde. Este fato pode levar à não apresentação de informações sigilosas para estes profissionais.

Faz-se necessário destacar que as demandas apresentadas às assistentes sociais na atenção oncológica, de maneira explícita ou implícita, estão relacionadas aos determinantes sociais da saúde. De acordo com Yamamoto (2008), pode-se dizer que as reais necessidades dos usuários se referem a algo para além do pauperismo. São demandas que envolvem um complexo de dimensões políticas, sociais, econômicas, ideológicas e culturais presentes na sociedade brasileira.

Os atendimentos realizados pelo Serviço Social na atenção oncológica, principalmente, estão relacionados aos direitos sociais dessas pessoas e ao acompanhamento social diante da complexidade de um tratamento oncológico. Os atendimentos realizados são registrados e organizados em prontuário único.

Diante da compreensão de que o relato profissional é uma ação oriunda de uma reflexão sobre a realidade, logo não cabe considerá-lo como uma tarefa mecanicista. É importante que haja uma finalidade e razões pelas quais ele é orientado. Nesta perspectiva, a direção deste estudo não é a de fornecer “normas”, pois ele baseia-se no entendimento de que a realidade é dinâmica e permeada de tensões e contradições; portanto, há a necessidade da apreensão e sistematização

da experiência profissional, de acordo com a totalidade social. Vale ressaltar que as escolhas feitas pelas assistentes sociais em seus espaços sócio-ocupacionais não são neutras, para além da dimensão operacional, também possui caráter político-ideológico.

Considerando a relevância do processo de registro das atividades sociais, é importante destacar, conforme analisa Almeida (2009, p. 401), que é pertinente e fundamental a realização de esforços voltados para o processo de sistematização, referente à realidade vivenciada no cotidiano das instituições e às respostas profissionais elaboradas que determinam a atividade do Serviço Social em seus vários aspectos. Neste sentido, este estudo considera a sistematização como uma parte primordial das elaborações teóricas relacionadas às atividades profissionais, uma vez que ele possibilita o entendimento e a significação dos fundamentos da profissão e de seus campos de atuação.

Diante do entendimento de que o registro em prontuário único pode ser tido como parte da sistematização da intervenção do Serviço Social, os seguintes questionamentos fazem-se: é possível designar este documento coletivo como documentação em Serviço Social, ou seja, o prontuário único é um instrumento possível do Serviço Social se expressar? Há muito tempo, o prontuário do “paciente” era considerado “prontuário médico”, por reunir, nesta compreensão, um saber da medicina sobre a saúde dos “pacientes”, sendo, portanto, apontado como fonte de conhecimento da área médica (MUNCK et al., 2005). Através do conjunto de elementos registrados pelas assistentes sociais nesta documentação coletiva, é legítimo compreender o prontuário único, enquanto documentação, também, do âmbito da produção de conhecimento do Serviço Social? Ou apenas um mero instrumento burocrático referente aos atendimentos no campo da Oncologia?

Observa-se que o conhecimento produzido por meio das expressões da realidade social, através da realização das atividades profissionais, constitui-se como base concreta para a elaboração de propostas e estratégias, em consonância com as necessidades reais e interesses coletivos dos usuários das políticas públicas e sociais, que são integrantes dos segmentos da classe trabalhadora brasileira, isto é, sujeitos históricos centrais da ação profissional do Serviço Social (IAMAMOTO, 2011).

A proposta deste estudo envolve partir de algumas principais categorias de análise da teoria social crítica³, que não são isoladas em si, mas estão integradas, o que torna possível a apreensão do concreto pensando, dando, assim, sentido à realidade social. Nesta concepção, a mediação permite a compreensão de que o objeto de estudo é de fato um fenômeno histórico, não cabendo ser visto isoladamente. Assim, ela auxilia no entendimento do contexto social a que o objeto está relacionado. Considerando, ainda, que o fenômeno estudado é parte da dinâmica social, ele é concebido como movimento; portanto, seu desenvolvimento se dá, através de contradições, em dimensão particular e universal. Na busca por desvendar este objeto, faz-se necessário reconhecer que a complexidade do fenômeno é somente compreendida, mediante análise da totalidade da realidade social. E esta totalidade é composta e também produto da relação social, vivenciada pelo ser histórico (OLIVEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 200?).

Marconsin (2016, p.101) sinaliza que, no tipo de organização socioeconômica atual, isto é, a sociedade capitalista, “a prática social não se revela na sua imediatividade”. Para a autora, nas relações sociais capitalistas há muitas maneiras complexas de obscurecimento, porém, contraditoriamente, elas são constituídas pelas possibilidades de desvendamento da essência das práticas sociais. Diante disso, Marconsin (2016) destaca uma importante reflexão:

Como trata-se, portanto, de um complexo e contraditório processo, aos profissionais de Serviço Social torna-se fundamental, no exercício de seu trabalho, desenvolver mecanismos que possibilitem desvendar a realidade social, apreendendo-a em suas múltiplas determinações, relações e nexos como uma totalidade, em sua processualidade, em seu movimento, em suas contradições (MARCONSIN, p. 101, 2016).

Conforme concepção deste estudo, Marconsin (2016, p. 102) afirma que “essa reflexão, embora pareça, não está distanciada da questão da documentação em Serviço Social”. A autora acrescenta que sua afirmação está relacionada ao entendimento que “documentar é registrar, sendo, portanto, um *instrumental-técnico*, uma mediação valiosa no processo de materialização da relação entre a teoria e a prática no trabalho profissional (MARCONSIN, 2016, p.103).

Assim, esta análise está relacionada à utilização do prontuário único pelas assistentes sociais do INCA/HCI, na perspectiva de identificação e compreensão do

3 Teoria Social Crítica compreendida com base na análise de José Paulo Netto em “Introdução ao Método da Teoria Social”. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CFESS/ABEPSS, 2009.

conteúdo que consta de registro profissional do Serviço Social em prontuário único na atenção oncológica, com base na indagação teórica que problematiza se a produção de conhecimento sistematizada neste instrumento, pode ser considerada como parte integrante do conjunto de documentação em Serviço Social. Logo, busca-se, de maneira ampla, refletir acerca da documentação em Serviço Social a partir do instrumento utilizado na Oncologia, isto é, o prontuário único.

Diante disso, esta pesquisa iniciou-se com o levantamento bibliográfico e o estudo das principais fontes sobre a temática apresentada, para fins de base fundamental, no que se refere à problematização e à análise do tema em questão. No segundo momento, as atividades foram direcionadas à identificação dos aspectos relacionados ao Serviço Social, política de saúde, situação do câncer no Brasil, documentação e sistematização em Serviço Social, registro em saúde e ao prontuário único.

Para realizar a pesquisa, a análise partiu das informações registradas em prontuário único dos usuários atendidos pelo Serviço Social. Inicialmente, pensou-se em uma amostragem através de prontuários dos usuários matriculados entre janeiro a dezembro de 2017, contudo, a partir de análise inicial, em relação aos primeiros prontuários, verificou-se que, para uma reflexão de acordo com o objetivo do estudo, o material deveria abranger um tempo maior de tratamento destes usuários na instituição. Desta forma, os prontuários analisados referem-se àqueles com matrículas datadas de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, pela clínica de “Cabeça e Pescoço” do Hospital do Câncer I (HCI)/INCA, todos contendo registros de atendimento realizado pelas assistentes sociais. É importante enfatizar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/INCA⁴.

Os usuários desta clínica possuem o diagnóstico de câncer localizado na região da cabeça e do pescoço. São tumores que se manifestam, principalmente, nas regiões da boca, faringe e laringe. Trata-se de uma clínica avaliada com uma expressiva incidência das expressões da questão social, devido aos fatores relacionados à causa destes tipos de tumores, tais como o alcoolismo, o tabagismo, infecções pelo vírus HPV e a exposição prolongada a produtos químicos. (INCA, 2018). Este fato gera uma demanda significativa para o Serviço Social, no que diz respeito à quantidade e à complexidade do atendimento social. A escolha pela clínica encontra-se motivada,

4 Aprovação número: 08057219.3.0000.5274 (CEP/INCA).

também, por ser este meu atual espaço de atuação profissional na instituição, o que desperta meu interesse por uma maior aproximação com sua realidade concreta.

Cabe destacar que a estimativa divulgada pelo INCA referente ao biênio 2018-2019 indica que 31.980 novos casos de câncer de cabeça e pescoço devem ser registrados no Brasil. Este estudo separa a doença por tipo: 14.700 novos casos de câncer de cavidade oral, 9.610 de tireoide e 7.670 de laringe.

Segundo as avaliações médicas, o tratamento para estes tipos de tumores, dependendo de localização, características e extensão do tumor, pode incluir cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, realizadas isoladamente ou em combinação. De acordo com os estudos divulgados pelo site do INCA (2019), “quanto mais precocemente for feito o diagnóstico, maior a possibilidade de o tratamento evitar deformidades físicas e problemas psicossociais”.

A prevenção destes tumores está relacionada, principalmente, aos cuidados de higiene bucal, combate ao tabagismo, evitar consumo de bebidas alcoólicas, manter o peso do corpo adequado, bem como atividade sexual de forma segura com uso de preservativos (INCA, 2019).

Para explicitar um panorama da clínica de cabeça e pescoço do HCI, em relação aos usuários atendidos, é importante recorrer à pesquisa realizada em 2017 sobre o perfil socioeconômico⁵ destes usuários e apresentar alguns dados principais sobre estes sujeitos. Esta pesquisa contou com 161 participantes, todos em tratamento vigente no período da coleta de dados. Referente ao sexo, este grupo analisado é composto por 124 homens e 37 mulheres. Este dado confirma que a população masculina está mais suscetível ao desenvolvimento de tumores na região da cabeça e do pescoço, por vários fatores, como o uso excessivo de bebidas alcoólicas e tabaco.

A maioria desses usuários encontra-se na faixa etária entre 55 a 69 anos de idade. O envelhecimento é um importante fator de risco para o câncer, pois está relacionado a várias alterações fisiológicas relacionadas ao avanço da idade. Pode-se dizer que o envelhecimento é um dos grandes desafios para a saúde pública atualmente (SILVA; SILVA, 2005).

5 A pesquisa constituiu-se em um projeto aprovado pelo CEP/INCA, realizado em conjunto com as assistentes sociais Cecília Valter e Fabiana Félix. Em razão do grande volume de dados e informações produzidas, a pesquisa encontra-se na fase final de categorização e tabulação.

Outro dado significativo diz respeito ao nível educacional: 22 pessoas não foram alfabetizadas ou possuem menos de 1 ano de estudos; 66 não conseguiram completar o ensino fundamental e 17 possuem ensino fundamental completo. Esta variável destaca que cerca de 66% destes usuários possuem um nível muito precário de escolaridade. As pessoas com baixo nível de escolaridade apresentam, cruelmente, maior probabilidade de exposição a fatores de risco à doença, devido a esta condição educacional encontrar-se, significativamente, relacionada a outro determinante da saúde, ou seja, a situação financeira precária. Enquanto outro fator dificultador, estes sujeitos manifestam expressiva dificuldade de compreensão, no que diz respeito à complexidade relacionado ao tratamento oncológico, além das dificuldades vivenciadas antes e durante seu processo de saúde-doença.

Prosseguindo com a metodologia deste estudo, é importante sinalizar que, segundo as informações gerenciais do HCI, a clínica de cabeça e pescoço matriculou em média, cerca 85 usuários por mês, em 2018. Como se trata de uma pesquisa qualitativa, a investigação esteve voltada para os aspectos qualitativos da problematiza levantada. No que diz respeito à coleta dos dados, a técnica utilizada refere-se à amostragem por saturação teórica dos dados. Assim, foram analisados 17 prontuários de usuários matriculados na clínica de Cabeça e Pescoço atendidos pelo Serviço Social.

Faz-se necessário destacar que considera-se saturada a coleta de dados quando os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância, não sendo considerado relevante persistir na coleta. Desta forma, o acréscimo de informações não é mais significativo para o aperfeiçoamento da reflexão fundamentada nos dados coletados, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado (FONTENELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Por ser uma pesquisa de caráter exploratório, buscou-se identificar e problematizar as questões relevantes e unidades de significações, registradas no prontuário único pelas assistentes sociais em relação à identificação do que consta relatado, no que diz respeito às assistentes sociais, a partir das demandas sociais vivenciadas pelos usuários e familiares atendidos pelo Serviço Social. Uma vez que os desafios que chegam ao Serviço Social podem ser traduzidos em registros escritos, constituindo-se objetivação do trabalho profissional e material de análise, para fins de aprimoramento constante da profissão.

Além do caráter exploratório, a pesquisa possui base qualitativa, portanto, é preciso enfatizar que, de acordo com Minayo (2007, p. 26), a pesquisa qualitativa possui três etapas: fase exploratória; trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental. Esta abordagem encontra-se relacionada ao levantamento de dados e interpretação dos mesmos. A pesquisa qualitativa é considerada de fundamental importância para aprofundar conhecimentos. A técnica de análise do material qualitativo utilizada foi a análise de conteúdo (MINAYO, 2014).

Minayo (2014, p. 308) destaca que a análise de conteúdo “visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação”. Portanto, pretende-se, com esta técnica, apreender o conteúdo sistematizado, acerca do que ele expressa em virtude do contexto e das circunstâncias em que ele se dá. A modalidade abordada, a partir desta técnica, trata-se da análise temática. Este tipo de abordagem consiste em descobrir um núcleo de sentidos, cuja “presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso” (MINAYO, 2014, p.316).

Diante disso, busca-se explicitar elucidações sobre a temática mediada pela apropriação da produção teórica disponível, priorizando os estudos de Marilda Villela lamamoto, por toda sua contribuição histórica para a formação e a atuação profissional, na medida que incorpora a teoria social crítica para pensar o Serviço Social brasileiro, articulado à realidade social no qual ele faz parte José Paulo Netto, no que se refere aos aspectos fundantes da profissão. No que diz respeito à documentação, tem-se por base as análises desenvolvidas por Cleier Marconsin. Em relação ao registro profissional em saúde, parte-se do estudo realizado por Maurílio Castro de Matos. Ao pensar a sistematização da prática, recorre-se aos estudos desenvolvidos por Ney Teixeira Almeida. Quanto à política de saúde, recorre-se a Maria Inês Bravo. Em relação ao prontuário único, a análise tem como base inicial os estudos elaborados por Ana Maria Otoni Mesquita e Suely Ferreira Deslandes.

Seguindo para a organização dos capítulos, o capítulo I apresenta uma análise em torno da sociedade capitalista, com base na teoria social crítica. Posteriormente, busca-se apresentar um dos resultados das tensões presentes na sociedade, ou seja, a política de saúde, um dos principais campos de atuação profissional na área do

Serviço Social. Logo em seguida, este capítulo expõe um panorama da situação do adoecimento por câncer no Brasil.

No capítulo II, a análise desenvolvida encontra-se relacionada ao percurso histórico e aos elementos primordiais relacionados à profissão, mediante estudo das obras dos principais intelectuais do Serviço Social, como Marilda Yamamoto e José Paulo Netto. Prossegue-se com a reflexão sobre o objetivo de intervenção da profissão, isto é, a questão social, considerando a importância de seu enfrentamento pelo conjunto da categoria profissional. Fechando este capítulo, há uma apresentação do debate sobre a documentação em Serviço Social, no sentido de se destacar a sua relevância para a profissão, ao longo do seu desenvolvimento e seu processo de legitimidade profissional.

O capítulo III apresenta uma aproximação com os elementos que compõem o trabalho elaborado no INCA. Desse modo, propõe-se uma reflexão sobre o prontuário único, bem como acerca do registro em saúde. Apresenta, também, os principais aspectos relacionados ao INCA, a sua unidade hospitalar – HCI, tal como a respeito do Serviço Social, parte integrante da equipe de saúde deste instituto. Neste capítulo, o estudo concentra-se na demonstração dos dados referentes à pesquisa realizada, no que se refere ao registro profissional em prontuário único na atenção oncológica. Este capítulo é dedicado à problematização destes dados, diante do propósito de se destacar as unidades de relevância e significação identificadas.

Por fim, por meio das considerações finais, pretende-se destacar algumas reflexões importantes sobre o estudo apresentado, bem como demonstrar a necessidade de se ampliar o debate sobre os aspectos oriundos da dimensão técnico-operativa do Serviço Social, a partir de uma perspectiva de totalidade, no sentido de se apreender a realidade cotidiana da profissão em seus espaços sócio-ocupacionais.

1 A SOCIEDADE E A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE

Neste primeiro capítulo, serão abordadas questões relacionadas aos elementos fundamentais para se pensar a profissão, no sentido da necessidade da compreensão da realidade social, evidenciando o contexto histórico no qual o Serviço Social emergiu e em que sua ação é demandada. As exigências contemporâneas impostas às profissionais de Serviço Social, em seus espaços de atuação, levam à necessidade de realização de uma análise articulada com a totalidade, para apreensão do objeto pesquisado e de suas particularidades.

Ao trazer para a reflexão crítica o objeto deste estudo, foi importante, inicialmente, pensar a profissão. Em consonância com o entendimento de que o Serviço Social não surgiu na realidade cotidiana das pessoas de forma aleatória, mas sim é resultado de relações sociais desenvolvidas em uma determinada sociedade, foi fundamental a construção de uma análise sobre a sociedade capitalista e seus principais aspectos.

Prosseguindo com a abordagem teórica, compreende-se a relevância de se apresentar uma análise sobre a política de saúde brasileira, por entender que esta é produto das tensões e contradições presentes nesta sociedade atual, bem como constitui-se no cenário em que se processa a referente pesquisa. É fundamental, como parte da análise sobre a temática proposta, expor a conjuntura do adoecimento por câncer no país, uma vez que o prontuário único é analisado a partir das exigências colocadas ao trabalho coletivo no campo da Oncologia.

1.1 Sociedade atual em pauta

O Serviço Social brasileiro é parte integrante do movimento histórico da sociedade, ou seja, constitui-se enquanto resultado de relações sociais estabelecidas em um processo complexo de produção e reprodução da vida social. Em relação à trajetória histórica, pode-se dizer que o desenvolvimento da profissão está intrinsecamente associado às transformações sociais ocorridas na sociedade capitalista. Logo, é preciso tecer algumas considerações sobre o capitalismo, pois faz-se necessário apreender a lógica da organização social capitalista na direção de seu movimento histórico, tendo em vista a compreensão dos aspectos que envolvem as tendências do Serviço Social diante de sua legitimação, enquanto uma profissão de

nível superior. Neste estudo, para o entendimento da sociedade capitalista, recorre-se à base teórica das análises marxistas.

Historicamente, há formas distintas pelas quais as sociedades se organizam, tanto em relação à produção de suas riquezas, quanto no que se refere à distribuição das mesmas.

O capitalismo consolidou-se a partir do século XVIII, quando ocorreu a Revolução Industrial iniciada na Inglaterra. Tendo como objetivo principal a busca pela concentração e acumulação de capital, a burguesia – classe dominante neste sistema socioeconômico – utiliza-se de estratégias, principalmente políticas e econômicas, para se manter no poder como classe privilegiada.

No capitalismo, as relações sociais baseiam-se, fundamentalmente, na exploração do trabalho pelo capital, na propriedade privada dos meios essenciais de produção e na concentração da riqueza socialmente produzida. A produção capitalista é uma relação social construída historicamente, portanto expressa um modo dos seres humanos produzirem e reproduzirem-se material e espiritualmente, no aspecto de seus bens e serviços, tal como no âmbito intelectual e cultural.

De acordo com a teoria social crítica, o trabalho já foi, para o ser humano, um processo transformador da natureza, realizado através de atos livres e conscientes. Houve, também, ao longo das sociedades, períodos predominantes de servidão e de escravidão. Na sociedade atual, o trabalho é mecanismo de exploração, a contar de sua apropriação pelo capital, mediante uma relação social entre sujeitos “livres” que vendem sua força de trabalho para fins de manutenção de própria vida, por não possuírem outros meios de subsistência, devido ao processo histórico de expropriação capitalista. Desta forma, o trabalho deixa de ser voluntário para se tornar um trabalho imposto e gerador de sacrifícios para suprir necessidades externas.

O trabalho é extremamente significativo, como destaca Ellen Wood (2011):

O poder do capitalista de se apropriar da mais-valia dos trabalhadores não depende de privilégios jurídicos nem de condição cívica, mas do fato de os trabalhadores não possuírem propriedade, o que obriga a trocar sua força de trabalho por um salário para ter acesso aos meios de trabalho e de subsistência. (WOOD, 2011, p.173).

Segundo Marx (2010), as classes sociais podem ser definidas entre a burguesia, a classe dos proprietários dos meios essenciais de produção e o proletariado, que são aqueles destituídos destes meios, também denominados de classe trabalhadora. Estes últimos possuem somente, na lógica de produção

capitalista, sua força de trabalho, que é vendida à burguesia em troca de um salário, no esforço pela sua sobrevivência. Já a burguesia torna-se, diante do exposto, concentradora de capital.

Para alcançar seus propósitos, a burguesia construiu mecanismos de coação, persuasão e controle do trabalho e dos trabalhadores. Há, portanto, um antagonismo entre estas classes que convivem com necessidades e interesses conflitantes.

Este aspecto desdobra-se no que Marx analisou em sua obra *Manuscritos econômico-filosóficos*, tendo por base um fenômeno histórico-concreto, como sendo uma alienação do trabalho, que conduz à alienação dos trabalhadores. Neste sentido, o sujeito não se reconhece no produto de sua atividade. O avanço das relações tipicamente capitalistas provocadas pela propriedade privada alcança a dimensão de alienação do sujeito estranho ao próprio sujeito enquanto gênero humano. E o resultado deste processo é um cenário de degradação ampla da vida humana.

No que diz respeito a este tópico, Mészáros (2016) elucida que os aspectos econômicos da alienação estão diretamente relacionados à propriedade privada, ao trabalho assalariado e à divisão do trabalho a partir do capitalismo industrial. Afirma, também, que no capitalismo, “o trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como mercadoria, e isto na medida que produz, de fato, mercadorias em geral (MÉSZÁROS, 2016, p.117).

De acordo com Mészáros (2016), por meio da racionalização do processo de produção capitalista, os trabalhadores perdem o controle do processo de produção como um todo. Assim, eles são separados do saber e do produto final. Tal fato ocasiona o estranhamento, isto é, os trabalhadores não se reconhecem no produto final de seu próprio trabalho.

De maneira análoga, o controle do saber do trabalho (os instrumentos, a ordem das atividades, os objetivos) está sob domínio dos capitalistas. Neste caso, os trabalhadores encontram-se subordinados ao controle da burguesia. O produto deste processo não pertence ao produtor direto, mas é propriedade do capitalista. Esta relação resulta na alienação dos trabalhadores à sua criação. Logo, o processo de trabalho torna-se uma forma de controle da força de trabalho para a produção de mercadorias, tendo como objetivo a valorização do capital em benefício da burguesia.

Em sua análise, Mészáros (2016, p.118) destaca a importância da “forma social determinada da atividade produtiva, que traz a valorização do mundo das coisas ao preço da desvalorização do mundo dos homens”. Chama a atenção para o

fenômeno da reificação, que acarreta a dependência das coisas, a criação de necessidades dispensáveis para a vida em sociedade, ou seja, a generalização da mercadoria.

Nessa perspectiva, em torno das leis gerais da ordem capitalista, encontra-se estruturada a mercantilização das relações. Ao analisar este sistema socioeconômico, Karl Marx expôs, no livro I de *O Capital*, a lógica em que se estrutura o capitalismo, no que se refere à aparente circulação simples de mercadorias.

Em termos de abordagem, Marx começa pela exposição da mercadoria, tendo como objetivo mostrar a apreensão da dinâmica desta sociedade. Inicia-se pela aparência para se chegar à essência do fenômeno. É preciso compreender que as relações se apresentam neste sistema socioeconômico como relação entre coisas/mercadorias, no entanto, este fetiche encobre o que na realidade é. Constitui-se de uma relação social, ou seja, são relações entre pessoas.

Segundo Marx (2008, p.57), “a mercadoria é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas”. Essas necessidades podem ser do corpo (estômago) ou do espírito (fantasias). A maneira como a necessidade humana é satisfeita não tem muita relevância, podendo ser diretamente como meio de subsistência e indiretamente enquanto meio de produção.

Prosseguindo com a análise de Marx, cabe enfatizar que, no capitalismo, os valores de uso são, ao mesmo tempo, os veículos materiais do valor de troca. Não é o objeto em si que define seu valor na sociedade capitalista. O capital busca conseguir valor a partir das relações de troca.

O valor de um bem é seu valor de uso, já o valor de troca deste bem é medido por meio da quantidade de trabalho nele contido. A quantidade de trabalho é medida pelo tempo de sua duração (horas, dias etc.). O valor de uma mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho investido durante sua produção considerando toda força de trabalho da sociedade, isto é, a quantidade de trabalho socialmente necessária para a produção da mesma mercadoria.

Nesta direção, Marx expõe a dualidade entre o trabalho concreto e o trabalho abstrato. O trabalho concreto refere-se ao o trabalho efetivo, que se manifesta no valor de uso realizado somente entre ser humano e natureza. O trabalho abstrato é considerado socialmente relevante e se manifesta no valor de troca.

Na análise de Marx, a divisão social do trabalho é condição para que exista a produção de mercadoria, embora a produção de mercadoria não seja condição necessária para a existência da divisão social do trabalho. Conseqüentemente, há a especialização de funções em termos de execução de tarefas na produção.

Marx (2017) afirma que a produção no capitalismo não se propõe a elaborar mercadorias somente para uso próprio, no sentido de subsistência do ser humano, mas fundamentalmente, para produzir excedente para a troca. Ao adquirir mercadorias no capitalismo, ficam encobertas para a maioria expressiva da população as relações sociais que determinam este objeto.

No caso dos trabalhadores, destituídos dos meios essenciais de produção, eles tornam-se possuidores somente de sua força de trabalho. Esta constitui-se mercadoria como qualquer outro produto disponível, portanto, tem valor.

No momento histórico em que os trabalhadores não têm mais como sobreviver por meios próprios, eles trocam sua força de trabalho por sua sobrevivência. Este é um fato fundamental para a dinâmica capitalista de produção de mercadorias.

Os trabalhadores recebem um equivalente monetário pela sua jornada de trabalho, contudo o custo da força de trabalho é muito baixo, já que o salário pago aos trabalhadores está sempre muito abaixo do que eles produzem. Desta dinâmica emerge a essência da extração de excedente no capitalismo.

O trabalho excedente é toda parte não paga aos trabalhadores em relação ao total produzido por eles. O que lhes é pago na forma de salário não corresponde ao resultado real do seu trabalho. Este excedente econômico é apropriado pelo capital, ou seja, por sua personificação: a burguesia.

A base do poder no sistema capitalista é a extração desta *mais-valia* (mais valor), que redundando do trabalho excedente produzido pela força de trabalho não pago aos trabalhadores. Este processo é fundamental à valorização do capital e sua expansão. Produzir *mais-valia* é a lei absoluta do modo de produção capitalista, de forma a acumular cada vez mais capital.

Segundo a teoria marxista, a expansão do capital provoca uma diminuição da demanda pela força de trabalho, criando, assim uma população de trabalhadores sem “emprego formal”, que corresponde a um exército de reserva industrial, um excedente de força de trabalho. Este fenômeno encontra-se relacionado à ampliação do capital, que ocasiona um controle maior dos trabalhadores e uma acumulação crescente de

capital, cujas consequências são o aumento da precarização das condições de vida e de trabalho de forma generalizada.

Karl Marx, em sua obra, prosseguindo com sua análise, aborda o processo de trabalho em geral como dinâmica que envolve ideação, atividade e meios. Independentemente da estrutura social, este processo diz respeito à atividade do ser humano que transforma a natureza, e assim transforma a si mesmo, desenvolvendo suas habilidades e competências.

Diferentemente das outras mercadorias, a força de trabalho pode produzir *mais-valia* e este valor de uso é o alicerce capitalista a controlar cada vez mais o tempo gasto na produção, a orientar a lei das trocas, a vigiar o exercício das atividades. Assim sendo, a vida mercantil se constrói em torno das relações de troca e não em torno da subjetividade da vida humana. Todo convívio em sociedade toma forma de mercadoria, provocando, portanto, a generalização da alienação, da competitividade, do individualismo e da desigualdade social. Portanto, faz-se necessário enfatizar que este processo de exploração e de dominação, construído socialmente, envolve elementos de significativa relevância, no que diz respeito à compreensão da dinâmica de produção e de reprodução das relações sociais na sociedade contemporânea.

São exatamente as condições de exploração, a partir do processo de produção capitalista, que provocam o conflito entre as classes sociais antagônicas. E diante de suas bárbaras consequências para a sociedade, e principalmente, para as condições de vida dos trabalhadores, há um ponto muito importante a ser considerado: o Estado.

A teoria marxista explica a sociedade capitalista como uma sociedade de classes cujo domínio é exercido pela burguesia. Nesta direção, o Estado é apreendido como um de seus instrumentos, que possui como o objetivo principal legitimar seu controle; portanto, diante do conflito de interesses e necessidades entre trabalhadores e burguesia, a intervenção do Estado expressa o caráter político dessa dominação. Assim, há o desenvolvimento de burocracias e aprovação de legislações com a finalidade de manter a classe trabalhadora sob controle, tendo em vista responder às necessidades da classe dominante em garantir a ordem burguesa.

Em Hegel⁶, o Estado é considerado eterno e não histórico, assim transcendente à sociedade. Em contraposição a esta definição, Marx analisou o Estado em seu contexto histórico com base em uma concepção materialista, expôs que “não é o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado” a partir do modo dominante de produção e suas relações (CARNOY, 1986, p.58).

O Estado não está acima dos conflitos de classes, mas profundamente envolvidos neles, visto que trata-se de um instrumento essencial de dominação na sociedade capitalista. Sua intervenção no conflito é substancial e condiciona o caráter do Estado como meio de dominação de classe. O capital tem o controle sobre o trabalho no processo de produção capitalista e a burguesia estende seu poder ao Estado como faz perante outras instituições. Assim, segundo Carnoy (1986), o Estado é definido enquanto instituição com vínculo de classe.

De acordo com Karl Marx, o Estado surge da contradição entre o interesse de um indivíduo ou família e o interesse comum de toda a comunidade. Suas origens têm ligação com a necessidade de controlar os conflitos sociais entre diferentes interesses econômicos e esse controle é realizado pela classe economicamente mais poderosa da sociedade. Ou seja, na organização atual, mediar conflitos é manter a ordem de produção capitalista, cujos interesses em disputa são irreconciliáveis. O domínio econômico do capital se amplia para uma configuração da burguesia como uma classe politicamente dominante.

O Estado parece ter poder, mas na realidade esse poder reflete as relações sociais inerentes à sociedade capitalista. Segundo Braverman (1987), ele é protetor da distribuição desigual da propriedade que é coletiva, logo “tem servido para drenar a riqueza para as mãos de grupos especiais”.

Outro ponto importante em torno desta análise refere-se à utilização da força repressiva pela burguesia para manter controle diante do antagonismo de classes. O Estado surge como dispositivo de repressão tanto no que diz respeito à imposição das leis, quanto ao uso da força pública armada propriamente dita. Logo, esta configuração possibilita o uso do poder do Estado para garantir a reprodução das relações capitalistas de exploração de uma classe sobre a outra, tendo em vista

6 Friedrich Hegel (1770-1831) foi um importante filósofo Alemão e professor da Universidade de Jena, mesma Instituição em que Karl Marx cursou doutorado. Foi também um dos criadores do sistema filosófico chamado idealismo absoluto. Informação disponível em https://www.ebiografia.com/karl_marx/ acesso em 07 de setembro de 2018.

estabelecer regras de comportamentos para reforçar valores e normas burguesas que favoreçam a dominação.

Tal relação é propícia para a emergência de agentes encarregados de atuar diretamente com a classe trabalhadora, como as assistentes sociais. Desta forma, o Serviço Social, como outras atividades profissionais, está inserido no movimento geral das relações entre as classes e expressões dos seus interesses, através das funções do Estado, no que diz respeito às políticas sociais.

A compreensão dessas mediações é fundamental para assistentes sociais ao lidarem com as informações sobre as condições de vida e reprodução da população. Com base nesse conhecimento, essas profissionais podem estabelecer nexos, a partir da sistematização da prática entre as expressões empíricas que registram e as determinações sociais que são mediatizadas pelas políticas sociais, como forma contraditória do estado exercer controle sobre esses modos de vida e assegurar condições de reprodução social da população.

1.2 Os Aspectos da Política de Saúde no Brasil

A saúde é um campo de trabalho extremamente importante para o Serviço Social, tanto no sentido de que há um expressivo quantitativo profissional que atua nesta área, quanto em relação à sua relevância representada na trajetória histórica de participação das assistentes sociais na luta pela construção da saúde como um direito social para todos os cidadãos brasileiros.

Neste sentido, faz-se necessário, mesmo que de forma breve, fomentar a reflexão sobre a política de saúde em relação a alguns aspectos principais em torno do seu debate. Isso refere-se a necessidade de se destacar que, no Brasil, a saúde está inscrita nas políticas que compõem a seguridade social brasileira.

Historicamente, as políticas sociais encontram-se atreladas ao movimento de lutas sociais. A seguridade social se estrutura tendo como referência a organização social do trabalho. Observa-se que, a partir de questões estruturais, como o desenvolvimento do capitalismo nos países, e de questões conjunturais como a organização da classe trabalhadora em cada nação, a estrutura da seguridade social se dará de forma bastante diferenciada nas sociedades (BOSCHETTI, 2009). No Brasil, a seguridade social é constituída pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social.

Pode-se dizer que a institucionalização da seguridade social representou, para o Brasil, um movimento de reorganização de políticas públicas previamente existentes sob novos princípios e bases, com a ampliação e a introdução de novos direitos (MONNERAT; SENNA, 2007).

As políticas brasileiras de proteção social – a saúde, a previdência e a assistência social – são consideradas produto histórico das lutas políticas. O artigo 194 da Constituição Federal de 1988, no título sobre a Ordem Social, expressa que: “a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade”, destinados a assegurar os direitos relativos a estas políticas públicas.

Apesar de suas limitações, a seguridade social foi uma das principais conquistas dos trabalhadores brasileiros em conjunto com os grupos progressistas da sociedade. A saúde conquistou caráter universal, rompendo com o modelo securitário representado pela medicina previdenciária. A assistência social adquiriu o estatuto de política pública e foi reconhecida como direito social. E a previdência social, apesar de manter a lógica contributiva, apresenta programas de transferência de renda do porte da aposentadoria rural (MONNERAT; SENNA, 2007). Apesar dos presentes desafios para sua consolidação, este fato significou avanço no reconhecimento legal dos direitos de cidadania.

No que diz respeito à saúde, sua introdução enquanto política que compõe a seguridade social brasileira trouxe importantes conquistas. Uma das principais foi a mudança na concepção de saúde. Registra-se, constitucionalmente, a saúde não como ausência de doença, mas sim entendida como resultado do acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade, produzidos de forma coletiva, contudo apropriados privadamente. Diante desta concepção, a saúde é percebida como política universal, de caráter não contributivo, na qual o cidadão deve ser compreendido na sua integralidade (MATOS, 2009).

Cabe ressaltar que esta política adquire caráter público e de direito no período de redemocratização do Brasil. Foi uma época de grande mobilização política, na qual o Movimento da Reforma Sanitária conseguiu avançar com propostas de fortalecimento da democracia e do setor público em oposição a projetos que privilegiavam o setor privado.

Nesta perspectiva, em Brasília, no ano de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta Assembleia foi resultado do Movimento da Reforma

Sanitária, que mobilizou o setor público para instituir o acesso à saúde enquanto direito do cidadão brasileiro e de responsabilidade do Estado. Uma das mudanças centrais alcançadas pelo movimento progressista foi a não exigência do vínculo formal de trabalho para acesso à saúde. Tais conquistas, mediante luta social, instituem a saúde na Constituição Federal, de forma que seja universal o acesso a todos os bens e serviços que a promovam e a recuperem. Nessa conferência, as bases do movimento buscaram estabelecer um novo direcionamento para a política de saúde, até então seletiva e de caráter meramente curativo. Assim, partindo da concepção ampliada de saúde, de acordo com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, pode-se dizer que a saúde é produzida socialmente:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

A vitória do movimento sanitário teve como consequência a construção do Sistema Único de Saúde. O SUS, conforme instituído na Constituição Federal Brasileira, estabelece a saúde como um direito de cidadania. A elaboração do SUS contou com a participação de novos sujeitos sociais, como os intelectuais da saúde coletiva, profissionais de saúde e movimentos sociais, na discussão das condições de vida da população. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política. O SUS foi planejado e elaborado como estratégia para garantir a atenção e o cuidado à saúde dos cidadãos. O sistema consiste, portanto, em um compromisso do Estado com a população, cuja função é viabilizar cobertura universal e atendimento integral.

As transformações constitucionais neste âmbito resultaram em um modelo pautado na ampliação do conceito de saúde. Assim, dos princípios e diretrizes que regem a política de saúde, destacam-se: a universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência enquanto conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, tanto preventivos quanto curativos, individuais e coletivos, que são exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção; a equidade, reconhecimento de necessidades diferentes; e a gestão democrática, descentralizada e participativa com controle social. Este controle é compreendido, de acordo com Bravo e Matos (2004), como sendo a:

Participação da sociedade civil na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas, de maneira que se compreenda que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade (BRAVO; MATOS, 2004, p.33).

A proposta do SUS indicará novas formas de acesso à política de saúde enquanto direito, com a construção do modelo que se volta para a prevenção e não mais apenas com ênfase no campo da assistência médica. Assim, tem-se por base a garantia da saúde “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, conforme estabelecido pela Lei n. 8.080/90.

A saúde foi uma das áreas da seguridade social brasileira em que os avanços constitucionais foram mais expressivos para a proteção social. O Sistema Único de Saúde, compreendido como uma das principais estratégias da Reforma Sanitária, foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. Tem-se por base desta proposta a concepção do Brasil como um Estado democrático de direito. Desta maneira, a efetivação das políticas sociais trata-se de uma responsabilidade estatal.

Dessa forma, cabe evidenciar que, estando a saúde articulada à produção e à reprodução do capital, desde a sua origem o SUS é resultado da contradição entre os interesses relacionados à propriedade privada e ao bem comum. O sistema advém da elaboração de propostas progressivas e da implementação da Reforma Sanitária, o que é considerado um avanço no que se refere à política de saúde no Brasil. Contudo, como fruto de uma processualidade histórica, o SUS, diante dos interesses conflitantes de classes, atravessa ocasiões, também, de interrupções e rupturas (BRAVO, 1996).

1.3 A política de saúde: entraves e desafios

Na década de 1990, há um redirecionamento do papel do Estado, conforme as estratégias pautadas no ideário neoliberal. Este fato resultou, principalmente, na redução dos direitos sociais e trabalhistas, no desemprego estrutural, na precarização do trabalho e no desmonte das políticas públicas (SOARES, 2002). Em uma perspectiva mais ampla, é notório que a realização das políticas de proteção social, conforme preconizadas na Constituição Federal, vêm enfrentando expressivas dificuldades.

No campo da saúde, há a desigualdade no acesso da população aos serviços essenciais e necessários, os entraves no financiamento do SUS, a falta de ações baseadas na integralidade, bem como a criminalização dos movimentos sociais, que gera impacto negativo ao controle social. A proposta efetiva do SUS não se realiza no contexto de crescente redução de investimento público social.

De acordo com Bravo e Matos (2004), o Estado cumpre uma incumbência importante no que se refere à sustentação das reformas de cunho neoliberal. A justificativa para as ações estatais se pautam na necessidade de se alcançar uma estabilidade econômica com a diminuição dos “gastos” públicos.

O Estado, neste projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. As reformas para o campo da saúde, nessa lógica, têm apresentado como proposta a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedece às leis do mercado (BRAVO; MATOS, 2004).

A nova agenda para o século XXI integrou proposições derivadas do paradigma da economia da saúde⁷, acentuando uma visão de cidadania social restrita, dirigida aos segmentos populacionais extremamente empobrecidos e articulando atenção à saúde com proteção social.

As exigências de ordem econômica e política vão conformando o direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu caráter, seu alcance e os mecanismos acionados para sua garantia.

O direito à saúde, ao ser analisado numa perspectiva sócio-histórica, deixa de ser visto como uma decorrência dos ideais humanitários de solidariedade, de moralidade ética, de justiça social e de necessidade básica articulada à sobrevivência, e passa a ser visto como uma exigência dos processos de acumulação de capital e subordinado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual (NOGUEIRA; PIRES, 2004, p. 758).

Assim, a forma de financiamento e operacionalização das políticas sanitárias aponta para a articulação público-privado, eximindo-se o Estado de seu papel de garantir direitos.

Do ponto de vista da necessidade da população por mais e melhores ações e serviços públicos de saúde, é essencial que o SUS possa alcançar um novo patamar

7 O paradigma da economia da saúde adota os princípios da competitividade, da focalização e seletividade da ação pública, e o método das ciências econômicas e administrativas (NOGUEIRA; PIRES, 2004).

de investimento, compatível com a superação dos vazios sanitários e com as desigualdades regionais e setoriais que ainda caracterizam o acesso e a utilização de serviços produzidos pelo sistema.

Pode-se dizer que, há um tempo relevante, o SUS apresenta dificuldade em garantir recursos estáveis e suficientes para o seu financiamento. Destacam alterações nas fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, sem ampliar a participação do gasto do SUS no Produto Interno Bruto (PIB) ou na receita tributária como um todo. A composição inicial do Orçamento da Seguridade Social (OSS), sem vincular fontes particulares para cada área específica, contemplou a natureza distinta dos benefícios e serviços, prevendo o aporte de recursos fiscais do Tesouro a fundo perdido (DAIN, 2007).

No processo de competição por recursos, os programas universais com menor capacidade de defesa foram sendo progressivamente isolados na luta pelo acesso às fontes de receitas vinculadas pela Constituição ao seu financiamento. O que se observa é um subfinanciamento da saúde, acarretando em oferta reduzida de serviços e ações públicas. Este fato levou à ineficiência de respostas efetivas às reais necessidades em saúde da população brasileira.

Em relação ao financiamento no contexto da relação público-privado, por suas características históricas, a prestação de serviços hospitalares com financiamento público no Brasil vem operando predominantemente através de terceiros, sejam estas empresas privadas lucrativas, entidades beneficentes e filantrópicas, ou, ainda, hospitais universitários e de ensino.

Como ressalta Dain (2007), destaca-se que os planos privados de assistência à saúde atuam comprometendo a universalidade do SUS e configurando-se como mais um fator gerador de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Complementando a análise, Bravo (2007) afirma que o projeto de saúde voltado para o mercado tem como premissas concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, contraposições coletivas e universais.

Faz-se necessário a reivindicação pelo direito ao financiamento apropriado aos princípios e diretrizes do SUS, pois nada mais é do que a necessidade de cumprir o compromisso junto à população brasileira, materializando a saúde como direito social.

As ideias neoliberais colocadas em dimensão mundial, como saída para a crise do capital, incidiram em cada país de forma peculiar. Nesse processo, buscando recuperar a taxa de lucro, o Estado adquiriu outra conformação, passando a implantar

políticas de desregulamentação da economia, privatização e terceirização dos serviços (TEIXEIRA, 2010).

Assim, com a contrarreforma do Estado, a ideologia neoliberal avançou, conduzindo os direitos, adquiridos por luta social, para o mercado, como “simples” mercadorias, inclusive a saúde. Este processo ocasiona perdas e agravos para a classe trabalhadora, gerando o aumento da precarização das condições de vida desta população.

Faz-se necessário destacar que estas propostas de direção neoliberal resultaram em graves prejuízos para a universalização dos direitos sociais e mantiveram retirada dos direitos dos trabalhadores.

Um novo momento histórico no Brasil é iniciado no começo do século XXI com o mandato de um presidente⁸ originário da classe operária. Este fato representou uma expectativa de fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária na saúde (BRAVO; MENEZES, 2013).

Contudo, diante dos projetos em conflito, reforma sanitária e privatista, verificou-se uma continuidade das ações desenvolvidas e efetivadas a partir dos anos 1990. A política de saúde manteve a direção pautada na focalização, na precarização e na terceirização dos recursos humanos, na diminuição do financiamento e na falta de interesse político voltado para viabilização da seguridade social brasileira (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 26).

Segundo Bravo e Menezes (2013, p. 33), “algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las”. Portanto, há “a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado” (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 33).

A abordagem da saúde como mercadoria preconizada nos governos mais recentes configura uma realidade degradante expressa no aumento de doenças passíveis de controle e de serem erradicadas; diagnósticos tardios e sem possibilidade de tratamento e/ou cura, formação deficitária dos profissionais de saúde; insuficiência de medicamentos, provimentos, materiais, tecnologias e trabalhadores para o setor público, gerando demora no atendimento à população, no que diz respeito

8 Luiz Inácio Lula da Silva foi presidente do Brasil entre 2003 e 2011.

à prevenção e ao tratamento. Tal fato ocasiona um número crescente de óbitos prematuros e de sofrimentos físicos, psicológicos e sociais que poderiam ser evitados.

A conjuntura atual, de incertezas e austeridade, causa significativa preocupação. A Emenda Constitucional (EC) nº 95, aprovada em 2016, demonstra claramente este contexto no que se refere ao congelamento de investimento público em áreas como a educação e a saúde por vinte anos consecutivos. Santos e Funcia (2019) enfatizam que, “com a EC 95, a saúde deixará de ser *subfinanciada* para ser *desfinanciada*, ou seja, perderá recursos anualmente para enfrentar as demandas da sociedade”⁹.

Como esta medida repercute negativamente na vida dos grupos mais pobres, conseqüentemente a desigualdade social aprofunda-se e seus efeitos tornam-se mais expressivos. A justificativa é criar um teto de gasto para evitar que a despesa cresça mais que a inflação. Contudo, o que se verifica refere-se ao avanço de projetos de favorecimento do capital, em detrimento da classe trabalhadora.

Para a superação desta realidade, é fundamental a defesa da democracia, da ampliação do Estado para a participação da sociedade nas políticas públicas, a socialização das informações e a organização política da classe trabalhadora, tendo em vista à luta social pelos direitos de cidadania. No que se refere à saúde especificamente, o resgate do Projeto de Reforma Sanitária na sua totalidade se faz urgente, com luta pela garantia de recursos públicos para a seguridade social e sua ampliação.

É importante estabelecer uma busca pela efetivação da política de saúde com base em construções de estratégias que viabilizem o avanço dos princípios do SUS para além dos marcos legais e, assim, implantar ações a partir destes princípios no cotidiano dos serviços e práticas de saúde, através de articulação e fortalecimentos dos movimentos sociais que se encontram não somente no campo da saúde pública.

É importante também destacar que a política de saúde cumpre uma função social de assegurar, sobre determinados limites e conquistas, as condições mínimas de reposição da força de trabalho. Logo, sua dinâmica institucional na esfera cotidiana expressa tensões que situam não os embates descritos, mas novos graus de tensionamento decorrentes das formas como as instituições, os profissionais e a população usuária se organizam para enfrentar esses dilemas. Desta forma, pensar

9 Texto disponível em <https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso 02 de setembro de 2019.

sobre esta questão é um desafio que se inscreve no circuito de reflexão das assistentes sociais sobre a realidade que pode permear a sistematização de sua prática e ter nos registros um importante componente de suporte de sua capacidade crítica e investigativa.

Estes embates ocorridos no âmbito das políticas sociais geram impactos significativos nos problemas atuais de saúde pública. O contexto mundial e nacional vem sinalizando uma preocupação crescente voltada para a questão do aumento de casos de câncer na população. Torna-se notório que as decisões governamentais apresentadas para o campo da saúde a partir das propostas de bases neoliberais vêm agravando a complexidade da realidade oncológica no país.

1.4 Panorama do câncer no Brasil

No que diz respeito à Oncologia, vale ressaltar que o câncer não está relacionado a uma doença nova; contudo, ele ganha cada vez mais relevância pelas transformações ocorridas em seu perfil epidemiológico (INCA, 2006). Atualmente, o conhecimento desenvolvido sobre o câncer contribui para a construção de políticas, bem como de técnicas de prevenção e controle desta patologia.

O câncer refere-se a uma variedade de doenças, portanto o termo utilizado representa um conjunto de mais de 100 doenças com aspectos clínicos e biológicos diversos, cuja característica comum é o crescimento desordenado de células que tendem a invadir outras estruturas orgânicas, como tecidos e órgãos vizinhos.

Estudos divulgados pelo INCA/MS¹⁰ apontam que, geralmente, o processo de formação do câncer acontece lentamente e pode levar vários anos para que uma célula cancerosa se multiplique e dê origem a um tumor visível. O câncer é considerado uma patologia multicausal, ou seja, está associado a causas internas e externas ao organismo humano.

Há algumas décadas, o Brasil vem apresentando uma mudança do perfil de adoecimento da população. Portanto, tem sido observada uma redução da morbimortalidade por doenças infecciosas, passando a haver um predomínio das doenças crônico-degenerativas e de causas externas.

10 Dados referentes ao curso “ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer” : INCA/MS, ano 2011. Disponível em: <https://ead.inca.gov.br>.

Dados divulgados pelo INCA (2019) indicam que o câncer está entre as doenças responsáveis por esta mudança. Este fato pode ser explicado por alguns fatores importantes, dentre eles uma maior exposição dos indivíduos a agentes cancerígenos, através dos atuais padrões de vida (trabalho, alimentação, consumo etc.) e o prolongamento da expectativa de vida, resultando no envelhecimento da população. Estes fatores estão relacionados ao processo de industrialização e ao desenvolvimento da sociedade capitalista, que alteram os hábitos e as relações entre os seres humanos e destes com a natureza. Além destes, há causas internas ao organismo como as predisposições genéticas.

O adoecimento por câncer é considerado, em nossa sociedade, uma das patologias mais graves, por agregar a ideia de risco iminente de morte e o temor de tratamentos agressivos e mutilantes. Em face à gravidade da situação, informações precisas e fundamentadas sobre o câncer possibilitam um acompanhamento adequado por parte dos profissionais de saúde, de maneira mais próxima possível das reais necessidades da população.

A *Revista Rede Câncer*¹¹ informa que o câncer já aparece como a segunda principal causa de morte no mundo, representando 13% do total, ou seja, cerca de oito milhões de pessoas mortas pela doença por ano. Aproximadamente, 13 milhões de novos casos surgem anualmente. Estima-se que serão 17 milhões no final desta década. A revista aponta que no Brasil, o número de novos casos de câncer deve aumentar em cerca de 75% nos próximos 20 anos.

Dados apresentados pelo INCA/MS¹² demonstram que no Brasil, a estimativa para os anos de 2018-2019 aponta para a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma. O cálculo global aponta para a ocorrência de 640 mil casos novos.

O câncer de pele do tipo não melanoma (170 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira. Desconsiderando os casos de câncer de pele não melanoma, estimam-se 420 mil casos novos de câncer, dos quais cerca de 217,27/100 mil para o sexo masculino e 191,78/100 mil para sexo feminino. Em homens, o tipo mais incidente será o câncer de próstata (68 mil), ao passo que nas mulheres predomina o câncer de mama (60 mil). Segundo este estudo, as Regiões

11 Edição nº26 – julho de 2014 – disponível no site www.inca.gov.br. Acesso em 12/02/2019.

12 Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil: INCA/MS, 2017.

Sul e Sudeste concentram 70% dos novos casos, sendo que a Região Sudeste concentra cerca da metade dessa incidência (INCA/MS, 2017).

O adoecimento por câncer envolve uma questão de relevância da saúde pública. Apesar dos avanços técnico-científicos desenvolvidos, que possibilitam a prevenção, a detecção e o tratamento precoce, além da possibilidade de cura de vários tipos de câncer, este aporte não se encontra ao acesso de todos os cidadãos de forma igualitária.

Na assistência prestada às pessoas acometidas por câncer e aos seus familiares, verifica-se a complexidade da experiência de adoecimento por essa patologia. Para uma parcela significativa da população brasileira, o próprio adoecimento é a manifestação da precariedade das condições de vida e de trabalho e das dificuldades de acesso às políticas de proteção social.

Quanto mais avançada a doença, maior é o nível de dependência da pessoa em relação à família e maior é a necessidade de proteção social. Isto torna necessária a identificação das dificuldades que serão enfrentadas por todos os envolvidos no processo saúde-doença deste sujeito, tendo em vista as implicações físicas, sociais, emocionais e econômicas presentes nesta conjuntura.

O estadiamento da doença no momento da definição do tratamento é um dos fatores fundamentais na determinação prognóstica. Deste modo, atrasos que levem à demora diagnóstica e/ou terapêutica permitem o crescimento tumoral com potencial detrimento à saúde da pessoa diagnosticada.

Além disso, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer varia nas diversas regiões do país. Pode-se dizer que a maior demora no diagnóstico está relacionada a estados mais avançados da doença. Quanto mais rápido for o início do tratamento do câncer para tumores iniciais (não-metastáticos), maior é a chance de se estabelecer melhor qualidade de vida e maior a possibilidade curativa da doença.

Kligerman (1999, p. 76) afirma que o câncer é um indicador importante de diferentes graus de desenvolvimento regional do país, na medida em que “os tumores próprios dos adultos jovens (câncer de boca, de pênis e do colo uterino, por exemplo) são mais encontrados nas regiões menos desenvolvidas, porque são mais relacionados com baixas condições socioeconômicas”.

Minayo (2014) considera que o campo da oncologia não se aparta da realidade social. Para a autora, a saúde é uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais. No entanto, as condições de vida e trabalho qualificam de forma

diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito da saúde.

Em relação à população majoritária dos usuários do SUS, é importante enfatizar que estes enfrentam grandes dificuldades no que se refere ao acesso aos serviços de saúde para detecção e tratamento precoce da doença. O acirramento das desigualdades sociais impõe, aos segmentos menos favorecidos socioeconomicamente da população, um processo de pauperização contínua, condicionado por dimensões sociais, econômicas e culturais, nas quais se destaca a precarização das relações e condições de trabalho.

As dificuldades estão relacionadas, também, pela necessidade de terapêuticas especializadas e de alto custo, como a radioterapia, a quimioterapia e as cirurgias complexas, tratamentos que, na maioria das vezes, causam efeitos colaterais debilitantes e exaustivos. Outro fator é a precariedade em relação ao fornecimento adequado à necessidade da população destes tipos de tratamento pela esfera pública. Diante desta conjuntura, fazem-se cada vez mais necessárias ações que possibilitem à população a socialização de informações referentes aos fatores de risco em adoecer e morrer por câncer, assim como a efetivação do acesso aos serviços de proteção, prevenção e tratamento desta doença a partir das políticas públicas.

Ter o diagnóstico de câncer compromete não só os aspectos físicos da pessoa como também os sociais e os psíquicos. Fato que gera várias limitações e dificuldades relacionadas à sua vida: trabalho, família, sexualidade, lazer, dentre outros.

Como reflexos físicos apresentados pela doença, podem-se citar os impostos pelo próprio tratamento. Têm-se: os tumores visíveis, principalmente na região da cabeça e pescoço; a queda de cabelo; o emagrecimento acentuado ou inchaço; a utilização de bolsas de colostomia. Dentre outros aspectos, esses problemas podem gerar reflexos emocionais em seus portadores, como o constrangimento e seu respectivo isolamento social e baixa autoestima.

Desta forma, torna-se necessária uma avaliação dos vários aspectos da vida da pessoa com câncer, ou seja, as dimensões física, cultural, emocional, espiritual, social e econômica. É preciso que o sujeito seja acompanhado por uma equipe multiprofissional e especializada, que será de suma relevância para o enfrentamento da doença por parte de todos os envolvidos: o próprio sujeito e sua família, bem como as pessoas de sua convivência social.

Nesta direção, a atuação dos profissionais de saúde torna-se fundamental não somente no tocante à assistência direta, mas também à prevenção e aos cuidados paliativos na área oncológica. Essa assistência inclui as dimensões de ensino e pesquisa, tendo em vista a luta coletiva pela consolidação dos direitos relacionados à saúde, em consonância com os princípios do SUS, e a luta pela ampliação dos direitos de uma cidadania efetiva.

O contexto contemporâneo exige uma atenção especializada ao acompanhamento do câncer em todo território nacional, tendo como premissa que a promoção da saúde e o diagnóstico precoce podem aumentar as possibilidades de concretização da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer¹³ e, conseqüentemente, diminuir ao máximo a probabilidade de novos casos de câncer no país.

Verifica-se que a política oncológica tem por objetivo principal estruturar a atenção aos usuários da saúde em diversas frentes de organização. Implementar medidas de controle do câncer no Brasil, corresponde, também, à objetivação de ações públicas de ampliação do conhecimento sobre medidas de prevenção, fator primordial, uma vez que o agravo das condições de saúde da população neste campo encontra-se diretamente vinculado a um padrão de vida estabelecido por uma sociedade de consumo.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é considerada um Marco Legal no Brasil, por relacionar questões centrais já presentes nas normativas anteriores, com uma ênfase maior à integralidade do cuidado, bem como por evidenciar à importância da informação em saúde (SILVA et al., 2017).

Diante disso, faz-se necessário submeter o registro profissional na Oncologia à interpretação teórico-crítica, no sentido de se identificar o conteúdo registrado e os nexos existentes que possam contribuir, enquanto conjunto de dados e fonte de conhecimento, para fundamentar condutas na perspectiva da integralidade, conforme já previstas no Sistema Único de Saúde.

13 Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (Ministério da Saúde).

2 SERVIÇO SOCIAL E DOCUMENTAÇÃO

A reflexão sobre a documentação em Serviço Social requer uma aproximação com o debate sobre a profissão e seu processo de desenvolvimento. Neste capítulo, a análise elaborada parte da compreensão do Serviço Social como uma atividade profissional socialmente determinada e integrante da produção coletiva. Neste sentido, serão retomados aspectos históricos da profissão.

Este capítulo, também, contempla a problematização em torno das dimensões que envolvem a objetivação do trabalho das assistentes sociais; portanto, ele apresentará elementos fundamentais para se pensar o exercício profissional por meio das relações sociais. Diante da compreensão de que a documentação se materializa no cotidiano das ações profissionais, é importante destacar a cotidianidade e a questão social, uma vez que suas expressões, o objeto de intervenção profissional, se manifestam no cotidiano profissional. Nesta direção, o relato profissional poderia estar relacionado à identificação e ao registro desses aspectos da profissão?

Isto posto, buscou-se pensar a documentação em Serviço Social, articulada à importância da sistematização do trabalho no âmbito da intervenção profissional, tendo como objetivo a apreensão do registro profissional em prontuário, uma vez que este se constitui em novas requisições colocadas às assistentes sociais, bem como aos demais profissionais de saúde, na esfera dos serviços em Oncologia no Rio de Janeiro.

2.1 Serviço Social: breve histórico da profissão

Foi na década de 30 do século XX que as primeiras escolas nacionais de Serviço Social foram fundadas no Brasil, em São Paulo, no ano de 1936, e no Rio de Janeiro, em 1937. Neste período, o Serviço Social emerge no Brasil como uma das estratégias encontradas para o disciplinamento e controle da classe trabalhadora, tendo em vista a reprodução da ordem burguesa. Pode-se dizer que esse foi um mecanismo encontrado para conter as lutas sociais e para a difusão do ideário capitalista, de forma a alcançar os objetivos de maneira que a utilização da repressão policial e a ação caritativa, típicas da República Velha, não fossem as únicas ações utilizadas para o controle da classe trabalhadora. (CARVALHO, 1980; CASTRO, 2000).

Neste processo, o Estado e a Igreja Católica possuem relevante contribuição. No Brasil, o Serviço Social, em seu processo inicial, incorpora ideais e conteúdos doutrinários do pensamento social da Igreja Católica, que, por referendar o ideário capitalista, não objetivava a superação da ordem social vigente e, logo, optava pela estratégia de harmonização das classes. O Estado, por responder prioritariamente aos interesses da burguesia, política e ideologicamente legitima a profissão no sentido de se controlar o posicionamento da classe trabalhadora.

O Serviço Social brasileiro, do mesmo modo que nos demais países da América Latina, surge como resposta às problemáticas sociais e à presença do movimento operário organizado, a partir de uma articulação entre burguesia, Igreja Católica e Estado, para manter a ordem estabelecida e o desenvolvimento do sistema capitalista (CARVALHO, 1980).

Na Europa, o Serviço Social tem sua origem na sociedade capitalista, especificamente no período conhecido como Capitalismo Monopolista, pelo aumento das funções do Estado. Nesta época, há a predominância dos grandes conglomerados industriais de produção de mercadorias e a intensificação da exploração da força de trabalho. Contudo, estudiosos como Castro (2000) e Carvalho (1980) afirmam que ao se pensar o Serviço Social no Brasil, não se pode desvincular a origem desta profissão da realidade latino-americana e da particularidade do seu desenvolvimento industrial.

Em uma conjuntura conservadora e através do processo de configuração da classe trabalhadora e de seu movimento de reivindicações, o Serviço Social torna-se profissão, na medida em que estratégias são criadas para fins de legitimar os ideais burgueses. Cabe ressaltar que o Estado burguês adquiriu formas variadas em seu processo inicial na Europa. Esse contexto influenciou a criação da profissão no Brasil e na América Latina, especialmente através da influência franco-belga. É importante sinalizar, que o processo de configuração da classe trabalhadora, do Estado e das lutas de classes possui aspectos diferenciados tanto Europa, quanto na América Latina, devido à própria formação social e histórica de cada sociedade.

A origem do Serviço Social, enquanto profissão legitimada nos países latino-americanos, não pode ser limitada à fundação de uma escola de nível superior, pois este fato não equivale à abertura de um processo inicial de uma profissão. Segundo Castro (2000), a fundação da escola de nível superior pode-se configurar como marco de referência, mas não determina toda a sistematização do processo evolutivo. No

Chile, por exemplo, pelos anos de 1920 – período da criação das primeiras escolas de Serviço Social na América Latina –, tem-se um contexto de emergência de novos segmentos das classes sociais sob estímulo das relações de produção no processo de industrialização regional e na implementação de capital norte-americano; ou seja, trata-se da configuração de uma sociedade capitalista dependente, assim como a sociedade brasileira.

De acordo com Castro (2000), um aspecto relevante a ser considerado em relação à origem do Serviço Social na América Latina é a influência dos princípios doutrinários da Igreja Católica na formação profissional das primeiras assistentes sociais, no âmbito técnico e ideológico. A posição da Igreja Católica, expressa nas encíclicas papais *Rerum Novarum*, de 1891, e *Quadragesimo Anno*, de 1931, tornaram-se forte referência na formação em Serviço Social, no que diz respeito à ação e à reforma social. A posição da Igreja Católica é apresentada no sentido de compromisso com as necessidades dos segmentos da classe trabalhadora, porém não há questionamentos por parte da Igreja em relação aos interesses da classe dominante.

A trajetória do Serviço Social brasileiro também está vinculada ao Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), que foi composto em 1932. Com o objetivo de realizar obras sociais mais amplas e organizadas visando o “bem-estar da sociedade”, em São Paulo, grupos de jovens mulheres associadas à Igreja Católica criaram o CEAS, cujas atividades envolviam a formação técnica de suas integrantes, isto é, mulheres com base social de origem burguesa (CASTRO, 2000; IAMAMOTO; CARVALHO 2008). De acordo com Castro (2000, p.103) a primeira escola de Serviço Social no Brasil foi fundada a partir da formação especializada destas mulheres, mediante orientação profissional prestada por assistentes sociais belgas.

Iamamoto e Carvalho (2008, p.169-170) evidenciam que diante de um período de transformações políticas e sociais ocorridas no Brasil, no início da década de 30 do século XX¹⁴, o posicionamento do CEAS pautava-se na necessidade de intervenção nesse processo de mudanças, a partir de “uma perspectiva ideológica e de uma prática homogênea”, segundo os autores. As atividades elaboradas através

14 Contexto do período destacado: grupo da classe dominante pertencente à oligarquia brasileira lança movimento para reaver poder local e nacional, organização de movimentos políticos e ideológicos de direita em reação a antigos grupos dirigentes, bem como preocupação dos conservadores referente à influência “subversiva” em relação ao proletariado nacional (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p.170).

do CEAS foram direcionadas para a ação social junto aos segmentos da classe trabalhadora, por meio de jovens mulheres formadas com base na doutrina social da Igreja Católica.

Diante disso, entende-se que o ensino nas primeiras escolas de Serviço Social foi influenciado pelas escolas europeias, principalmente belgas e francesas (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008).

Já em 1941, após a realização do Congresso Interamericano de Serviço Social em Atlantic City (EUA), é desenvolvida uma relação mais efetiva entre as escolas brasileiras e norte-americanas. A relação estabelecida com as instituições e escolas dos Estados Unidos da América influenciará, também, a formação das primeiras assistentes sociais no Brasil, com a difusão de novas disciplinas e técnicas. Diante desta interação, a formação profissional acrescentará aos estudos sociais uma análise de cunho psicológico, que se adicionará à abordagem e à apreensão moral dos fenômenos sociais de base europeia (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 228-230).

É importante destacar que, em contrapartida ao avanço do capitalismo, há, neste cenário, as mobilizações e a organização da classe trabalhadora, que emergiram com a forte influência das ideias socialistas. Este fato compeliu os capitalistas, em conjunto com instituições como o Estado, à elaboração de repostas a esta realidade social emergente.

Diante do exposto, faz-se necessário enfatizar, de acordo com Netto (1992), que o Serviço Social não foi uma evolução da filantropia, conforme era identificado pelas primeiras estudiosas da profissão no Brasil. Segundo Vieira¹⁵ (1980, p.15), a análise sobre o Serviço Social deveria partir do “estudo das formas passadas de ajuda ao próximo, da caridade, da filantropia [...]”. Contudo, Netto (1992, p.73) destaca que “a profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente a ‘evolução da ajuda’, à ‘racionalização da filantropia’ nem a ‘organização da caridade’ vincula-se à *dinâmica da ordem monopólica*”. Pode-se dizer que a profissionalização foi necessária, a partir da perspectiva da classe dominante, enquanto parte de um conjunto de estratégias favoráveis à dinâmica da sociedade capitalista.

Quando se trata do processo de construção e legitimação do Serviço Social latino-americano, pode-se dizer que, a partir da década de 1960, a organização e a

15 Balbina Ottoni Vieira foi uma das primeiras assistentes sociais formadas no Brasil. Sua graduação e seu mestrado foram pela Escola de Serviço Social da PUC/RJ. Além do Brasil, realizou estudos e trabalhos em países como os EUA, Alemanha e Venezuela (VIERA, 1980).

mobilização de parte expressiva da categoria profissional possibilitaram a elaboração de um movimento de crítica e reflexão sobre a conjuntura específica da profissão e do contexto socioeconômico vivenciado.

Desta forma, tem-se o Movimento de Reconceituação Latino-americano do Serviço Social, que surge com base no contexto histórico que atravessavam os sujeitos desta região. Em relação a este movimento, Ortiz (2010) afirma:

O processo de reconceituação proporcionou ao Serviço Social, portanto, o enfrentamento crítico em relação à profissão, no que diz respeito ao seu caráter tradicional e conservador.

Questionavam, portanto, a condição e a posição dos países latino-americanos no contexto de dominação burguesa, está fundamentada no grande monopólio internacional. Ou seja, pode-se afirmar que a Reconceituação foi, indubitavelmente, um fenômeno organicamente vinculado à conjuntura da sua época marcada mundialmente por uma crise sem precedentes da ordem capitalista em sua fase monopólica (ORTIZ, 2010, p. 162).

O movimento de reconceituação provocou, nos espaços profissionais, inúmeros questionamentos. Este fato incentivou um posicionamento crítico em relação ao Serviço Social e à lógica capitalista. O processo de reconceituação do Serviço Social na América Latina impulsionou alterações qualitativas para a formação das assistentes sociais. Fundamentadas neste movimento, elaborações teórico-práticas foram reorientadas e houve transgressão da hegemonia conservadora na profissão. Contudo, a ruptura teórica e ético-política de segmentos importantes da categoria com o conservadorismo não significou a erradicação de tendências conservadoras no âmbito do Serviço Social como um todo (NETTO, 2008).

No Brasil, ocorreu o movimento denominado renovação do Serviço Social e Netto (2009) ao analisar este fenômeno, destaca três perspectivas de renovação do Serviço Social brasileiro. A primeira refere-se à “perspectiva modernizadora”, que realiza um recurso ao estrutural-funcionalismo. A segunda perspectiva foi a “reatualização do conservadorismo” e tem por base a fenomenologia. A terceira recebe a denominação de “intenção de ruptura”. Esta encontra-se relacionada com teoria marxista. Este último movimento de renovação significa um marco importante para a categoria profissional.

Nesta terceira perspectiva, há uma aproximação do Serviço Social com a teoria social crítica. Ocorre um movimento de ideias que visa à renovação da profissão diante dos acontecimentos sociais que ocorreram no Brasil a partir da ditadura militar

e tem como objetivo principal romper com as perspectivas conservadoras do Serviço Social. No que se refere ao posicionamento ético-político da academia e das entidades representativas da categoria, há uma mudança significativa referente aos princípios progressistas incorporados, enquanto base dos conceitos, concepções e posicionamento coletivo da profissão.

Portanto, quando se busca compreender a trajetória da profissionalização do Serviço Social, faz-se necessário enfatizar que o processo em que se constrói os movimentos interpretativos em relação à profissão, tanto no âmbito de sua intervenção quanto no da explicação da realidade social, configura-se permeado por tensões, contradições e expressões acerca de seu período histórico (YAZBEK, 2009).

A profissionalização do Serviço Social configurou um processo com desdobramentos em sua ação política, teórica e metodológica. Este processo repercute nas condutas e tendências, fato que pode influenciar os aspectos que envolvem o registro profissional, ao longo da construção e legitimação do trabalho profissional, uma vez que o registro, também, passa pela intenção do objetivo da intervenção profissional.

2.2 Reflexões sobre o Serviço Social: um debate fundamental

Prosseguindo com este rumo de análise e diante da perspectiva de se pensar o trabalho como uma relação social, de acordo com a teoria marxista, é fundamental recorrer a Iamamoto (2008) para a compressão do Serviço Social, pois a autora elabora a análise da profissão a partir da ótica da totalidade, considerando a dinâmica de produção e reprodução social. Assim, destaca-se que:

Trata-se, portanto, de uma totalidade concreta em movimento, em processo de estruturação permanente. Entendida dessa maneira, a reprodução das relações sociais atinge a totalidade da vida cotidiana, expressando-se tanto no trabalho, na família, no lazer, na escola, no poder etc., como também na profissão (IAMAMOTO, 2008, p.73).

Ao se apropriar da categoria trabalho para explicar o Serviço Social, Iamamoto (2008) elucida que a profissão se encontra relacionada à manutenção do modo de vida capitalista, que se baseia na existência da dominação de uma classe social sobre a outra, para fins de garantir a produção e reprodução do capital.

Assim, o ato de produzir mercadorias na sociedade capitalista constitui-se de um ato social determinado, ou seja, da produção, também, de relações sociais. E pela

intenção de conservação das relações de dominação presentes nesta organização social, várias instituições são criadas e modificadas, de acordo com os interesses da classe imperante.

Quando se fala deste ponto de análise, cabe observar que a teoria marxista aborda o processo de trabalho em geral como dinâmica que envolve ideação, atividade e meios. Independentemente da estrutura social, este processo diz respeito à atividade do ser humano que transforma a natureza e, assim, transforma a si mesmo desenvolvendo suas habilidades e competências (MARX, 2017).

Já na forma capitalista, o controle do saber do trabalho (os instrumentos, a ordem das atividades, os objetivos) está sob domínio dos capitalistas. Neste caso, os trabalhadores encontram-se subordinados ao controle da burguesia. O produto deste processo não pertence ao produtor por direito, mas sim é propriedade do capitalista. Logo, o processo de trabalho torna-se uma forma de controle da força de trabalho para a produção de mercadorias, tendo como objetivo a valorização do capital em benefício da burguesia (MARX, 2017).

Com a Revolução Industrial, e, conseqüentemente, com a inserção da máquina, os empregadores (os burgueses) conseguem extrair dos trabalhadores o conhecimento em relação a todo processo de produção. Para Karl Marx (2017), a Revolução Industrial foi um longo e incessante processo de transferência objetiva de conhecimento produtivo, que passava do âmbito do trabalho para a esfera do capital, quando o trabalho passa a ser o principal responsável pela agregação de valor e pela produção de valor excedente na sociedade capitalista.

De acordo com Marx (2017), diferentemente das outras mercadorias, a força de trabalho pode produzir *mais-valia* e este valor de uso é o que motiva o capitalista a controlar cada vez mais o tempo gasto na produção, a orientar a lei das trocas, a vigiar o exercício das atividades. Assim sendo, a vida mercantil se constrói em torno das relações de troca.

Na análise de Marx, a divisão social do trabalho é condição para que exista a produção de mercadoria, embora a produção de mercadoria não seja condição necessária para a existência da divisão social do trabalho. Conseqüentemente, há a especialização de funções em termos de execução de tarefas na produção.

Marx (2017, p. 391) destaca que “a cooperação fundada na divisão do trabalho adquire sua forma clássica na manufatura”. Os ofícios independentes foram perdendo a capacidade de realização de todas as ações envolvidas nos seus ofícios. A produção

foi sendo dividida em diversas operações especializadas. Assim, cada função foi passando a ser exercida por uma só pessoa e a totalidade da produção foi sendo realizada pelo conjunto da classe trabalhadora de forma parcial. E esta organização mantida sob o comando e controle do capitalista.

Diante da trajetória da esfera da produção, bem como da esfera da reprodução, pode-se dizer que as tarefas foram sendo cada vez mais subdivididas e cada nova subdivisão foi transformada em função exclusiva de um sujeito determinado (MARX, 2017, p. 393). Assim, os trabalhadores tornam-se tão especializados que passam a exercer funções apenas parciais, no que se refere à totalidade do processo de produção e reprodução.

Submeter as pessoas a operações parciais e limitadas proporciona aos capitalistas a produção em menos tempo, ou seja, eleva-se a força produtiva do trabalho. Este processo provoca, também, o aperfeiçoamento dos métodos destas funções exclusivas de um indivíduo, que favorece a valorização do capital, pois define o tempo social mínimo necessário para a produção de determinada mercadoria.

Diante do exposto, para melhor expressar este mecanismo, destacam-se as afirmações de Marx de que “a divisão social do trabalho constitui o fundamento geral de toda a produção de mercadoria” (2017, p. 406). Assim, ela “surge através da troca entre ramos de produção que são originalmente diversos e independentes entre si” (2017, p. 407). Portanto, “só o produto coletivo dos trabalhadores parciais se transforma em mercadorias. A divisão do trabalho na sociedade se processa através da compra e venda dos produtos dos diferentes ramos do trabalho” (2017, p. 410).

Os trabalhadores encontram-se subordinados e não possuem o controle de todo o processo de produção. Logo, ao participar parcialmente desta dinâmica, o sujeito não se reconhece no produto final, o que dificulta tomar o que lhe pertence, ficando sob domínio dos capitalistas.

No entanto, mudanças históricas acontecem no interior das estruturas produtivas, evento que repercute nas novas formas de organização e tipos de trabalho. Iamamoto (2008) afirma que o Serviço Social não está isento dessas alterações. Isto ocorre pelo fato do trabalho das assistentes sociais se constituir enquanto especialização do trabalho coletivo, inserido na divisão social e técnica do trabalho.

Poder-se-ia afirmar que o Serviço Social, como profissão inscrita na divisão social do trabalho, situa-se no processo da reprodução das relações sociais,

fundamentalmente como uma atividade *auxiliar e subsidiária no exercício do controle social na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora* (IAMAMOTO, 2008, p. 93-94).

Desse modo, as assistentes sociais, ao participarem do processo de produção e reprodução das relações sociais, interferem não apenas na produção de mercadorias, mas contribuem para a reprodução da condição de existência da classe trabalhadora. Ou seja, participam na esfera ideológica de dominação de uma classe sobre a outra, mesmo que seja de maneira inconsciente.

Assim, pensando o Serviço Social a partir da divisão social e técnica do trabalho, a autora afirma sua preocupação com o “significado social da profissão no processo de reprodução das relações sociais” e situa a profissão enquanto “especialização do trabalho coletivo”. Neste sentido, ela apresenta o “caráter contraditório do Serviço Social, derivado do caráter das relações sociais, enquanto relações de classes, que constituem a sociedade capitalista” (IAMAMOTO, 2008, p. 93-94).

Na sociedade capitalista, a produção da existência cria algo material, bem como produz valores e ideias, porém, esta produção da vida está subordinada à produção da mercadoria. Logo, as assistentes sociais ocupam um lugar concreto e específico na divisão do trabalho.

Na produção capitalista produz-se mercadoria, contudo, também há a produção de serviços. Neste sentido, um dos elementos que caracterizam o trabalho das assistentes sociais consiste no fato de que, diante do processo de trabalho coletivo no âmbito social, elas participam com outros trabalhadores da prestação de serviços sociais. Estes serviços constituem-se como forma de materialização dos direitos sociais.

Pensar o trabalho das assistentes sociais na sociedade burguesa é considerar que se vive em uma sociedade de classe. O Serviço Social ocupa uma função na estrutura de dominação de uma classe sobre a outra, o que significa que a profissão está inserida no movimento geral e expressões dos interesses de classes, sob a condição de trabalhador assalariado (IAMAMOTO, 2008).

Iamamoto (2008) destaca a necessidade de se pensar o exercício profissional por meio das relações de trabalho em que se inscreve enquanto profissional assalariado. Apesar de possuir uma certa autonomia, ser instituído como uma profissão de nível superior, o assalariamento impõe limites para a profissão. O Serviço

Social possui um trabalho de cunho liberal, mas efetivamente ele não se consolida desta forma, pois o principal meio de trabalho, majoritariamente, são as políticas sociais, portanto a assistente social não detém os principais meios de produção, pois estes meios encontram-se sob domínio e controle do seu empregador.

Segundo Iamamoto (2008), embora o Serviço Social seja regulamentado como uma profissão liberal, a assistente social constitui-se enquanto profissional especializada, que necessita vender sua força de trabalho para garantir sua sobrevivência. Isto significa dizer que o Serviço Social faz parte das relações mercantis que configuram a sociedade capitalista. Logo, “o assistente social não detém todos os meios necessários para efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo” (IAMAMOTO, 2008, p.63).

Enquanto parte constituinte da classe trabalhadora, as assistentes sociais também dependem, fundamentalmente, do salário adquirido mediante a venda de sua força de trabalho especializada, para fins de sua sobrevivência e reprodução. As assistentes sociais configuram-se como trabalhadoras assalariadas, uma vez que não possuem todos meios essenciais para efetivação do seu trabalho. Pode-se dizer que o Serviço Social mantém alguns elementos característicos de um profissional liberal, como a existência de uma relativa autonomia que as assistentes sociais exercem, quanto à forma de condução do atendimento prestado aos usuários das políticas sociais, de acordo com os estatutos legais e éticos¹⁶ que regulamentam a profissão.

A condição assalariada envolve as exigências institucionais e trabalhistas que regulam a relação de trabalho, subordinando a realização das atividades a imposições de intensidade, jornada, salário, controle do trabalho e índices de produtividade. No âmbito do trabalho coletivo, as funções e atribuições estabelecidas, que condicionam o conteúdo do trabalho, impõem limites e estabelecem possibilidades à realização dos pressupostos profissionais do Serviço Social (IAMAMOTO, 2011).

Assim, sua inserção sócio-ocupacional realiza-se através da relação de compra e venda de sua força de trabalho. Portanto, diante da autonomia relativa das assistentes sociais, há um esforço coletivo da profissão referente à capacidade

16 Ação profissional regulamentada por um código de ética, conselhos profissionais (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social – CFESS/CRESS), legislação específica da profissão (lei n. 8.662, de 07 de julho de 1993) e projeto de formação profissional (diretrizes curriculares aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABPESS).

teórica, técnica, metodológica, ética e política voltada para a apreensão da realidade. Este quadro configura-se como uma abordagem essencial para posicionar e direcionar a profissão, diante dos desafios impostos pela dinâmica capitalista à vida em sociedade.

Considerando o âmbito de atuação, o trabalho realizado pelas assistentes sociais integra processos de trabalho coletivo no campo das instituições públicas e privadas. As assistentes sociais prestam serviços sociais diretamente e atuam nas atividades de assessoria, gerência, controle e intermediação destes serviços em consonância com as políticas públicas de saúde e de assistência social por exemplo. (ALENCAR; ALMEIDA, 2012).

Logo, Lamamoto (2001) enfatiza que as condições e relações de trabalho em que estão inseridas as assistentes sociais são diversas e múltiplas, envolvem a esfera pública, privada e filantrópica, dentre outras. Esta diferença envolve contratos distintos e relações com sujeitos sociais diferenciados. Este contexto envolve limites e possibilidades ao trabalho das assistentes sociais, que redimensionam as formas em que se apresentam o seu significado social.

Cabe enfatizar que o trabalho profissional se inscreve em um fluxo de prestação de serviços sociais, que não elimina sua autonomia técnica, mas que sobre ela incide determinações do mundo do trabalho, da racionalidade do Estado, das práticas e saberes institucionais e da dinâmica do trabalho coletivo.

Assim, atuando no âmbito dos serviços sociais, a partir da divisão social e técnica do trabalho, as assistentes sociais realizam atividades relacionadas aos direitos sociais; neste sentido, o trabalho profissional encontra-se vinculado às necessidades sociais decorrentes da questão social. Considerando a questão social como objeto de ação do Serviço Social, cabe elucidar seu significado, uma vez que suas expressões, clássicas e contemporâneas, repercutem diretamente no trabalho das assistentes sociais e estas expressões poderiam mostrar-se nos relatos profissionais registrados em documentações representativas do Serviço Social.

2.3 Apontamentos sobre o objeto de intervenção profissional: a questão social

Para melhor entender o objeto de intervenção do Serviço Social, faz-se necessário destacar que o capitalismo possui a contradição típica de seus mecanismos de produção e reprodução das relações sociais. Desse modo, no

processo de acumulação e concentração de capital, o capitalismo desenvolve-se a partir da desigualdade entre proprietários e não proprietários, bem como produz a desigualdade social.

Em oposição a esta desigualdade e suas consequências, tem-se a mobilização e a revolta da classe trabalhadora, que se opõe às barbáries desta desigualdade. É exatamente esta relação que produz a questão social. Netto (2001) evidencia que a expressão “questão social” surge enquanto termo, inicialmente, para designar a pauperização da população trabalhadora, efeito da industrialização que ocorria na Europa Ocidental no final do século XVIII em função do desenvolvimento do capitalismo.

Iamamoto (2008) afirma que a questão social “é expressão do processo da produção e reprodução da vida na sociedade burguesa, da totalidade histórica concreta”, além de ser “apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (2008, p.27).

A autora enfatiza, também, que a questão social é algo para além do pauperismo. Significa um complexo amplo que envolve dimensões políticas, sociais, econômicas, ideológicas e culturais da sociedade capitalista. A questão social é considerada como resultado da exploração do trabalho pelo capital. Logo, “a gênese da questão social na sociedade burguesa deriva do caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho” (IAMAMOTO, 2011, p.156).

Tendo em vista a concentração e a acumulação de capital, a riqueza socialmente produzida não é distribuída de forma igualitária no capitalismo. Se os seres humanos possuem necessidades equivalentes, mas a maioria expressiva da população não tem meios materiais e espirituais para supri-las, tem-se como resultado desta lógica uma deplorável desigualdade social. E suas expressões manifestam-se na dinâmica da sociedade como miséria, violência, analfabetismo e fome, dentre outras.

Embora houvesse, ao longo da história da humanidade, desigualdade entre as camadas sociais, a generalização da pobreza provocada pelo capitalismo era algo novo na trajetória das sociedades. Assim é que “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p.42).

No início do capitalismo, a degradação da humanidade não era colocada em questão pelos detentores do poder. Esta degradação torna-se pleito na sociedade e, conseqüentemente, vira questão social (dimensão ampla e pública), a partir da organização dos segmentos da classe trabalhadora que sofrem diretamente com tal aviltamento. Esta classe vai contra e torna pública a lógica burguesa de exploração do trabalho e dos trabalhadores. Ou seja, a expressão “questão social” ganha visibilidade no momento em que a luta de classes foi vista como ameaça, por conta do protagonismo da classe operária, que representava preocupação à ordem burguesa em meados do século XIX.

A questão social está associada à mobilização da classe trabalhadora contra a exploração burguesa. Ao ingressar no cenário político, por meio de lutas pelos seus direitos reconhecidos pelo Estado, a classe trabalhadora organizada passa a representar risco à ordem burguesa.

A ameaça de superação da ordem burguesa provoca, por sua vez, a reação da classe dominante, que passa a considerar as conseqüências da desigualdade como questão social a ser administrada de forma conjunta com o Estado, de modo que não prejudicasse o desenvolvimento do sistema capitalista.

Netto (2001, p.44) enfatiza que as expressões da questão social – fome, desemprego, desamparo etc. – são colocadas como desdobramentos da sociedade moderna. E as respostas para este fenômeno, segundo o pensamento conservador, são as medidas que visam a diminuir seus agravantes. A solução seria, portanto, uma “reforma moral do homem e da sociedade”. Não há a problematização da dinâmica socioeconômica capitalista, mas sim, uma ação moralizante que não inviabilize a propriedade dos meios de produção. A saída proposta é através de um “reformismo para conservar”.

Diante das dimensões da desigualdade social, os capitalistas tomam como estratégia a manutenção da questão social. Para tal, a burguesia, junto ao Estado, legitima instituições que contribuem para manter a classe trabalhadora sob controle. Assim, surge, como já citado, dentre outras profissões, o Serviço Social, como uma das alternativas de manutenção e desenvolvimento da lógica capitalista (NETTO, 2001).

Ao considerar a atualidade, lamamoto (2011, p.142) sinaliza que “novas mediações históricas reconfiguram a questão social na cena brasileira contemporânea no contexto da mundialização do capital”.

Diante do quadro de predomínio dos projetos neoliberais, dá-se a afetação de todas as dimensões da vida social, isto é, a exploração e a desigualdade manifestam-se na política, na economia, na cultura, na educação etc. Desta forma, a questão social assume novas expressões produzidas na banalização da vida humana. Nesta direção, o Serviço Social depara-se com situações intensificadas de violência, discriminação étnico-racial e de gênero, degradação do meio ambiente, disparidades econômicas, políticas e culturais, desemprego, dentre outras.

No que se refere à profissão, dentro desta perspectiva, é ponto de consenso que o Serviço Social tem a questão social, ou melhor, suas expressões como seu objeto profissional. A ação profissional está diretamente implicada ao conjunto destas expressões, cuja materialidade encontra-se relacionada às premissas que envolvem questões como as de gênero, etnia, crianças, adolescentes, idosos, população em situação de rua e população carcerária.

Deste modo, é no contato direto com a realidade que a profissão busca explicar e intervir em relação as demandas apresentadas pela população com base em sua direção social. Por isso, considerando-se que o objeto de intervenção do Serviço Social são as expressões da questão social, uma abordagem crítica de espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social é fundamental frente aos desafios impostos pelas propostas contrárias aos interesses da classe trabalhadora, que repercutem em áreas como o campo da política pública de saúde.

Portanto, é no cotidiano profissional das assistentes sociais que as expressões da questão social se materializam. Suas manifestações na vida concreta da população atendida pelo Serviço Social é objeto de intervenção profissional, nos espaços de atuação destas profissionais.

Assim sendo, para efetivação da intervenção profissional, as assistentes sociais mobilizam todo o acúmulo coletivo de conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Logo, é indispensável a reflexão sobre o instrumental técnico operativo utilizado por estas profissionais diante de desafios tão complexos presentes na realidade social contemporânea.

Nesta direção, o registro profissional expressa formas particulares de apreensão destas expressões. É oportuno dizer que estas particularidades adquirem significado na totalidade da vida social; logo, é através da sistematização que se abre a possibilidade de apreensão deste processo, visto que, conforme as elucidações de Almeida (2006), a sistematização:

trata-se, na verdade, de um esforço crítico, de natureza teórica, sobre a condução da atividade profissional, constituindo-se como um esforço problematizador sobre suas diferentes dimensões em relação às expressões cotidianas da realidade social, mediatizadas pelas nas instituições e, sobretudo, pelas disputas societárias (ALMEIDA, 2016, p. 4-5).

Neste caso, a sistematização é uma estratégia fundamental para viabilização da reflexão teórica sobre as dimensões da atividade profissional, como por exemplo, determinados instrumentos de trabalho (ALMEIDA, 2006).

2.4 A Documentação em Serviço Social

Em se tratando de estudos sobre a realidade cotidiana das assistentes sociais em seus campos de atuação, é preciso considerar alguns elementos importantes presentes no desenvolvimento de suas atividades profissionais no atendimento à população, no sentido de fomentar a reflexão sobre o Serviço Social na contemporaneidade e os rumos desta profissão diante da complexidade atual da sociedade brasileira e de suas instituições.

Quando se pensa no trabalho realizado pelas assistentes sociais, busca-se uma aproximação com a dimensão técnico-operativa sem desconsiderar as dimensões ético-política e teórico-metodológica, haja vista que estas se expressam de forma indissociável.

A compressão dos desafios que se objetivam no cotidiano está relacionada à importância da análise crítica sobre o trabalho desempenhado no âmbito do Serviço Social. E o que se passa no cotidiano? Diante de várias vertentes teóricas que apresentam suas reflexões acerca desta esfera, diretamente associada ao modo de ser e reproduzir-se do ser social, o fato é que a importância do cotidiano para a produção do conhecimento sobre a realidade concreta é algo praticamente irrefutável.

Todos os estudos sobre a vida cotidiana indicam a complexidade, contraditoriedade e ambiguidade de seu conteúdo. E o que é mais importante, a vida de todos os dias não pode ser recusada ou negada como fonte de conhecimento e prática social (BRANT CARVALHO, 2007, p.15).

Netto (2007) esclarece, com base no pensamento de Lukács¹⁷, que “não há sociedade sem cotidianidade, não há homem sem vida cotidiana” (2007, p.66). A vida

17 György Lukács foi filósofo, historiador, crítico literário e influente marxista do século XX.

cotidiana existe em todas as sociedades e em cada uma delas configura-se de forma distinta.

Para compreender em profundidade os aspectos significativos da cotidianidade, é preciso realizar uma análise crítica implicada às categorias de totalidade e de mediação em Marx, considerando a vida cotidiana enquanto parte de um processo histórico, caminho que possibilita o desvelamento da estrutura da vida cotidiana contemporânea (NETTO, 2007).

Nesse sentido, independentemente da posição que se ocupa na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista, todos os seres humanos participam da vida cotidiana, que possui aspectos relacionados ao seu caráter heterogêneo, como a organização do trabalho, o lazer, as atividades sociais etc (HELLER, 1992). No cotidiano experimentam-se tensões, conflitos, posições ideológicas, mudanças e crise. Dito isso, leva-se à compreensão de que a cotidianidade é histórica, constituindo-se enquanto resultado das relações sociais.

É importante recorrer a Pais (2003) para ratificar a relevância da cotidianidade na construção das relações sociais. Para este autor, a vida cotidiana não se constitui simplesmente das ações e dos pensamentos contínuos. A cotidianidade “não se reduz ao que repetitivamente se passa, dia a dia, de forma rotineira e passiva” (PAIS, 2003, p. 78). Essa ponderação é fundamental para a compreensão da cotidianidade, visto que “a análise crítica do cotidiano implica uma perspectiva histórica”. O cotidiano é o presente, é o atual e a contemporaneidade é um produto histórico (PAIS, 2003, p. 83).

Referente ao período atual, a vida cotidiana está relacionada à totalidade mais ampla, isto é, a sociedade contemporânea capitalista. Este fato ressalta que o cotidiano é fonte permanente de investigação e pesquisa, tanto no que diz respeito aos intelectuais que buscam compreendê-la, quanto a grupos dominantes que objetivam controlá-la, conforme suas conveniências particulares correspondentes a seus interesses de classe.

Brant Carvalho (2007, p.20) aponta que a vida cotidiana é considerada pelo Estado-Nação e pelas forças capitalistas como fonte de exploração e espaço a ser controlado, organizado e programado. Contudo, cabe destacar que o cotidiano é, também, âmbito onde se encontram ações e forças de resistência a esta dinâmica de manipulação e controle.

De acordo com a análise de Netto (2007), a superação da cotidianidade¹⁸ dá-se por meio das objetivações constituintes das esferas do trabalho criador, da arte e da ciência. Pode-se dizer que, mediante estas objetivações, é possível alcançar a reflexão sobre a vida cotidiana e seus processos, avançando-se, portanto, para além do entendimento oriundo do senso comum, o que permite o desenvolvimento do ser social.

Desta forma, o trabalho das assistentes sociais realiza-se no cotidiano dos grupos sociais assistidos pelas políticas públicas e sociais. E se o cotidiano pode ser considerado como alavanca do conhecimento, logo, fundamental se faz, a partir do cotidiano profissional para compreensão da profissão, mediante sistematização das atividades do Serviço Social realizada a partir do atendimento direto aos usuários.

No âmbito do cotidiano profissional das assistentes sociais, regularmente, elas organizam os procedimentos de registro das atividades profissionais em instrumentos e documentações que expressam as ocorrências, as abordagens individuais ou grupais, bem como as reuniões de equipe de Serviço Social. Contudo, não há, acerca de tais procedimentos, a mesma constância no que diz respeito à preocupação investigativa. Em muitas ocasiões, o registro permanece apenas enquanto elemento de mera burocracia inerente à instituição onde atua o profissional (ALMEIDA, 2009).

Historicamente, as assistentes sociais dedicaram-se à produção de informações em torno de suas ações profissionais e à organização das mesmas em seus campos de atuação. Contudo, a preocupação com a dimensão investigativa sobre os processos de sistematização do trabalho não obteve significativa mobilização (ALMEIDA, 2009, p. 400). Limites compreendidos em consonância com a trajetória de desenvolvimento da profissão.

Com base nas produções do CELATS (Centro Latino-americano de Trabalho Social), Almeida (2009) destaca que a sistematização corresponde a procedimentos investigativos que tomam a ação profissional como objeto de reflexão, sendo também entendida como processo de organização teórico-metodológico e técnico-instrumental da ação profissional em Serviço Social.

Netto (1989) elucida que, a partir da compreensão da profissão oriunda da divisão social e técnica do trabalho, a sistematização é pensada enquanto saber teórico constituído e construído pela profissão. Assim, ela mostra-se como mecanismo

18 As determinações fundamentais da cotidianidade, de acordo com Lukács, são: a heterogeneidade, a imediatividade e a superficialidade (NETTO, 2007, p.66-67).

para indicar a necessidade de “novos aportes teóricos, para sinalizar a existência de lacunas no acervo de conhecimento e de técnicas, para sugerir a emergência de fenômeno e processos eventualmente inéditos [...]”, bem como, refere-se enquanto procedimento profissional necessário para indicar “padrões de conduta institucional eficazes e para regularizar e normatizar a reprodução da categoria profissional” (NETTO, 1989 p. 151).

De acordo com Almeida (2009, p. 401), é a pertinência da realização de esforços voltados para o processo de sistematização, no que diz respeito à realidade social e as respostas profissionais elaboradas, que determinam a atividade do Serviço Social, de forma ampla.

O esforço de sistematização como um componente central do trabalho do assistente social não significa, portanto, apenas a geração de dados e informações, mas um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa (ALMEIDA, 2009, p.403).

A realização de um esforço teórico sobre a condução da atividade profissional é fundamental para o Serviço Social, uma vez esse esforço que possibilita a problematização das diferentes dimensões em relação às expressões cotidianas da realidade social. A reflexão teórica direcionada ao trabalho das assistentes sociais põe em curso a atualização da profissão no que se refere à dinâmica da sociedade.

A importância da sistematização tanto se encontra na dimensão coletiva e histórica da profissão quanto na própria condução do trabalho em si. Vale ressaltar a ponderação diante desta questão. Veja-se:

Uma reflexão sobre certos instrumentos de trabalho, sobre a pertinência dos mesmos aos objetivos propostos e ao aporte teórico-metodológico utilizado, assim como a experimentação de novas técnicas, não como opções restritivas ao âmbito das opções metodológicas, mas como possibilidades ancoradas nas tensões entre o projeto e as opções profissionais, com suas nuances éticas, políticas e teórico-metodológicas, e a dinâmica da produção e da reprodução social que determinam as condições efetivas e nosso trabalho (ALMEIDA, 2009, p.403).

Voltando-se para os aspectos que envolvem a profissão e as instituições em que as assistentes sociais atuam e destas instituições em relação à sociedade, a sistematização implica na perspectiva de superação da alienação que permeia o trabalho. Desta forma, a postura crítica permite direcionar a ação profissional de forma ética e reflexiva, incluindo os resultados da ação profissional enquanto objeto de reflexão.

Neste sentido, a sistematização é uma parte fundamental das elaborações teóricas relacionadas às atividades profissionais, uma vez que ela possibilita o entendimento e a significação dos fundamentos da profissão e de seus campos de atuação. É preciso reconhecer que a sistematização é parte integrante do trabalho das assistentes sociais, portanto ela deve ser incorporada ao cotidiano profissional da dimensão investigativa do Serviço Social.

Ao pensar a sistematização, chega-se à observação que esta, também, favorece o processo de reflexão contínua em relação às respostas desenvolvidas pelas assistentes sociais, diante das demandas que se apresentam no âmbito das instituições em suas relações com a dinâmica do ser social (ALMEIDA, 2009, p. 407).

Desta maneira, é relevante considerar que, perante a necessidade permanente de reflexão crítica, no que se refere aos avanços do Serviço Social, a sistematização pode, ainda, constituir-se enquanto estratégia fundamental na socialização das experiências profissionais, visto que há uma ausência do resgate das experiências que ilustram a riqueza dos procedimentos utilizados pelas assistentes sociais em vários de seus espaços socio-ocupacionais.

Diante dos aspectos contemporâneos presentes nas áreas onde se efetiva o trabalho das assistentes sociais, isto é, o uso de novas tecnologias e novos instrumentos de registros, leva-se a provocação da necessidade de fomentar discussão em torno das tradicionais e novas dimensões de registro da atividade profissional e do instrumental técnico-operacional em Serviço Social, no sentido dos instrumentos, técnicas e documentação utilizados pelas assistentes sociais no cotidiano profissional.

Os instrumentos relacionados ao Serviço Social estão, fundamentalmente, interligados às condições objetivas do trabalho das assistentes sociais, bem como aos tipos de demandas que se apresentam e às respostas profissionais elaboradas. A escolha e a utilização dos instrumentos exigem um conhecimento consolidado sobre o Serviço Social, sobre as instituições empregadoras e sobre a população usuária dos serviços prestados pela categoria (SANTOS; NORONHA, 2016).

Em relação à documentação em Serviço Social, observa-se que, em alguns momentos, ela é entendida pelas profissionais como um instrumento de cunho meramente administrativo, cumprindo assim uma função estritamente burocrática. Porém, a documentação dispõe de aspectos importantes que a torna fundamental para a compreensão da profissão, além de contribuir para seu desenvolvimento

(MARCONSIN, 2016). Isso significa que a documentação cumpre uma relevante tarefa quando compreendida no sentido de base para análise, de intervenção na realidade e de produção de conhecimento.

Documentar constitui uma ação para além da simples rotina de se obter informações e registrá-las. De acordo com Marconsin (2016, p.105) documentar “é relacionar e interpretar diversos dados e fatos, é refletir para agir, é relacionar-se com o conhecimento, é parte da produção de conhecimento”.

Diante da relevância para a profissão, a atenção que envolve a documentação em Serviço Social não é fato recente. No processo de renovação do Serviço Social brasileiro, isto é, referentes à perspectiva modernizadora¹⁹ e à reatualização do conservadorismo²⁰, a documentação já era tida como objeto de análise. Assim, na década de 70 do século XX, Vieira (1979, p. 158), uma das precursoras do Serviço Social no Brasil, afirma que “a documentação não é apenas o registro das observações e atividades, mas um instrumento de análise, confronto, avaliação e conclusão”.

O entendimento construído de que a documentação significa um instrumento para além de um simples registro de informações mantém-se até a atualidade, porém há algumas diferenças referentes a sua utilização, por conta das renovações introduzidas em relação às dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operacional, ocorridas após o movimento denominado intenção de ruptura, já citado anteriormente e o constante desenvolvimento da profissão através de suas pesquisas, encontros e discussões.

A preocupação em relação à documentação estava inscrita no que Vieira (1979) destacou em suas reflexões, em torno do que era sistematizado pelas assistentes sociais. Veja-se:

19 Definida como a primeira concepção do processo de renovação do Serviço Social brasileiro, a perspectiva modernizadora pautou-se no esforço de adequar a profissão, suas técnicas e metodologias, às demandas oriundas da conjuntura social, política e econômica, efeitos da ditadura militar, iniciada na década de 1960. Seus fundamentos estão pautados nos textos dos seminários de Araxá e Teresópolis (encontros históricos da categoria profissional, ocorridos em 1967 e 1970, respectivamente, organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social – CBCISS). Seus aportes intervenientes e integradores estão ancorados no estrutural-funcionalismo norte-americano (NETTO, 2008).

20 A reatualização do conservadorismo trata-se da vertente vinculada ao segmento mais conservador da profissão, resistente às inovações introduzidas pela perspectiva modernizadora. Buscou-se romper com o viés tradicional da profissão, incorporando uma base fenomenológica. Contudo, manteve-se um posicionamento influenciado pela tradição católica (NETTO, 2008).

Para a boa organização e o aperfeiçoamento de seus trabalhos, o Serviço Social precisa registrar suas observações e atividades: problemas encontrados, progresso dos indivíduos, grupos e comunidades, atividades desempenhadas e resultados obtidos (VIERIA, 1979. p.158).

Para Vieira²¹ (1979), a documentação do Serviço Social começou a ser elaborada no século XIX, a partir da criação das organizações de caridade na Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos da América. Contudo, o estudo e sistematização desta documentação foram iniciados somente no século XX.

As pioneiras, com base em uma vertente conservadora, definiram a sistematização como um eixo central para o trabalho das assistentes sociais, tendo em vista a legitimidade e a especificidade da profissão. Os instrumentos e técnicas utilizados eram dispostos enquanto estratégia, como um saber específico do Serviço Social. Portanto, nos primórdios da profissão, a documentação deveria conter elementos suficientes de tudo que era realizado nas modalidades “caso”, “grupo” e “comunidade” (MARTINS, 2017, p.76):

Para o Serviço Social, a documentação se constitui num meio de construir uma teoria, de explicitar métodos e processos, de definir técnicas, comportamentos e atitudes profissionais. É, portanto, um instrumento importante para a vida e o progresso da própria profissão (VIEIRA, 1979, p.165).

Diante disso, buscava-se apresentar, nos relatórios, a descrição da “situação social e do sistema-cliente, apresentando seus aspectos objetivos e subjetivos, assim como técnicas empregadas e as providências tomadas” (VIEIRA, 1979, p.161). A análise desenvolvia-se em torno do indivíduo, o “cliente” era o foco principal da atuação profissional. Os documentos profissionais procuravam expressar a cientificidade do Serviço Social, diante de uma abordagem que considerava o “conflito entre o indivíduo e seu meio; pela adequação do comportamento do sujeito no grupo; ou pela promoção do desenvolvimento comunitário” (MARTINS, 2017, p.77).

A atenção à técnica era fundamental, pois ela definia o reconhecimento profissional. Desta forma, os registros produzidos pelas assistentes sociais deveriam ter por objetivos, de acordo com Vieira (1979, p.161-163) os seguintes itens: “permitir a análise da aplicação das técnicas do Serviço Social”; “fornecer à obra elementos

21 Balbiba Ottoni Vieira compreendia a profissão como modernização da caridade e da filantropia. Esta tese é criticada por intelectuais como Netto (1992) e Iamamoto (2008).

necessário à administração”²²; “auxiliar o ensino do Serviço Social” e “fornecer material para pesquisas sociais”.

Havia, ainda, uma preocupação com o referencial teórico para a elaboração da documentação, tendo por base um aporte organicista, com base em princípios como “flexibilidade”, “seletividade”, “organização racional”, “aceitação consciente da parte do assistente social do processo de documentação” e “confidencialidade da documentação do Serviço Social” (VIEIRA, 1979, p. 167). Os estudos estavam voltados para uma descrição dos documentos profissionais, no que diz respeito ao conceito, princípios, tipos, modelos e normas para redação.

É importante considerar a relevância de tais elementos, destacados nos primeiros estudos, pois eles forneciam base e auxiliavam na concretização do Serviço Social enquanto profissão regulamentada, em conjunto com os demais aspectos que determinam a profissão e suas particularidades. Ao pensar a documentação mediante reflexões atuais, inicialmente faz-se necessário destacar que a documentação pode ser considerada como um instrumento de caráter dinâmico e versátil, quando se refere às suas finalidades. De acordo com Mioto (2001, apud LIMA; MIOTO; DAL PRÁ, 2007),

Longe de se constituir em mera burocracia no cotidiano profissional, a documentação está em constante movimento e a sua utilização está vinculada aos objetivos do profissional (de conhecer ou intervir), às exigências do trabalho profissional (...), ao arcabouço teórico e ético-político do profissional (2007, p.04).

Pode-se verificar que os documentos profissionais do Serviço Social, questão que envolve a sistematização do trabalho, é um grande desafio para categoria, desde o princípio até o período atual, tanto no que se refere à sua problematização, quanto à sua objetivação nos campos de atuação do Serviço Social.

Nos anos de 1980, período de redemocratização do Brasil, a vertente “intenção de ruptura” conquista uma dimensão importante no Serviço Social. O movimento progressista conseguiu provocar significativos avanços na profissão, colocando-se de forma crítica diante do tradicionalismo e do conservadorismo da profissão. Esta postura ético-política implicou mudanças na esfera teórico-metodológica e técnico-operacional do Serviço Social²³ (NETTO, 2008). Contudo, verifica-se, a partir deste

²² Necessidade de assegurar a continuidade do trabalho realizado, caso houvesse substituição da assistente social no quadro profissional da instituição empregadora.

²³ A partir do movimento progressista, a categoria constrói o Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro. De acordo com este projeto, a profissão assume o compromisso com a construção de

movimento, um afastamento em relação à elaboração de análises e problematização de alternativas mais voltadas para a dimensão interventiva do Serviço Social. Posteriormente, esta discussão foi amplamente desenvolvida por algumas pesquisadoras. Dentre elas, têm-se VASCONCELOS, 2002; SANTOS; 2006; COSTA, 2009, que desenvolveram seus estudos conforme suas vertentes analíticas.

Observa-se que os instrumentos compõem a dimensão técnico-operativa, porém, eles não se configuram de forma autônoma das demais dimensões. Pertencem ao âmbito da operacionalização das ações profissionais e seu uso está diretamente relacionado à finalidade almejada. Sua utilização e desenvolvimento envolvem escolhas e competências profissionais sustentadas em referências ético-políticas e teórico-metodológicas. Desse modo, seu entendimento precisa partir do pressuposto de que se corresponde a um produto histórico. Para uma melhor compreensão, Santos (2013) destaca que

O exercício profissional configura-se pela articulação das dimensões, e se realiza sob condições subjetivas e objetivas historicamente determinadas, as quais estabelecem a necessidade da profissão em responder as demandas da sociedade através de requisições socioprofissionais e políticas, delimitadas pelas correlações de forças sociais que expressam os diversos projetos profissionais (SANTOS, 2013, p. 26).

Diante de seu caráter histórico, cabe sinalizar a prudência em relação a se refletir sobre as questões que envolvem o instrumental técnico-operativo do Serviço Social. Nesta direção, Santos (2013) destaca “o cuidado necessário aos profissionais para não caírem na supervalorização dos instrumentos com um fim em si mesmos (2013, p. 28). Os instrumentos são, constantemente, influenciados pelas relações sociais presentes na sociedade; portanto, é necessária a realização da análise articulada com a totalidade.

Este debate chama a atenção para a importância da documentação no cotidiano da intervenção profissional. Portanto, torna-se primordial que a documentação seja considerada como um imprescindível elemento constitutivo da ação profissional do Serviço Social na atualidade. Destaca-se, ainda, que a documentação pode proporcionar a visibilidade de meios de planejar e executar as atividades profissionais, de forma a possibilitar a identificação dos limites e

uma sociedade onde prevaleça a emancipação humana, mediante fim da exploração de classe, etnia e gênero (NETTO, 2009). Afirma o comprometimento com defesa intransigente dos direitos humanos, com a ampliação da cidadania, com a qualidade dos serviços prestados, bem como com a luta em favor da equidade e justiça social.

potencialidades presentes nos atendimentos prestados pelas assistentes sociais, bem como alicerce para a produção de conhecimento, que contribua para qualificação das ações profissionais.

Pelas observações feitas, ressalta-se que a documentação é aspecto fundamental da dimensão interventiva do Serviço Social, uma vez que, de acordo com Lima; Miotto; Dal Prá (2007), “ela lhe dá materialidade ao comprovar a realização da ação, realizada de diferentes formas, ou seja, em fichas, prontuários, relatórios de atendimentos (...) realizados em instituições ou em domicílios, dentre outros” (2007, p.3). Documentar refere-se também à avaliação dos dados obtidos através de atendimentos prestados, isto é, uma reflexão sobre as necessidades apresentadas pelos usuários, sobre as demandas institucionais, bem como limites das políticas sociais. Neste sentido, a documentação possibilita a compreensão da realidade social de forma mais ampla.

Enquanto instrumento técnico, a documentação relaciona-se à utilidade. É preciso reconhecer que a documentação só adquire propósito diante de seu aspecto proficiente de permitir a organização e transmissão das informações, geradas a partir da realidade, que são fundamentais para a atuação das assistentes sociais e material útil à população usuária dos serviços prestados pelo Serviço Social (SARMENTO, 1994, apud MARCONSIN, 2016, p.104).

Portanto, como parte da sistematização do trabalho profissional, a documentação é um instrumento fundamental para o desenvolvimento teórico e técnico do Serviço Social, uma vez que ela subsidia a análise, a consecução e a qualificação das atividades profissionais das assistentes sociais.

3 SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA: ANÁLISE DO RELATO PROFISSIONAL EM PRONTUÁRIO ÚNICO

Para compreensão da temática desenvolvida neste trabalho, será abordado, neste último capítulo, um estudo sobre o prontuário único e registro em saúde. Esta é uma temática importante no debate contemporâneo no âmbito da saúde, especialmente na área oncológica, devido às mudanças e normativas para este campo nos últimos anos.

O prontuário único é um fato na dinâmica dos serviços prestados na Oncologia. Logo, ele é um instrumento que faz parte do trabalho coletivo realizado pelos profissionais de saúde. Portanto, quando se propôs estudar as particularidades do trabalho das assistentes sociais neste processo, considerou-se necessário abordar o INCA e sua unidade hospitalar, HCI, por ser tratar do campo da pesquisa realizada.

Este capítulo realizará um estudo dos aspectos do prontuário único no HCI, bem como abordará a profissão, no sentido de se desenvolver uma reflexão sobre o Serviço Social e como este é constituído no Hospital do Câncer I, visto que o registro escrito em prontuário é uma objetivação do trabalho profissional desta equipe.

Seu último item abordará uma reflexão sobre os dados coletados no prontuário único, referentes aos registros das assistentes sociais, a partir dos atendimentos prestados aos usuários acompanhados pela clínica de “Cabeça e Pescoço” do INCA/INCA. Neste momento, o capítulo buscará uma reflexão sobre o conteúdo registrado e suas expressões para apreensão da temática proposta, no sentido de se identificar se o prontuário único é um instrumento possível do Serviço Social se expressar no âmbito dos mecanismos de registro que compõem o processo de trabalho coletivo no INCA/HCI.

3.1 Prontuário Único e o Registro em Saúde

Os usuários assistidos pelos serviços de saúde possuem registros relacionados aos seus diagnósticos e às ações realizadas, no que se refere aos tratamentos e acompanhamentos propostos. Pensando em todas essas informações geradas, onde esses registros podem ser encontrados? É, exatamente, no prontuário que as informações registradas pelos profissionais de saúde estão sistematizadas.

O prontuário na saúde é definido pelo Ministério da Saúde (MS), através da portaria do MS/SAS nº40, de 30 de dezembro de 1992, como um “conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos e demais profissionais, prestados ao usuário em um estabelecimento de saúde” (MS/SAS, 1992).

Historicamente, os registros em saúde iniciaram com o desenvolvimento da medicina. Os documentos possuíam informações sobre lesões, doenças e procedimentos cirúrgicos. Segundo Munck et al. (2005), há registros documentados desde os primórdios da humanidade, contendo o nome do “paciente” e resumo dos casos e resultados. Somente os médicos faziam anotações sobre o “paciente”. . Em vista disso, até recentemente, os prontuários eram compreendidos como prontuário do médico e não prontuário do “paciente”, ou seja, dos usuários dos serviços de saúde. Munck et al. (2005) enfatizam que “o ato de registrar constitui um fator importante para a evolução da vida, para o aprimoramento da espécie humana e para o aperfeiçoamento de conhecimentos acumulados pela humanidade” (2005, p. 09). Logo, o registro consiste em “fator imprescindível a uma boa prestação de serviços às pessoas e às populações”. (2005, p. 09).

Segundo Munck et al. (2005, p. 31), na Idade Média, o médico Avicena foi considerado precursor das notas de evolução. Ele exercia seu trabalho de maneira itinerante, com definição de rotas para atender seus “pacientes” e estes sabiam e aguardavam o dia e horário de sua chegada. Portanto, para lembrar de seus “pacientes”, Avicena fazia anotações de suas observações sobre cada um deles. Suas notas foram consideradas importante instrumento de ensino da medicina durante séculos.

Em relação aos primeiros registros dentro do contexto hospitalar, surgidos no final do século XVIII, para melhor compreensão, Munck et al. (2005, p. 33) destaca a análise de Foucault (1982, p. 110-111):

Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado em livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital (FOUCAULT, 1982, p. 110-111 apud MUNCK et al., 2005, p.33).

Estes fatos históricos relacionados diretamente à medicina demonstram importância dos registros sistematizados não só por um, mas por todos os profissionais de saúde, tanto no que diz respeito ao atendimento direto à população usuária, como referente ao desenvolvimento e aprimoramento das profissões relacionadas ao campo da saúde. Além disso, os registros representam um processo de controle e normatização relacionado à ideia do poder por parte da biopolítica.

O prontuário é um instrumento fundamental para o trabalho qualificado dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares. Atualmente, ele pode ser considerado um conjunto de dados e documentos gerados a partir do usuário, cujo principal objetivo, basicamente, é facilitar a assistência aos usuários do setor de saúde. O prontuário é, também, uma fonte de dados e conhecimentos, onde estudos e pesquisas podem utilizar suas informações enquanto base para elaboração de análises.

As ações registradas em prontuário possuem algumas finalidades instituídas, com base na dinâmica das instituições, como proporcionar, de forma mais adequada, a continuidade do atendimento prestado a cada usuário, o que pode propiciar a melhoria da assistência. Além disso, cabe a este documento favorecer as pesquisas para o desenvolvimento e construção de novos conhecimentos, bem como para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos realizados e comprovados devidamente (MUNCK et al., 2005).

O prontuário agrega vários aspectos a serem considerados de forma conjunta. Possui dimensões que envolvem a comunicação, a educação e a gerência, bem como a ético-política. Por esta razão, o prontuário pode fornecer suporte para a área administrativa e gerencial das unidades hospitalares, no que se refere aos aspectos financeiros e legais, além de fonte para pesquisas em diversas áreas.

Nesta direção, ao dispor **sobre a avaliação de documentos em instituições de saúde, a resolução nº 22, de 30 de junho de 2005, apresenta a** definição significativa para a compreensão do prontuário, conforme disposto no artigo 1º da resolução n.º 1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina. Assim, ela afirma que:

[...] o prontuário do paciente é documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens em qualquer suporte, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e da assistência prestada a ele, de caráter sigiloso e científico, que possibilite a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONARQ, 2005).

O prontuário é considerado um documento legal em que os profissionais de saúde precisam registrar todas as observações referentes à história do usuário na instituição, em relação aos enfoques clínico, psicológico, social etc.

A partir de uma análise documental referente ao prontuário único, as autoras Mesquita e Deslandes (2010) sinalizam que, contemporaneamente, é importante destacar o aspecto comunicativo do prontuário, uma vez que “ele também atua como mediador da comunicação intraequipe de saúde e da comunicação dessa equipe com os usuários” (2010, p. 664). Este aspecto pode favorecer o planejamento individual e coletivo de condutas, por meio do qual o acompanhamento será realizado por profissional e equipe.

Ressaltando o valor documental dos prontuários, bem como os valores ético e comunicativo, cabe referir-se às reflexões de Mesquita e Deslandes (2010, p. 666) que pontuam ser o prontuário “um acervo para a análise dos discursos dos profissionais de saúde e fonte de acesso às práticas, aos conhecimentos, jargões, expressões das categorias profissionais”.

De acordo com Munck et al. (2005), alguns problemas envolvem a construção desta documentação. Dentre eles, há: a falta de interesse por alguns profissionais; o desconhecimento da importância do prontuário; a ausência de clareza da informação e a falta de recursos físicos e/ou humanos. Algumas sugestões para elucidação destas dificuldades constituem-se na criação de medidas de treinamento para os profissionais sobre a importância da documentação e avaliação regular (2005, p.141).

Por meio do prontuário torna-se possível a realização de uma análise referente ao histórico do usuário na instituição e à assistência prestada pelos profissionais de saúde e os serviços garantidos pela instituição, com base em diferentes abordagens metodológicas.

Em relação ao registro no campo oncológico, a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, no que se refere às “Instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos humanos necessários à prestação de serviços de alta complexidade em oncologia pelas Unidades e CACON”, dispõe sobre o registro dos profissionais em prontuário único nos seguintes termos:

É indispensável ao hospital possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial e internação - de rotina e de urgência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de Arquivo Médico (Portaria nº741, de 19 de dezembro de 2005).

Desta forma, na área oncológica, os profissionais relatam suas ações e procedimentos realizados a partir do atendimento ao usuário em prontuário único. A Portaria do MS/SAS 40 de 30 de dezembro de 1992 institui o “registro obrigatório em prontuário único das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais – médico, enfermagem, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, pessoal auxiliar”. Quando se pensa na saúde enquanto resultado das condições de vida da população, o relato em prontuário único propicia o entendimento deste conceito e a visão do usuário de forma ampliada.

A guarda deste importante documento é responsabilidade das unidades hospitalares em seus respectivos estabelecimentos de saúde. O acesso ao prontuário é restrito aos profissionais de saúde e ao próprio usuário. Demais solicitações de acesso, por sua vez, são realizadas somente mediante ordem judicial.

Quando se trata dos registros de informações em prontuário, considerando o sigilo profissional, o Código de Ética Médica, aprovado pela resolução CFM nº1.246 de 08 de janeiro de 1988, estabelece como obrigação para o médico “evitar que pessoas não-obrigadas ao segredo profissional manuseiem prontuários”. Não somente os médicos, mas as demais categorias dos profissionais de saúde possuem seus códigos de ética, que dispõem sobre o sigilo profissional, que assegura proteção aos usuários, referente às informações coletadas. Mesquita e Deslandes (2010) destacam que, “para a equipe de saúde, o registro é material sigiloso, cujo acesso é facultado apenas aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento e aos usuários a quem se referem” (2010, p. 666).

O prontuário único, instrumento utilizado pela equipe de saúde, é um grande desafio aos profissionais. Ele corresponde a um documento de uso coletivo, utilizado por trabalhadores da saúde que possuem formações, competências e atribuições profissionais diferenciadas. Torna-se um documento que agrega material de extrema relevância para fins de aprimoramento de ações e serviços, em consonância com as reais necessidades dos usuários.

Nos tempos atuais, os dados registrados em prontuários vêm sendo utilizados como documentos essenciais para a elucidação de questões jurídicas e éticas que envolvem os usuários, os serviços de saúde e seus profissionais. Assim, o prontuário

constitui-se, também, em um instrumento de suporte para questões de caráter ético e legal.

Através de estudos sobre registro em saúde, Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008, p.173) destacam a importância do prontuário único, e afirmam que o registro em prontuário “é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho”. Pela relevância do estudo, cabe destacar uma parte considerada preocupante diante dos resultados divulgados por estes pesquisadores²⁴, vinculados à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Os dados demonstram que “foi verificado registro muito ruim dos atributos sociais como situação familiar, escolaridade e ocupação nos prontuários de todos os quatro municípios. Foram encontrados percentuais de presença extremamente baixos no registro da escolaridade (1,4%) e situação familiar (5,1%) no município 2” (2008, p.178).

Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) avaliam que, para a manutenção de uma continuidade nos atendimentos prestados, há a necessidade de “arranjos dos serviços para que a atenção oferecida apresente uma sucessão ininterrupta de eventos, incluindo mecanismos que caracterizam o prosseguimento da assistência, como o registro em prontuários” (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008, p.179). Destacam, ainda, que “somente dez estabelecimentos informaram possuir comissão de avaliação ou revisão de prontuário [...] (2008, p.179). A avaliação de prontuários tem sido estabelecida nas unidades hospitalares, de acordo com determinações institucionais e de conselhos profissionais.

Em uma outra pesquisa²⁵ sobre a qualidade da avaliação dos prontuários, relacionada à incidência de eventos adversos nos hospitais os pesquisadores Pavão et al. (2011), vinculados ao IMS/UERJ e à Fiocruz, divulgaram outros dados preocupantes. Segundo os resultados, “a qualidade dos prontuários foi considerada ruim, no conjunto dos pacientes”. As variáveis que apresentaram maior proporção de ausência de informações foram: ‘Avaliação inicial da enfermagem’ (63,9%) e ‘Avaliação do paciente pelo assistente social’ (80%). [...] (2011, p.651). Na discussão,

24 “Foram analisados 2.291 registros de atendimentos realizados nos 4 municípios e seus prontuários.” (VASCONCELLOS, GRIBEL; MORAES., 2008, p.175)

25 Pesquisa realizada em três hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro (PAVÃO et al., 2011).

eles chegam à seguinte conclusão, com base dos dados destacados: “A variável que apresentou a pior avaliação nos três hospitais (muito ruim) foi ‘Avaliação do paciente pelo assistente social’ [...], demonstrando que existe uma provável deficiência na assistência social prestada ao paciente” (2011, p.659).

É notável que, atualmente, há uma crescente preocupação analítica, no que se refere ao prontuário único e ao registro em saúde²⁶, visto que a documentação gerada a partir do atendimento aos usuários torna-se base importante para se pensar os serviços inscritos na política de saúde e para se construir propostas que possam favorecer o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷. O registro em prontuário único também é considerado subsídio para continuidade e verificação da trajetória do usuário na unidade hospitalar, em relação a toda a assistência prestada.

Contudo, ao se pensar o registro profissional das assistentes sociais na saúde, faz-se necessário destacar, novamente, a trajetória histórica da profissão. Há um processo ao longo do desenvolvimento do Serviço Social e períodos de renovação, e, em determinado período, houve uma ausência de debates em torno da documentação elaborada por estes profissionais.

Quando se trata da análise em torno das informações registradas, Matos (2013) destaca que “os assistentes sociais, historicamente, registram as atividades. Essa ação, conhecida na profissão como documentação, foi intensamente discutida desde as origens até a ruptura com o conservadorismo” (MATOS, 2013, p.17). Porém, a partir da ruptura com o conservadorismo profissional, ocorreu, no Brasil, uma interrupção em publicações sobre a documentação relacionada ao Serviço Social. O autor ressalta também que, de fato, a maioria dos textos eram normativos e sem análise dos objetivos profissionais na perspectiva dos direitos dos usuários. Nota-se que a questão do registro do exercício profissional foi pouco tratada desde o processo de renovação do Serviço Social brasileiro.

26 Gouveia et al. (2017), pertencentes à área de enfermagem, realizaram, também, uma pesquisa sobre registros das equipes multiprofissionais, sendo o objeto de estudo os prontuários dos usuários em estágio avançado de doença oncológica.

27 Recentemente, a UNA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde) disponibilizou o curso “Documentos Médicos”. O curso online é destinado aos médicos e estudantes de medicina e definido na modalidade “qualificação profissional”. Sobre o conteúdo, encontra-se “a revisão da regulamentação ético-legal de prontuários médicos, incluindo o registro médico orientado por problemas e métodos SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) (...)”, a abordagem demonstra a importância da documentação, produzida pelos profissionais, para atenção à saúde no SUS. Disponível em www.unasus.gov.br

Constata-se, a partir dos anos 2000, que os estudos e os textos sobre a documentação em Serviço Social ou registro profissional, em consonância com o projeto ético-político progressista da profissão, começam a alcançar uma dimensão maior nas diversas áreas de atuação do Serviço Social. Pode-se destacar: Moreira; Alvarenga (2003), Fávero et al (2003), Miotto (2001), Lima; Miotto; Del Prá, (2007); Marconsin (2016) e Matos (2013).

Cabe ressaltar que, no cotidiano das instituições de saúde, observa-se uma tensão entre as assistentes sociais, referente às informações que devem ser registradas e sistematizadas em documentação única, como os prontuários na saúde. Por esta razão, em muitas equipes, o Serviço Social possui documentação própria sobre os atendimentos, cujo acesso cabe somente às assistentes sociais. Este fato pode dificultar um entendimento, por parte das outras categorias profissionais, em relação à materialização do trabalho realizado pelo Serviço Social na equipe de saúde. Matos (2013) afirma que:

O registro escrito é uma objetivação do trabalho profissional e como tal é uma expressão do exercício profissional, logo reproduz na linguagem escrita aquilo que foi feito. Por isso, é impossível fazer essa discussão de forma autônoma dos objetivos profissionais (MATOS, 2013, p. 110).

Além disso, é importante considerar a necessária realização de uma análise institucional, assim como da política de saúde vigente, para fins de compreensão ampliada da ausência de registros profissionais em documentos coletivos no âmbito da saúde pública.

Matos (2013) aponta alguns fatores importantes que podem ser tornar elemento dificultador para o registro profissional em prontuário único. Seguem-se: o fluxo do trabalho nas instituições, que pode dificultar o acesso ao prontuário; e a rotina estruturada da equipe de Serviço Social, que pode gerar empecilho para o registro e a preocupação com o sigilo profissional (2013, p.128-129). O autor destaca que no atual Código de Ética do/a Assistente Social, de 1993, “no seu parágrafo único, do artigo 16, ressalta: Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário” (2013, p.133). Neste sentido, pensando nas necessidades e nos interesses reais da população atendida, é preciso que as assistentes sociais, com base em suas competências teórica, técnica, ética, política, para que reconheçam, junto com a equipe profissional, as informações fundamentais que cabem ou não em um prontuário único.

Em vista disso, sobre o prontuário único, para melhor entendê-lo, os profissionais de saúde precisam ter clareza em relação aos princípios do Sistema Único de Saúde. O princípio da integralidade do atendimento estabelece que o usuário dos serviços de saúde deve ser visto como um todo integrado. Outro ponto fundamental é a compreensão da saúde em seu sentido mais abrangente, isto é, a saúde como resultado das condições de alimentação, educação, renda, emprego, transporte, lazer, habitação etc. Portanto, a utilização de um documento único pode contribuir para a efetivação destas concepções.

Portanto, o prontuário único é realidade na atenção oncológica, e os atendimentos aos usuários precisam ser relatados neste instrumento. Logo, é importante que o Serviço Social o problematize, uma vez que este instrumento é parte integrante do trabalho coletivo na saúde, para fins de melhor compreensão em relação aos desafios apresentados às assistentes sociais na contemporaneidade.

3.2 INCA: referências históricas

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) completou 80 anos de história em 2017. Foi em janeiro de 1937, a partir do Decreto-Lei nº 378, aprovado pelo governo Vargas, que foi efetivada a construção do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), considerado a origem do INCA. Sua inauguração contou com a presença do presidente da república, Getúlio Vargas; do ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema e do diretor nomeado para assumir a gestão Centro de Cancerologia, Dr Mario Kroeff. (BRASIL, 2017).

Influenciados pelas políticas anticâncer existentes nos países capitalistas matrizes, principalmente França e Alemanha, os pesquisadores Eduardo Rabello, Mario Kroeff e Sérgio Barros de Azevedo começaram a pensar o câncer como questão sanitária de responsabilidade do Estado (BRASIL, 2016). Segundo os dados publicados, o Centro foi criado através dos significativos esforços do médico Mario Kroeff, que objetivava a implantação do tratamento para as pessoas diagnosticadas com câncer no Rio de Janeiro. No início, a unidade hospitalar contava com 40 leitos, um ambulatório, um bloco cirúrgico, um aparelho de raio-x, uma máquina de radioterapia, algumas salas de curativo e esterilização e três enfermeiras (BRASIL, 2017).

Este mesmo estudo apresenta que, em 1941, o Serviço Nacional de Câncer (SNC) foi criado após a elaboração do Decreto-Lei nº 3.643, com o objetivo de organizar, orientar e controlar a campanha de combate ao câncer de forma mais ampla, ou seja, abrangendo todo o território brasileiro. O SNC é considerado o primeiro órgão de formulação e execução de políticas de controle da doença de âmbito nacional.

Após o avanço da atenção voltada para Oncologia, o Centro de Cancerologia deixa de ser somente um hospital em 1944, por meio da criação do Decreto-Lei 15.971, que o denomina Instituto de Câncer. Este instituto passa a abranger, além da assistência, a elaboração de políticas públicas, pesquisas e ensino. Esta estrutura tem sido base da atuação do INCA até os tempos atuais.

A origem do ensino no INCA data de 1950, quando o Centro de Estudos e Ensino foi fundado, tendo por objetivo principal, a divulgação das atividades científicas e educacionais desenvolvidas no instituto, bem como o incentivo e a ampliação destas ações (BRASIL, 2017).

O local onde hoje ficam duas unidades do INCA foi cedido para a construção da nova sede do Instituto na década de 1950. Portanto, em 1957, foi inaugurado o prédio localizado na Praça Cruz Vermelha, região do centro do Rio de Janeiro. O prédio, que conta com 11 andares, possibilitou a instalação de novos serviços especializados e ampliação do atendimento às pessoas em tratamento oncológico.

Neste mesmo período, demais ações de prevenção e assistência foram desenvolvidas. A preocupação voltada para os cânceres femininos, principalmente, os tumores de colo de útero, provocou a constituição da Fundação das Pioneiras Sociais. Esta Fundação possuía hospitais itinerantes e serviços destinados à assistência médica e educacional.

A Campanha Nacional de Combate ao Câncer, de acordo com o Decreto nº 61.968 de dezembro de 1967, foi um movimento significativo para o avanço no que se refere à elaboração de uma política unificada e representou o progresso das atividades do SNC e do INCA. (BRASIL, 2006).

Porém, mesmo diante destes avanços, no final da década de 1960, há a retomada dos conceitos da medicina liberal no Brasil. Este fato provocou uma mudança de paradigma na política de saúde. O câncer passa a ser compreendido como problema de caráter individual. O Plano Nacional de Saúde elaborado na época estabelece a transferência do INCA para o Ministério da Educação. Tal mudança

favoreceu a iniciativa privada, no que diz respeito à área médico-cirúrgica (BRASIL, 2006), o que resultou em uma diminuição prejudicial no orçamento destinado ao INCA. Logo, o instituto não fazia mais parte da elaboração de políticas e a saúde pública e descontinuou ações e projetos (BRASIL, 2017).

A interrupção autoritária das políticas anticâncer, que haviam colhido consenso entre o público e o privado, fortalecendo o privado em detrimento do público, resultaria, em 1970, na decadência do INCA e na extinção do SNC, transformado pelo Decreto nº 66.623 em Divisão Nacional de Câncer, de caráter técnico-normativo, administrada de Brasília e vinculada à Secretaria de Assistência Médica (BRASIL, 2006).

Ao longo deste processo, a saúde pública contou com a resistência e organização dos profissionais de saúde, por meio de movimentos organizados. Algumas das conquistas alcançadas através da organização dos trabalhadores do INCA e da saúde, como um todo, foram a reintegração do instituto ao Ministério da Saúde, no ano de 1972, através da Lei nº 5.734, de novembro de 1971, bem como o restabelecimento da SNC, que obteve nova denominação – Divisão Nacional de Câncer – mediante Decreto 66.623/1970 (BRASIL, 2017).

Desta forma, outros serviços foram incorporados ao INCA, em conformidade com as necessidades apresentadas em relação ao câncer no Brasil. Em 1983, são criados o Centro de Transplante de Medula Óssea e, em 1989, o Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico, destinado às pessoas fora de possibilidade terapêutica.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco importante para a saúde pública. As ações e os serviços em saúde conquistaram um progresso significativo. A criação do Sistema Único de Saúde e o entendimento constitucional estabelecido pela Lei 8.080, art.º 2º: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pelo exercício”, proporcionou progressos fundamentais, também, para o INCA, com o retorno do câncer enquanto questão de relevância pública. Neste período, o INCA conquistou a posição de órgão diretivo na política nacional de controle de câncer no Brasil (BRASIL, 2006).

Foi a partir da Portaria GM/MS nº 3.535, de setembro de 1998, que, na década de 2000, o Ministério da Saúde implementou o Projeto Expande, com coordenação do INCA. Este projeto teve como objetivo ampliar a cobertura da assistência oncológica, conforme a realidade epidemiológica de cada região do país, considerando a estratégia de descentralização, tendo em vista proporcionar o atendimento de forma ampliada à população brasileira.

Pode-se dizer que, com o avanço da atenção oncológica, foi implementada, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO (Portaria nº 2.439/GM/MS de 8 de dezembro de 2005) que visa à “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2005).

Nesta direção, outras portarias foram criadas para viabilizar a assistência oncológica. Assim, a Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, define que a rede de atenção oncológica será composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência da Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. A Portaria SAS/MS 741, de 19 de dezembro de 2005 estabelece normas para o credenciamento e habilitação de UNACON e CACON (BRASIL, 2005).

Por UNACON entende-se a unidade hospitalar que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Seus serviços obrigatórios são:

- a) Cirurgia: cancerologia clínica, cirurgia geral/coloproctologia; ginecologia/mastologia, urologia;
- b) Oncologia Clínica: quimioterapia para adultos;
- c) Radioterapia: própria ou referenciada (INCA, 2010).

Entende-se, por CACON, as unidades hospitalares que têm as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. A unidade é responsável, também, pela confirmação diagnóstica, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos para as pessoas com câncer fora de possibilidade terapêutica.

Desse modo, serviços específicos obrigatórios para os CACON's são: Cirurgia:

- a) cancerologia cirúrgica, cirurgia geral/coloproctologia, ginecologia/mastologia, urologia, cabeça e pescoço, torácica, plástica;
- b) Oncologia Clínica: Quimioterapia para adultos;
- c) Serviço de Hematologia;
- d) Radioterapia: própria para procedimento de teleterapia superficial e profunda, sistema de planejamento computadorizado tridimensional, braquiterapia de baixa, média ou alta dose (INCA, 2010).

O Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia deve, necessariamente, ser credenciado como CACON e para isso deve ser: hospital ensino; possuir curso de residência e/ou curso de especialização médica em radioterapia e cancerologia cirúrgica e clínica; e possuir curso de residência e/ou curso de especialização em enfermagem oncológica (INCA, 2010).

A habilitação das UNACON's e dos CACON's é periodicamente atualizada de acordo com a necessidade e indicação dos estados, baseadas em padrões e parâmetros publicados na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Cabe às secretarias estaduais e municipais de saúde organizar o fluxo de atendimento dos pacientes na rede assistencial, estabelecendo a referência dos pacientes para UNACON ou CACON (INCA, 2014).

Atualmente, o INCA é considerado um Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e exerce o papel auxiliar ao Sistema Único de Saúde, sendo estabelecido como um instituto federal do Ministério da Saúde.

O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. O Instituto coordena vários programas nacionais para o controle do câncer e está equipado com o mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina (INCA, 2019).

Em 2011, um novo nome é estabelecido para o instituto: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, em homenagem ao ex-vice- presidente da república. Atualmente, o INCA possui cinco unidades hospitalares, localizadas na cidade do Rio de Janeiro, denominadas “Hospital do Câncer” (HC). Logo, têm-se: HCI, HCII (serviços de ginecologia e TOC – tumor de tecido ósseo e conectivo), HCIII (câncer de mama), HCIV (cuidados paliativos) e CEMO – Centro de Transplante de Medula Óssea. O instituto conta, ainda, com as coordenações de ensino, pesquisa e gestão institucional (CCMS, 2017).

O encaminhamento da pessoa diagnosticada com câncer para atendimento no SUS é realizado através de uma central de regulação eletiva ou de emergência. No Rio de Janeiro, há uma Central de Regulação que administra as vagas disponíveis e define onde será feito o atendimento, conforme critérios como proximidade com a residência da pessoa e a complexidade do caso. A perspectiva é de que o primeiro atendimento seja realizado por uma Unidade de Atenção Primária de Saúde, pois

trata-se da unidade responsável por realizar o encaminhamento via sistema de regulação.

A solicitação de agendamento para pacientes do município do Rio de Janeiro no SER²⁸ pode ser feita diretamente nas Unidades Básicas de Saúde onde foram atendidos. Pacientes dos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro devem procurar as Secretarias de Saúde dos seus municípios para solicitar o agendamento. Já moradores de outros estados são encaminhados pelas Secretarias Municipais ou Secretarias Estaduais de Saúde para cadastro na CNRAC²⁹ (INCA, 2019).

Os dados divulgados pelo instituto demonstram a complexidade, no que diz respeito a todo aparato tecnológico e todo conjunto de profissionais comprometidos com os atendimentos destinados à população brasileira. O Instituto apresenta que, na atualidade, no INCA são realizados cerca de 141 mil atendimentos multidisciplinares anualmente (CCMS, 2017). Cabe destacar que o INCA é parte integrante do Sistema Único de Saúde e seus serviços são direito de todos os cidadãos e de responsabilidade do Estado brasileiro.

3.3 Hospital do Câncer I e seus elementos constitutivos

O Hospital do Câncer I (HCI) constitui-se em uma unidade hospitalar do INCA. Está localizado na região central do Rio de Janeiro e possui a maior estrutura física em relação as demais unidades. Esta unidade conta com um complexo sistema de recursos tecnológicos e profissionais especializados, para fins de atendimento à população usuária do SUS.

Neste complexo hospitalar estão reunidos treze grandes serviços, identificados como: abdômen, urologia, cabeça e pescoço, plástica, neurocirurgia, tórax, dermatologia, hemoterapia, medicina nuclear, hematologia adulto e infantil, oncologia clínica adulto e pediátrica. Dispõe de atendimentos nos setores de ambulatório, enfermaria e pronto atendimento.

Os 203 leitos são organizados nas enfermarias homens/mulheres , pediátricas, RPA (Recuperação Pós-Anestésica), UPO (Unidade Pós-Operatória), CTI (Centro de Tratamento Intensivo) e emergência (adultos e pediatria). Alguns programas e serviços do INCA estão concentrados no HCI: o serviço de hemoterapia (Banco de

28 Sistema Estadual de Regulação.

29 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade.

Sangue), que atende todas unidades, assim como o centro de tratamento para usuário e familiares/acompanhantes tabagistas.

Há nesta unidade, o serviço institucional denominado de NAVE (Núcleo de Assistência Voluntária Espiritual), que se constitui em um grupo inter-religioso e tem como objetivo a prestação de apoio e assistência espiritual aos usuários da instituição e aos profissionais. Os voluntários realizam ações a partir de uma capacitação decorrente do curso institucional. Este projeto busca atender às necessidades espirituais/religiosas dos usuários, acompanhantes e profissionais, a partir da perspectiva do atendimento integral aos usuários da atenção oncológica.

No HCI, estão presentes setores e departamentos fundamentais para o funcionamento do INCA. Desta forma, ficam localizadas, nesta unidade, a direção-geral do Instituto e a ouvidoria geral, que constitui um canal de comunicação, por meio do qual os usuários podem expressar suas reclamações, sugestões e elogios.

O INCA é parte integrante das relações sociais presentes na sociedade brasileira. Neste sentido, tanto o HCI quanto as demais unidades encontram-se diante de desafios impostos a todas unidades hospitalares públicas, que afetam, significativamente, a prestação de serviços à população.

O HCI congrega um conjunto complexo de saberes, práticas e ideologias. Este fato resulta em um processo contínuo de transformação institucional, mediante aos embates políticos que se configuram internamente, a partir dos interesses históricos contraditórios e conflitantes presentes no campo da saúde pública.

Portanto, o movimento de construção do Sistema Único de Saúde, no cotidiano das instituições de saúde, mantém-se, também, presente na realidade vivenciada pelos profissionais e usuários do Hospital do Câncer I. Constata-se um processo de esforços, forças e resistência às propostas de vertentes neoliberais e em defesa da Oncologia enquanto questão de saúde pública.

Mesmo diante dos desafios históricos, o INCA é considerado um instituto de referência nacional e de importantes articulações internacionais, tendo em vista o desenvolvimento e o fortalecimento de políticas na área de prevenção e controle do câncer.

Logo, observa-se que o INCA se constitui enquanto conjunto de práticas e saberes institucionais, composto por relações e um processo de trabalho coletivo. Espaço onde se apresentam, também, projetos sociais em disputa no âmbito das políticas públicas, no que se refere aos interesses conflitantes entre

privatistas/individuais e públicos/coletivos presentes na sociedade contemporânea (ALENCAR; ALMEIDA, 2012).

Ocupando um lugar de referência em relação ao atendimento oncológico, nas dimensões de assistência, ensino e pesquisa, sua estrutura encontra-se organizada para uma prestação de serviços mais completos e atendimento da patologia, nos casos de diagnósticos e tratamentos mais complexos. Esta racionalidade pode incidir no registro profissional, também, de forma mais complexa.

3.3.1 O prontuário único no Hospital do Câncer I: aspectos principais

De acordo com a política de atenção oncológica, no Hospital do Câncer I, os profissionais de saúde, de todas as categorias, realizam o registro de suas ações e procedimentos em um prontuário único.

Todos os usuários, após avaliação e confirmação do diagnóstico, realizadas na triagem especializada, que constitui o primeiro atendimento realizado na unidade, recebem um número permanente de matrícula para início do tratamento. Este número constará no prontuário e será sua identificação em todos os setores da unidade.

No Hospital do Câncer I, os prontuários são configurados de maneira padronizada. Primeiramente, tem-se uma ficha de identificação do usuário, contendo as informações referentes ao nome, idade, número de documentos civis, data de nascimento, filiação, endereço e telefone para contato. Nesta primeira ficha, há, também, informações sobre a matrícula: dia, hora, profissional responsável por sua efetivação e a clínica responsável (urologia, hematologia, abdômen etc.). Matricula-se na clínica³⁰ conforme a localização do tumor primário no organismo do usuário.

A organização do prontuário segue-se com ficha de triagem especializada, que é realizada internamente, contendo o diagnóstico, questões a serem esclarecidas e/ou tratamento proposto. São anexadas as cópias das documentações pessoais do usuário e o encaminhamento do SER (Sistema Estadual de Regulação). Essa documentação inicial é muito relevante para toda equipe de saúde, uma vez que fornece um panorama primário de quem é e como se encontra o usuário no momento da matrícula na unidade hospitalar.

30 Esta organização das clínicas demonstra a continuação da hegemonia do modelo biomédico na saúde e a fragmentação do atendimento ao usuário.

O prontuário é configurado contendo as fichas de avaliação inicial de cada categoria. A primeira refere-se à anamnese médica, que se segue com a avaliação social realizada pelas assistentes sociais e ficha da nutrição, e finaliza-se com a avaliação da psicologia. Atualmente, utiliza-se um sistema informatizado para registro dos atendimentos. Os registros são realizados em plataforma digital, de uso interno da instituição, tendo em vista um melhor armazenamento dos dados e acesso otimizado às informações por parte dos profissionais. As folhas de avaliação, também, podem ser feitas no sistema, porém, necessariamente, elas precisam ser anexadas ao prontuário físico, uma vez que este é o documento oficial em relação às normativas da política de saúde. Há, também, folha de evolução única para registro dos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais etc.), com a finalidade de obter-se um quadro cronológico mais completo em relação aos relatos.

O Serviço Social possui a ficha de avaliação em forma física, que fica anexada ao prontuário único. Contudo, os registros dos atendimentos subsequentes são relatados no sistema informatizado, de acordo com orientação institucional e decisão interna da equipe, no entendimento de que os avanços tecnológicos podem favorecer o desenvolvimento das competências e atribuições profissionais, em relação às questões contemporâneas. Considera-se, ainda, que o uso de certas tecnologias pode proporcionar uma qualificação dos serviços prestados ao usuário das políticas públicas. Ainda que feitos no sistema próprio, todos os relatos registrados são anexados ao prontuário.

Diante desta questão, ao analisar as tecnologias da informação e o Serviço Social, Veloso (2010) destaca que:

Por estar presente nos marcos da sociedade capitalista, a tecnologia possui caráter contraditório, podendo ser utilizada para viabilizar interesse do capital, mas também para atender interesses dos trabalhadores (VELOSO, 2010, p.532).

Pensar a incorporação destas tecnologias torna-se um desafio para as assistentes sociais que se encontram na exigência do manuseio e da compreensão de suas funcionalidades. Para Veloso (2010), a apropriação crítica acerca das tecnologias das informações (TI) é necessária, tendo em vista a importância de se pensar as possibilidades de mudanças qualitativas que estas tecnologias podem proporcionar no desenvolvimento de capacidades e habilidades profissionais que

permitam a ampliação de estratégias voltadas para atender as demandas dos usuários das políticas públicas e dos segmentos populares.

De acordo com Veloso (2011), quando se vislumbra o Serviço Social e as tecnologias da informação, é preciso destacar a importância da análise crítica, no que diz respeito às possibilidades e aos efeitos do uso destas tecnologias, para fins de ampliação das competências e atribuições profissionais. Assim, as tecnologias da informação podem favorecer a elaboração de ações profissionais que viabilizem voltadas para o acesso dos usuários aos direitos sociais, as atividades de supervisão, a gestão e a assessoria, assim como a efetivação de projetos de intervenção em consonância com o projeto ético-político profissional.

Prosseguindo com os aspectos relacionados ao prontuário, cabe sinalizar que há uma delimitação entre os registros referentes às evoluções dos atendimentos em ambulatório e os realizados na enfermaria. Dispostos no prontuário, há fichas e informações das avaliações iniciais e dos acompanhamentos, resultados de exames, solicitações e respostas de pareceres de uma categoria para outra, boletins de emergência, folha de autorização de acompanhante, termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), bem como ofícios de outros órgãos ou instituições referentes ao usuário. Dessa forma, o prontuário consiste em uma documentação de uso coletivo, que contém todo o histórico multidisciplinar dos usuários na instituição.

O acesso ao prontuário é realizado através de um fluxo organizado mediante procedimento operacional padrão estabelecido pela instituição. As clínicas e serviços, como o Serviço Social, contam com funcionários responsáveis pela solicitação e deslocamento dos prontuários de um setor para outro. A organização, o controle e a guarda dos prontuários ficam sob os cuidados do setor denominado arquivo médico.

Conforme conduta definida institucionalmente, todos os profissionais devem realizar seus atendimentos aos usuários nos ambulatórios somente em posse dos seus respectivos prontuários. Predominantemente, os atendimentos realizados nos ambulatórios são agendados antecipadamente. Assim também ocorre no Serviço Social. Desta forma, há a possibilidade de organização prévia dos prontuários para cada setor, seguindo os horários de atendimento, procedimento que favorece a análise prévia dos casos a serem atendidos. No entanto, em situações de atendimento extra e urgências, este fluxo pode ser prejudicado.

Quando se trata dos atendimentos aos usuários em situação de internação – enfermaria, CTI, UPO e emergência – os prontuários encontram-se organizados em

locais de acesso direto aos profissionais da equipe, responsáveis pelo acompanhamento do usuário internado, em seus respectivos setores. Logo, ficam em local apropriado e são ordenados pelo número dos leitos.

Os usuários encaminhados pelo sistema de regulação para o HCI, especificamente, para atendimento na clínica de Cabeça e Pescoço, realizam uma primeira avaliação médica, denominada triagem especializada, que é feita pelo médico cirurgião oncológico do INCA, na própria clínica citada. Após esta primeira avaliação e de acordo com a confirmação do diagnóstico, no mesmo dia, os usuários são atendidos pelos médicos “staff’s” e residentes, para fins de programação de condutas clínicas, pedidos de exames e solicitação de pareceres para as demais categorias profissionais e/ou clínicas específicas, caso seja necessário. Após este primeiro momento, os usuários têm suas matrículas efetivadas e seus prontuários são iniciados pelos funcionários responsáveis por estes procedimentos.

Em relação ao Serviço Social, estes mesmos usuários são encaminhados pelos médicos da Clínica da Cabeça e Pescoço para agendamento de atendimento de primeira avaliação social (primeira vez). Alguns destes encaminhamentos são feitos por parecer e agendados na própria recepção do ambulatório do Serviço Social e outros têm os atendimentos agendados pela recepção da clínica de Cabeça e Pescoço.

O primeiro atendimento social realizado mais próximo possível da data de matrícula destes usuários é muito importante para a efetivação do acesso aos benefícios e direitos sociais, bem como para um melhor acompanhamento social ao longo de um tratamento tão complexo.

Este fluxo é resultado de conversas com a equipe médica e com demais funcionários/as, cujos esclarecimentos por parte das assistentes sociais, responsáveis pelos atendimentos nesta clínica, possibilitaram a realização dos encaminhamentos dos usuários recém-matriculados para avaliação social. Cabe esclarecer que estes usuários podem recusar o atendimento social³¹. Os atendimentos subsequentes podem ser indicados pelas profissionais e/ou solicitados pelos próprios usuários. Este resgate do processo de trabalho é possível, exatamente, em função de uma observação sistemática da rotina institucional e com base em estudos e indicadores realizados pelo Serviço Social e disponibilizado pelo serviço.

31 Vide “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”. Disponível em www.bvsms.saude.gov.br Acesso em 22 de junho de 2019.

Na enfermaria da clínica em questão, os usuários são atendidos pelas assistentes sociais mediante visita aos leitos, através de uma busca ativa e de demandas espontâneas por parte dos próprios usuários e/ou acompanhantes, bem como através de pedido de parecer feito pelas demais categorias profissionais. Neste espaço, há uma sala de atendimento do Serviço Social, de uso exclusivo das assistentes sociais.

Os atendimentos sociais realizados tanto no ambulatório quanto na enfermaria são relatados nos prontuários dos usuários. Estes registros técnicos dizem respeito ao acompanhamento social prestado a estes usuários na unidade hospitalar.

Observa-se que o registro profissional das assistentes sociais é considerado pelas demais categorias, ao longo do processo de trabalho, no momento de suas abordagens aos usuários. Na enfermaria, especificamente, quando se constitui em casos acompanhados de forma mais conjunta pela equipe multiprofissional. Estas condutas são consideradas informalmente e são apresentadas pelos próprios profissionais da equipe de saúde.³²

Diante do exposto, é importante destacar que o fluxo institucional em relação aos prontuários, viabilizado pelo HCI, assim como nas demais unidades do INCA, que se dá de acordo com atenção oncológica, possibilitando manuseio dos prontuários por todos os profissionais, das diversas categorias, que atuam na instituição. Nesta direção, observa-se que o Serviço Social pode apropriar-se de forma crítica deste instrumento, adicionando-o ao seu exercício profissional, em uma perspectiva de ampliação das capacidades e habilidades profissionais. Isso é realizado no sentido de mudanças qualitativas no que se refere à condução do processo de trabalho, em consonância com os princípios defendidos com base na direção social da profissão. Portanto, o prontuário único é um elemento fundamental na assistência prestada pelas assistentes sociais, pois ele pode favorecer a organização e o levantamento de dados para a caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias da população usuária dos serviços de saúde.

3.4 O Serviço Social no Hospital do Câncer I

A expansão do Serviço Social no Brasil ocorreu a partir de 1945 e encontra-se associada às necessidades de consolidação do capitalismo no país. Tratava-se de um

³² Este aspecto cabe uma análise mais aprofundada, não sendo realizável neste momento, uma vez que tal intento escapa ao limites da presente proposta de estudo.

contexto de mudanças no panorama internacional, decorrente do final da Segunda Guerra Mundial. Neste mesmo período, a ação profissional da área da saúde, também, ampliou-se, tornando-se o principal setor de atuação das assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2004)

No Brasil, o Serviço Social marcou seu início de atuação na saúde pública pelo viés da prática educativa, através de ações normativas no contexto de vida da população. Eram procedimentos referentes aos hábitos de higiene e saúde aplicada à vida privada das pessoas (BRAVO; MATOS, 2004).

Segundo análises deste estudo, pode-se afirmar que o atendimento do Serviço Social surge nas grandes instituições de saúde, como os hospitais, tendo como característica uma ação de atendimentos de “casos sociais”, com base na metodologia do Serviço Social de Casos. Tinha-se como objetivo construir um elo da instituição com a família e com o usuário, no que diz respeito à continuidade do tratamento após a internação. As demandas que chegavam às assistentes sociais eram tratadas como uma situação isolada, desconsiderando a dimensão macrossocial que pudesse estar contida nos atendimentos.

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico na trajetória da política de saúde do país. Ela foi um dos principais momentos de luta pela universalidade do direito à saúde no Brasil e reuniu um número significativo de sujeitos sociais importantes. Contou com a participação de diferentes pessoas implicadas na transformação dos serviços de saúde. Esses indivíduos foram profissionais de saúde, movimentos populares desta mesma área, sindicatos e também grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. O conjunto dessas forças impulsionou a Reforma Sanitária, iniciada nos anos 1970, obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Este movimento contou com a adesão e participação significativa de assistentes sociais.

Contudo, os desafios na área da saúde para as assistentes sociais estão presentes e avançam na atualidade cotidiana. Foi a partir da década de 1990 que a ofensiva neoliberal se torna efetiva e as políticas públicas, assim como a política de saúde, passam por desmontes e propostas de gestão privada. Estes fatos repercutem, diretamente, no exercício profissional das assistentes sociais. Porém, ações de pesquisas, articulações e mobilização fazem parte das atividades realizadas pelas profissionais de Serviço Social em várias esferas no campo da saúde no Brasil.

Prosseguindo, tem-se a resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que, diante das exigências da interdisciplinaridade e de um sistema de saúde que identifica os fatores determinantes e condicionantes da saúde, reconhece quatorze categorias como profissões de saúde de nível superior. Este grupo é constituído por assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Diante disto, o Serviço Social é parte integrante do trabalho coletivo do HCI/INCA como um profissional de nível superior capacitado para a atuação no âmbito da saúde.

A atenção à saúde prestada pelo INCA conta com o exercício profissional de algumas destas categorias. Ao considerar-se a saúde como resultado das condições de vida e de trabalho, pode-se afirmar que o adoecimento por câncer está relacionado a vários determinantes. O serviço prestado à população necessita dos diferentes conhecimentos desenvolvidos por estes profissionais, no que se refere à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Na atualidade, as atividades realizadas no HCI têm a participação de grande parte destas categorias. Há, no momento, a ausência somente dos profissionais de educação física e medicina veterinária, conforme os objetivos principais desenvolvidos pela instituição.

Para fins de atenção à população atendida no Hospital do Câncer I, há uma organização institucional em relação aos serviços. A coordenação do Serviço Social encontra-se situada no andar térreo desta instituição. O Serviço Social conta com salas de atendimento específicas para uso das assistentes sociais, tanto no setor de ambulatório quanto nos espaços de enfermaria.

O ambulatório destinado ao atendimento das assistentes sociais é composto por uma recepção, que é compartilhada com o serviço de nutrição. Os funcionários desta recepção desenvolvem práticas de organização dos atendimentos para esses serviços, além de realizarem o primeiro contato com os usuários e seus acompanhantes. Realizam, também, a organização dos prontuários disponibilizados para os atendimentos.

A chefia é ocupada por uma assistente social e encontra-se diretamente vinculada à função de gestão, planejamento e assessoria. O Serviço Social contava com dois funcionários administrativos, contudo, com a aposentadoria de um deles, não houve a recomposição da força de trabalho. Essa questão, também, reproduz-se

nas aposentadorias das assistentes sociais e demais profissionais de saúde. Este fato está relacionado à redução dos concursos públicos federais, que vem gerando uma debilidade na assistência prestada no âmbito da saúde pública.

As atividades relacionadas ao ambulatório contam com salas adequadas, para fins de atendimentos individuais. Os atendimentos no ambulatório de Serviço Social são realizados por meio de agendamento ou por demandas espontâneas. Este agendamento pode ser solicitado por telefone ou contato direto com a recepção do serviço.

Com base na realidade institucional e a partir das demandas apresentadas ao Serviço Social, as assistentes sociais realizam atividades de atendimento direto aos usuários através de ações socioassistenciais. Os atendimentos realizados no ambulatório chegam à assistente social a partir de agendamento prévio e por demandas de caráter emergencial, através de solicitação espontânea dos usuários ou por meio de parecer feito por trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional. As assistentes sociais nas enfermarias trabalham com as determinações sociais que envolvem o usuário e sua família e/ou acompanhantes, no que diz respeito ao tratamento oncológico e seu acompanhamento.

Atualmente, a equipe de Serviço Social do HCI é composta por somente doze assistentes sociais, sendo todas funcionárias com vínculo público (Ministério da Saúde). As profissionais concursadas são servidoras públicas regidos pelo RJU – Regime Jurídico Único (Lei 8.112/90) e estas compõem o cargo da Carreira de Ciência e tecnologia do MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Estas funcionárias assumiram seus cargos após um processo de substituição de profissionais terceirizados, contratos pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Ary Frauzino – FAF (atualmente denominada Fundação do Câncer) e eram regidos pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943).

A equipe de Serviço Social é composta por onze assistentes sociais do sexo feminino e um assistente social do sexo masculino. Cerca de 17% das assistentes sociais possuem 50 a 55 anos de idade. A maioria, 58%, está na faixa etária dos 35 a 39 anos. E 25% possuem idade entre 40 a 45 anos.

No que se refere à escolaridade, a equipe é composta por assistentes sociais graduadas pelas seguintes instituições: PUC/RJ = 01; UERJ = 02; UFF = 03; e UFRJ = 06. Em relação à capacitação continuada, têm-se: Especialização = 03; Doutorado

= 01 e Mestrado = 07. Atualmente, a equipe conta com profissionais em curso de pós-graduação: 05 assistentes sociais cursando doutorado (UERJ = 02; UFRJ = 02; PUC/SP = 01) e 02 profissionais no curso de mestrado acadêmico (UERJ = 01 e UFRJ = 01).

Diante do exposto, faz-se necessário ressaltar que o atual Código de Ética Profissional, documento que consubstancia o compromisso ético assumido pela profissão perante a sociedade brasileira, é referência na realização do exercício profissional. O décimo princípio fundamental deste código institui o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”. Assim, parte-se das condições objetivas da própria realidade.

Este princípio, ao ser assimilado na direção social do trabalho profissional, pode permitir a realização de uma análise crítica sobre a profissão, os espaços sócio-ocupacionais, a questão social e suas expressões, bem como sobre os complexos processos sociais presentes na sociedade. A capacitação continuada favorece o aprimoramento dos conhecimentos referentes aos fundamentos do Serviço Social. Guerra (2013) destaca que

[...] na realidade mesma, que se põe a necessidade da qualificação profissional e que esta, a depender se seus fundamentos permitirem o desvelamento da realidade, condicionada a princípios éticos e uma direção política crítica e contestatória, se converte em competência teórica, política e técnica direcionadas para um exercício que priorize a qualidade do atendimento das demandas dos usuários, convertendo-as em demandas coletivas (2013, p. 126).

Ao pensar este princípio, de fundamental relevância, é preciso relacioná-lo às exigências e possibilidades do aprimoramento intelectual diante das condições concretas da realidade da sociedade brasileira. É importante sinalizar as ponderações que Guerra (2013) destacou em sua análise. Isto é,

Fácil seria culpabilizar as profissionais pela ausência de acesso a uma formação/capacitação que incide sobre a qualidade dos serviços prestados à população usuária, sobre seu aprimoramento intelectual e a materialização deste no cotidiano, quando as condições objetivas e subjetivas para isso lhe são dificultadas (2013, p.125).

Sob os parâmetros capitalistas, as mudanças no campo do trabalho, pressionadas pelas exigências do capital e tendo em vista sua expansão, mobilizam ações de mercantilização e privatização da educação pública. As consequências de

se pautar a educação em bases mercantis são a precarização e sucateamento brutal do ensino, desde o nível fundamental ao nível superior.

O contexto atual demonstra um surgimento alarmante de cursos em Serviço Social não presenciais, ou seja, graduação à distância no conjunto EaD (Educação à Distância). Esta dimensão da educação nacional repercute negativamente na tríplice fundamental do ensino superior: ensino, pesquisa e extensão. A formação de profissionais críticos e reflexivos é definitivamente prejudicada. Esta situação é danosa não somente para os estudantes, mas também para os professores (mestres e doutores) e profissionais já formados.

Por esta razão, mais do que nunca, não se pode desconsiderar que o aprimoramento intelectual incide na qualidade dos serviços prestados. E diante de um contexto desafiador, no que se refere à educação superior no Brasil, a capacitação continuada constitui-se enquanto estratégia de enfrentamento e defesa dos aspectos éticos e técnicos, bem como da qualidade do trabalho.

O compromisso com o aprimoramento intelectual pode favorecer o fortalecimento do exercício profissional de maneira articulada ao projeto ético-político profissional, no enfrentamento dos desafios impostos na contemporaneidade:

Sem dúvida que a qualificação profissional não apenas nos permite descortinar nossas competências, redimensioná-las, ampliá-las, conquistar novas competências e legitimidades. A produção de conhecimento crítico é uma ferramenta, é uma arma (a arma da crítica), é uma estratégia para a formação e a capacitação profissionais (GUERRA, 2013, p. 132).

Nesta direção, referente à realização do trabalho em conjunto com a equipe de saúde, há, também, a participação do Serviço Social do HCl como coordenação e membro integrante de programas internos da instituição, pesquisa interdisciplinar e grupo multiprofissional.

As dificuldades, conflitos e contradições existentes na realidade vivenciada pelos profissionais de saúde nas instituições podem obstaculizar a participação das assistentes sociais em programas e projetos institucionais. Contudo, é fundamental que a equipe de Serviço Social reflita que, diante do avanço de ataques conservadores e ultraconservadores às políticas públicas e sociais, há a exigência urgente da contribuição do Serviço Social em atividades coletivas desenvolvidas internamente, que vão impactar na realidade dos usuários atendidos, bem como na dinâmica hospitalar vivenciada pelos profissionais, mas que também podem gerar repercussões externas positivas.

O Serviço Social, enquanto categoria profissional, não possui condições de efetivar um processo revolucionário, uma vez que esse fato é fruto de um movimento de organização de classe, em âmbito coletivo, conforme sinalizado por Yamamoto (2008) e Netto (2009). A importância da participação nos projetos coletivos está no conhecimento adquirido pela profissão, em um processo histórico da formação profissional, que possibilita à assistente social uma análise ampliada da conjuntura socioinstitucional, das políticas sociais e das reais necessidades da população usuária.

É preciso, ainda, que as equipes de Serviço Social, através da competência e das atribuições profissionais das assistentes sociais em todas as suas dimensões, analisem a relevância da participação em programas e projetos coletivos, tendo em vista a possibilidade da construção de ações que possam viabilizar a materialização de direitos já adquiridos, no sentido de possibilitarem mudanças significativas em relação ao um projeto maior de superação da desigualdade social.

A compreensão sobre o processo de trabalho coletivo nos serviços de saúde constitui-se com base nas condições históricas do desenvolvimento da saúde pública no Brasil e no conjunto de mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas do SUS. É relevante considerar, também, as transformações na divisão sociotécnica e institucional do trabalho e na expansão dos subsistemas de saúde, identificada na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais (COSTA, 2009, p. 308).

Desta forma, a atuação profissional das assistentes sociais não é realizada de forma isolada e o trabalho coletivo na saúde é permeado por características próprias e tensões inerentes à maneira como o trabalho vêm sendo desenvolvido na sociedade capitalista (MATOS, 2013).

Costa (2009) afirma que, embora o trabalho cooperativo³³ na saúde venha ampliando a incorporação de outras profissões e atividades, há, ainda, a presença do caráter subsidiário destas práticas ao exercício médico. Nesta direção, o Serviço Social no HCI, bem como as demais categorias profissionais, organiza suas ações vinculadas ao fluxo institucional que atende terminantemente as especialidades médicas. A medicina prevalece enquanto categoria que possui o poder hegemônico

33 Costa (2009, p. 307) utiliza com base na tradição marxiana, a categoria “cooperação” para “designar o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde” .

na instituição, apesar dos significativos progressos, no que diz respeito à organização das demais categorias referentes às decisões institucionais.

O Serviço Social do HCI busca desenvolver suas atividades em consonância com os princípios ético-políticos presentes no projeto profissional da categoria e no projeto da reforma sanitária. Procura construir ações tendo por base o compromisso com os direitos conquistados pelos trabalhadores brasileiros. O projeto de intervenção desta equipe possui como eixo central a perspectiva de acesso aos direitos sociais, tendo em vista o enfoque ampliado de saúde, considerando saúde como resultante das condições gerais de vida, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde. Projeto que se mantém em constante avaliação e aprimoramento.

No que diz respeito às atividades de planejamento e gestão no âmbito institucional, o Serviço Social realiza reuniões de equipe periodicamente, com o objetivo de avaliar plano de ações, elaborar projetos e atividades, identificar e estabelecer prioridades entre as demandas apresentadas, discutir casos e realizar análise da conjuntura institucional.

As assistentes sociais participam de eventos científicos organizados pelo conjunto Serviço Social, Saúde e Atenção Oncológica, além de eventos de outras áreas de conhecimento, tendo em vista o aprimoramento profissional.

No que diz respeito ao ensino, o INCA oferece, dentre outros, o curso de pós-graduação *Lato Sensu*, sob a forma de especialização, que se constitui no programa de residência multiprofissional³⁴ em Oncologia, destinado aos profissionais de saúde, caracterizada por ensino em serviço (INCA, 2019). Como parte integrante desta modalidade de ensino, encontra-se o Serviço Social do HCI. Este curso baseia-se na seguinte concepção:

A proposta pedagógica do Programa fundamenta-se em conceitos filosóficos e metodológicos que partem da análise dialética das transformações sociais e do mundo do trabalho, no contexto histórico atual - a Educação Problematizadora. Orientado por essa proposta e pelas Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa tem como objetivo a construção de um perfil profissional crítico e reflexivo, na perspectiva da indissociabilidade entre assistência, ensino, pesquisa e gestão, da flexibilidade na organização do curso e da interdisciplinaridade (INCA, 2019).

34 A Lei federal 11.129 institui a criação das residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Para ser caracterizado residência multiprofissional em saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, três profissões de saúde.

Assim, o Serviço Social do INCA coordena o programa de residência em Serviço Social, cuja organização e coordenação ficam sob a responsabilidade de assistentes sociais de cada unidade hospitalar do INCA. Vinculado à residência multiprofissional³⁵, o Serviço Social participa do colegiado da COREMU³⁶/INCA.

As atividades relacionadas a este programa referem-se às atribuições de planejamento, coordenação e realização de módulos de disciplinas, preceptoria, docência, tutoria e orientação de trabalho de conclusão de curso. As assistentes sociais participam, também, da coordenação de disciplinas, com profissionais das demais categorias, quando se trata de matéria comum a todos residentes do programa multiprofissional.

A residência multiprofissional é um grande desafio para as equipes de Serviço Social. Não só no que se refere à questão da sobrecarga de trabalho estrutural, visto que a falta de profissionais faz com que haja um acúmulo de atribuições relacionadas à assistência direta ao usuário, ao ensino etc. Além desta dificuldade, vivencia-se um histórico contexto desfavorável para as políticas públicas, tanto no âmbito da saúde, quanto da educação.

Diante dos desafios, a residência multiprofissional tem a possibilidade de fomentar a interdisciplinaridade nas ações em saúde. Silva e Mendes (2013) destacam que

Na especificidade do tema das residências multiprofissionais em saúde, estas têm o potencial de fomentar a interdisciplinaridade nas práticas em saúde por colocarem em um mesmo espaço de formação e de realização de trabalho diferentes *saberes e fazeres* que ao se encontrarem poderão aproximar-se mais efetivamente das necessidades de saúde da população. Essa modalidade de ensino em serviço promove a interação entre: gestores, profissionais dos serviços, profissionais residentes, docentes e usuários. Além de necessariamente aproximar os campos da saúde e da educação (SILVA; MENDES, 2013, p.202).

Observa-se que a residência pode possibilitar ao Serviço Social, também, uma estratégia de reflexão contínua de sua própria atuação, bem como a possibilidade de se repensar criticamente as formas como os serviços estão estruturados, com base em uma dimensão propositiva.

A equipe de Serviço Social realiza suas atividades com base em uma ação educativa e participativa, de forma a contribuir para o desenvolvimento de uma visão

35 Este programa dirige-se aos profissionais das seguintes áreas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

36 COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional.

crítica dos usuários a respeito das questões que envolvem seu processo saúde-doença, além de fortalecer a busca por soluções coletivas. Isto é feito em uma perspectiva de se afirmar o caráter coletivo das demandas que se apresentam aos/às assistentes sociais

Os usuários são apreendidos enquanto sujeitos importantes no processo de trabalho nos serviços de saúde, enquanto coparticipantes na relação entre profissional da saúde e usuários do serviço. Além disso, eles são reconhecidos como parte integrante da classe trabalhadora, possuidores de necessidades e interesses, e que se expressam no cotidiano dos serviços públicos.

Busca-se identificar as demandas implícitas e explícitas dos sujeitos em tratamento oncológico, tendo em vista a viabilização do acesso aos direitos sociais e o fortalecimento da proteção para além do âmbito da saúde, uma vez que se tem em vista à efetivação da Seguridade Social em seu conjunto, visando à ampliação de suas políticas.

Nesta perspectiva, é fundamental que as assistentes sociais compreendam a importância atual da realização de análise crítica e propositiva acerca dos elementos presentes no cotidiano profissional do Serviço Social. Isso significa que o conhecimento gerado e documentado pelas assistentes sociais, em seus campos de atuação profissional, é fonte essencial para o desvelamento das questões que envolvem a profissão contemporaneamente. Portanto, o instrumental utilizado de forma coletiva pode contribuir para a compreensão da relevância de se pensar a documentação elaborada pelas assistentes sociais no exercício de suas atividades junto à população usuária, em relação ao seu exercício cotidiano.

É preciso destacar que, por se encontrar no âmbito da prestação de serviços públicos, as assistentes sociais possuem uma maior autonomia em relação ao seu exercício profissional. Pois embora as assistentes sociais sejam reconhecidas como profissionais liberais, estas possuem uma relativa autonomia. Isto porque na sociedade capitalista o Serviço Social é requerido por sua especialização dentro da divisão social e técnica do trabalho, sendo acionado junto com outras especialidades. Desta forma, o processo de trabalho do INCA já estava organizado, segundo as diretrizes da política de saúde e controle e prevenção do câncer, quando a equipe de Serviço Social se juntou a ele.

No entanto, podemos dizer que a assistente social, nesta dinâmica, possui uma autonomia técnica, ou seja, seu trabalho não se limita às burocracias e se abre a

possibilidades de dialogar com as demais racionalidades presentes na saúde pública. Desse modo, as ações profissionais desenvolvidas podem viabilizar, de forma conjunta com demais profissionais de saúde, a consolidação dos princípios fundamentais do SUS.

Diante disto, pode-se vislumbrar a importância de se refletir sobre a natureza e o conteúdo do registro do trabalho profissional das assistentes sociais em prontuário único no contexto do processo de trabalho coletivo no campo da Oncologia. É possível se aproximar das questões abordadas pelo Serviço Social em um trabalho coletivo, através do relato profissional em prontuário único? O que é relatado em instrumento coletivo acerca dos atendimentos realizados pode ser caracterizado como conteúdo documental em Serviço Social?

3.5 Considerações sobre a documentação do Serviço Social sistematizada em prontuário único

Diante da compreensão de que é na vida cotidiana que a existência humana se realiza, por ser produto do próprio ser humano, chega-se à conclusão de que o cotidiano corresponde a um importante aspecto da realidade concreta, pois é na cotidianidade que se dá as formas de produção e reprodução da vida social, onde a repetição de valores e costumes se manifesta, favorecendo os processos de alienação, mas, contraditoriamente, onde, também, as mudanças se materializam, a partir da crítica da realidade, bem como do desenvolvimento da arte e das ciências (NETTO, 2007; BRANT CARVALHO, 2007).

Evidentes são as transformações em curso na sociedade contemporânea. As mudanças estão presentes em todas as dimensões do modo de produção do atual sistema socioeconômico. Em termos científicos e tecnológicos, as transformações afetaram e continuam a impactar as relações sociais em suas várias áreas.

Este movimento de transformações sociais repercute no Serviço Social, pois a profissão é parte integrante das atuais condições societárias. Sarmiento (2013), ao analisar esta questão, sinaliza a seguinte ponderação:

Acredito que este movimento tem provocado profundo impacto nas práticas sociais que intervêm no processo de produção material e espiritual da força de trabalho. E conseqüentemente, tem chegado com a mesma intensidade nas práticas profissionais, por meio da divisão social e técnica do trabalho. Estas mudanças em curso têm gerado novas necessidades que são

incorporadas pelas exigências dos sujeitos demandantes (e seus interesses de classe), expressadas em requisições socioinstitucionais e técnico-operativas, materializadas por meio do mercado de trabalho (SARMENTO, 2013, p.21).

Novas configurações e instrumentos se fazem atuais nos espaços de ocupação profissional. E cabe enfatizar que o Serviço Social faz parte do trabalho coletivo. Neste sentido, as instituições são responsáveis pela organização do seu processo de trabalho. Logo, com base na divisão social e técnica do trabalho, as assistentes sociais, em seu exercício profissional, não dispõem de todos os meios necessários para a efetivação da sua atuação profissional, sejam eles os recursos técnicos, financeiros, instalações etc.

Desta forma, o conhecimento que o Serviço Social desenvolveu historicamente fornece o suporte necessário para se desvendar e compreender os desafios pautados em seus espaços sócio-ocupacionais, tanto no que diz respeito aos aspectos éticos e políticos quanto técnicos e instrumentais.

Diante disso, é preciso indicar que esta dinâmica exige dos profissionais a busca por meios e estratégias que proporcionem os estudos, as pesquisas e a sistematização acerca da produção de conhecimento realizada pelo Serviço Social em seus processos de trabalho. Há novas requisições aos profissionais, novas racionalidades, bem como novos instrumentos. Sarmiento (2013) afirma que “nas áreas da assistência social ou da saúde, sem dúvida, nossas ações implicam e são acompanhadas pelos registros técnicos que fazemos nos sistemas de informação próprios destas políticas e seus respectivos programas informatizados” (2013, p. 23). Considerando o fato de que as dimensões que envolvem a profissão se expressam de forma intrínseca, Sarmiento (2013) destaca que

Há que se fazer de forma competente um conjunto de procedimentos que sejam articulados entre si, isto é, técnicos (no sentido de saber fazer e conduzir tecnologia e conhecimentos); políticos (tomar posição e fazer escolhas na articulação de sujeitos e movimentos sociais); teóricos (capacidade de análise, compreensão e projeção); ético [não basta querer, é preciso saber o que se quer conhecer os fundamentos dos princípios e valores que norteiam nossas ações, tais como igualdade, justiça e liberdade] (SARMENTO, 2013, p.23).

Nesta direção, esta pesquisa, com base nas atuais exigências da atenção oncológica, buscou refletir e identificar o que consta de registro do Serviço Social realizado pelas assistentes sociais em prontuário único, uma vez que este instrumento

coletivo significa, também, uma documentação tanto referente à produção de conhecimento do Serviço Social, quanto das demais profissões da área da saúde.

Portanto, esse estudo problematiza um recurso utilizado pelas assistentes sociais na atenção oncológica, que se configura no prontuário único, no sentido de se desenvolver uma reflexão sobre a documentação produzida e sistematizada pelo Serviço Social. Isto é realizado de forma a expressar o entendimento crítico em torno de tal temática, no que diz respeito aos aspectos que envolvem as exigências apresentadas pelas políticas de saúde, materializadas contemporaneamente nas instituições.

Assim, destaca-se que o relato profissional não deve ser considerado como uma ação mecanicista e sem reflexões. É necessário que haja uma finalidade e razões pelas quais ele é orientado. A compreensão deste estudo não é de fornecer “normas” para a operacionalização desse instrumento, pois há o entendimento de que a realidade é dinâmica e permeada de tensões e contradições. Vale ressaltar que as escolhas feitas pelas assistentes sociais em seus espaços de atuação profissional não são neutras, visto que para além da dimensão operacional, elas também possuem caráter político-ideológico.

As decisões tomadas pelas assistentes sociais têm sua base em projetos sociais distintos. Estes projetos possuem dimensões sociopolíticas relacionadas aos projetos societários presentes na realidade cotidiana da sociedade capitalista. Estas decisões profissionais podem se contrapor à exploração da classe trabalhadora, permitindo estratégias que priorizem os interesses das classes subalternas, “alvo prioritário das ações profissionais”, de acordo com Iamamoto (2009, p.171), bem como, contrariamente, podem favorecer projetos conservadores de manutenção do privilégio de classes.

Portanto, cabe analisar, enquanto estratégia de enfrentamento e de defesa das condições éticas, técnicas, políticas e da qualidade dos serviços prestados, o registro profissional em prontuário único, tendo em vista o desenvolvimento e o desvelamento das competências profissionais do Serviço Social, bem como a possibilidade de redimensioná-las, ampliá-las, conquistando novas competências e legitimidades.

Diante disso, a análise parte da reflexão crítica sobre as peculiaridades do registro em prontuário único pelas assistentes sociais no campo da saúde, particularmente na atenção oncológica, considerando a relevância da documentação em Serviço Social enquanto meio de produção de conhecimento e de sistematização

do cotidiano profissional, bem como fonte de dados que podem favorecer o desenvolvimento do Serviço Social diante da contemporaneidade dos desafios apresentados a esta categoria profissional.

Logo, este estudo encontra-se fundamentado em uma pesquisa qualitativa, mediante abordagem de natureza exploratória, com base nos conceitos de Minayo (2007; 2014). Esta abordagem encontra-se relacionada ao levantamento de dados e interpretação dos mesmos. A pesquisa qualitativa é considerada de fundamental importância para aprofundar conhecimentos. A técnica de análise do material qualitativo utilizada foi a análise de conteúdo. Logo, a modalidade abordada, a partir desta técnica, trata-se da análise temática.

Embora se reconheça a relevância do estudo, é um desafio significativo às assistentes sociais levantar reflexões, através de pesquisas sobre as ações profissionais das assistentes sociais, de forma a contribuir para a ampliação do debate em torno de temáticas que partam da dimensão técnico-operativa da profissão. Sendo assim, Iamamoto (2008) afirma que

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo uma maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social (IAMAMOTO, 2008, p.52).

Pensar a documentação produzida pelas assistentes sociais no momento do atendimento aos usuários, além de ser uma aproximação com a dimensão interventiva do Serviço Social é, também, uma busca pela identificação de aspectos ligados à profissão contemporaneamente e ao fortalecimento da identidade profissional.

Nessa perspectiva, a pesquisa buscou, através da análise temática, identificar os núcleos de sentido que compõem os registros das assistentes sociais em uma documentação construída coletivamente. A análise foi feita pela contagem de frequência das unidades de significação, mediante categorização das estruturas de referência presentes no conjunto dos dados coletados (MINAYO, 2014).

Assim, os dados obtidos dizem respeito a unidades de referência categorizadas. Desta forma, pode-se observar que, na Tabela 1, os registros de maior relevância referem-se à “identificação dos usuários”.

Tabela 1 -Elementos de Identificação dos Usuários.

Elementos de Identificação dos Usuários		
Variável	Frequência	Total
Estado Civil	17	17
Idade	17	17
Escolaridade	17	17
Religião	05	17

Fonte: Prontuário Único – CP/HCI, 2017-2018.

Quando se refere aos atendimentos iniciais, fundamental se faz obter dados de identificação do usuário, uma vez que esta conduta significa uma primeira caracterização das pessoas atendidas pela assistente social. Logo, este perfil preliminar registrado contribui para uma aproximação com a realidade destes sujeitos.

Este conhecimento é muito importante para fins de se pensar sobre o planejamento e a construção de propostas de atuação, de acordo com as necessidades sociais acentuadas, a partir de um diagnóstico tão complexo como o de câncer.

Assim, ressaltar elementos de identificação do usuário, em uma documentação coletiva, como por exemplo, indicar que a pessoa trata-se de um usuário idoso, possuidor de baixa escolaridade etc, pode configurar-se em um compromisso profissional com o desenvolvimento de atendimentos e ações comprometidos com a concepção integral do indivíduo, ao contrário da visão restrita de uma doença que precisa ser eliminada.

Para além disso, diante desta identificação, há o reconhecimento das políticas públicas e programas sociais destinados a grupos da população, disponibilizados conforme a Política Nacional do Idoso, bem como o conhecimento por parte dos/das profissionais dos projetos institucionais e das questões tanto éticas como legais, que envolvem determinadas condutas. Logo, é fundamental e necessário para a avaliação social que se reconheça e registre as condições principais de identificação do usuário em acompanhamento pelo Serviço Social.

No que diz respeito ao dado relacionado à religião, no caso do HCI, existe um projeto de suporte espiritual para os usuários que solicitem este tipo de apoio e de acordo com suas religiões, caso seja solicitado. Refletindo sobre as informações registradas cotidianamente na ficha social, Almeida (2013, p. 142) indaga: “outro quesito importante é a religião. E ainda, existe algum espaço para indagar sobre a religião do usuário?”. Almeida (2013, p. 146) afirma que “precisamos, ainda, enfrentar

com mais efetividade a discriminação religiosa, da qual têm sido objeto de ataques as religiões de matriz africana – de forma incisiva – e a tradição indígena de forma mais silenciosa”. Para a autora, consiste em uma informação que pode colaborar para desnaturalizar os preconceitos institucionais baseados na desigualdade social, que repercutem na vida das classes subalternas.

Muitos desafios são postos na atual conjuntura societária, fato que interfere nas demandas apresentadas ao Serviço Social. Em relação à atual unidade de referência apresentada, cabe sinalizar que não houve a localização de elementos relacionados ao gênero e à raça/cor dos usuários nos registros realizados por assistentes sociais. A identificação associada ao “sexo” e à “cor” foi constatada no prontuário único, presente nas informações descritas na matrícula dos usuários.

O debate sobre a questão étnico-racial e relação de gênero encontra-se presente nas discussões pautadas pelo conjunto da categoria profissional. No entanto, constata-se que ainda há dificuldades relacionadas às assistentes sociais diante do enfrentamento ao racismo e sexismo institucionais.

As discussões sobre os elementos que envolvem o conceito raça/etnia e gênero são fundamentais para a compreensão da questão social na dialética da formação social brasileira. Logo, o registro destas temáticas pelas assistentes sociais, no âmbito da saúde pública, podem contribuir para a apreensão das singularidades de um determinado segmento da população brasileira que vivência, no seu cotidiano, as desigualdades sociais de gênero e de raça/etnia.

Neste sentido, a sugestão feita, neste momento, refere-se à incorporação de itens de identificação, gênero e cor(raça/etnia), autodeclarados e equivalentes à classificação realizada pelo IBGE, nas avaliações ou fichas sociais, tendo em vista a importância desses dados, para fins de avaliação, construção de propostas e sistematização de ações de potencialização de inserção democrática, bem como para análise da realidade social.

O adoecimento a partir do diagnóstico de câncer provoca repercussões não somente na vida do indivíduo, mas também causa impactos no contexto familiar da pessoa diagnosticada.

O Câncer caracteriza-se por ser uma doença grave, que envolve tratamentos invasivos e/ou mutilantes. Conseqüentemente, ele acarreta implicações em várias dimensões da vida, isto é, afeta as condições físicas, emocionais, sociais e econômicas das pessoas em tratamento oncológico.

Este fato provoca alterações significativas na realidade desses sujeitos, como a situação de dependência e a necessidade de cuidados. Diante desta conjuntura, é possível a compreensão da próxima unidade de relevância e significação constada nos registros em prontuário único. Assim, tem-se “aspectos relacionados a familiares e acompanhantes”. Veja-se na tabela adiante.

Tabela 2 - Aspectos Relacionados a Familiares e Acompanhantes

Aspectos Relacionados aos Familiares/Acompanhantes		
Variável	Frequência	Total
Referência Pessoal	17	17
Identificação do Acompanhante	17	17
Suporte Familiar/Amigos	17	17
Com quem reside	17	17
Contato com Familiares	07	17
Adoecimento na Família	06	17
Conflito Familiar	01	17

Fonte: Prontuário Único – CP/HCI, 2017-2018.

Observa-se uma ênfase em relação ao registro de dados sobre as pessoas que acompanham o usuário em tratamento, seus familiares e contexto familiar. Diante destes dados, faz-se necessário destacar que, nos espaços de atuação profissional, isto é, nos serviços públicos e privados, historicamente, o trabalho das assistentes sociais está diretamente relacionado à atuação junto às famílias, uma vez que suas demandas são resultados das expressões da questão social que essas famílias vivenciam. Sendo assim, nas equipes multiprofissionais verifica-se que o Serviço Social é chamado para avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário, no sentido de identificação das dificuldades enfrentadas.

Diante desses dados, é importante destacar que, no Brasil, a partir da Constituição de 1988, enfatiza-se o dever da família, do Estado e da sociedade na proteção social aos indivíduos. Porém, sob as formas do Estado capitalista, baseado em modelos neoliberais, observa-se um descolamento de responsabilidades do poder público para as famílias. Conforme afirma Alencar (2010):

(...) ressurgem os discursos e as práticas de revalorização da família, que, fundamentados numa concepção ideológica de cunho conservador, promovem e disseminam a proposição de que a família é a grande responsável por prover as necessidades dos indivíduos (ALENCAR, 2010, p. 63).

No âmbito da saúde, em decorrência da ausência de ações do Estado voltadas para as famílias, muitas equipes criam expectativas e projetam na família o protagonismo no acompanhamento e cuidado do usuário. Isto refere-se principalmente às mulheres, tidas como cuidadoras “naturais”. Este fato gera uma sobrecarga de tarefas e funções para estas mulheres na dinâmica da sociedade.

Os profissionais de saúde não podem negar a importância da participação da família no processo de cuidado no adoecimento por câncer, porém, deve-se refletir sobre a inexistência de serviços públicos destinados aos cuidados na esfera familiar. Ademais, esta questão não pode ser compreendida como problema individual, mas sim de caráter coletivo. Logo, cabe destacar a análise avaliativa de Alencar (2010) sobre a necessidade de investimento do Estado em programas sociais. Veja-se

Com efeito, o Estado não pode simplesmente devolver para a família a responsabilidade com a reprodução social, sobrecarregando-a com encargos que são de responsabilidade do poder público. Neste sentido, a família deve se tornar referência central nos programas sociais, ganhar lugar de maior visibilidade política, tornando-se alvo de políticas que realmente levem em consideração as novas configurações da questão social no país (ALENCAR, 2010, p. 64).

Seguindo com a análise dos prontuários, consta-se que a relevância de registro sobre a família é um reflexo da realidade das políticas sociais no país, que repercute no cotidiano das instituições de saúde e no trabalho do Serviço Social. Contudo, não foram constatados relatos de responsabilização da família, mas registros que identificam a compreensão da família como parte integrante do processo de acompanhamento, ou seja, a família como sujeito de direitos, assim como o usuário em tratamento. Nos atendimentos sociais registrados em prontuário único pode-se destacar, para fins de maior apreensão da temática abordada, os seguintes registros: “Não possui familiares com possibilidade de prestar alguma assistência” e “família com dificuldades socioeconômicas. Irmão de paciente está doente”. Ou seja, os entraves trazidos por sujeitos são considerados, destacados, mas de modo cuidadoso, sem ultrapassar os limites do sigilo profissional em um instrumento único.

Ainda sobre esta unidade de relevância e significação, foram identificados nos registros aspectos relacionados à/ao acompanhante, tanto nos atendimentos sociais no âmbito do ambulatório quanto nas enfermarias. Desta forma, ao se pensar o prontuário enquanto documentação, verifica-se que o atendimento sistematizado neste documento coletivo pode contribuir para acesso a direitos sociais, também com relação aos familiares. No atendimento com o Serviço Social, quando o usuário expõe a sua dinâmica familiar e aponta conviver maritalmente com companheira(o), e este

fato é registrado pela assistente social. Tal dado, muitas vezes, é avaliado mediante prontuário e conta como uma comprovação, isto é, enquanto prova, por órgãos/instituições, para fins de aprovação de benefícios requeridos, assim como licenças e benefícios previdenciários. Este fato gera um impacto significativo no cotidiano das famílias diante das dificuldades socioeconômicas enfrentadas.

Embora seja esta a informação menos registrada em um instrumento de uso coletivo, constatou-se que não há detalhamento, mas a sinalização, de acordo com o relato do usuário da situação existente, vivenciada, que pode influenciar ao longo de um tratamento, ou seja, um “conflito familiar”. Diante de um tratamento complexo e de um instrumento coletivo, a importância do registro relaciona-se à contribuição, no sentido de se destacar a realidade e as necessidades apresentadas pelo usuário, sobre acompanhamento e a reflexão junto à equipe de saúde, com relação às condições objetivas do caso analisado. Contudo, fica evidente que houve, também, o entendimento profissional, de acordo com a conduta ética, de se demonstrar que é possível à assistente social contribuir em um contexto multiprofissional, na construção de uma documentação coletiva e seguindo os princípios éticos da profissão.

Mioto (2010) sinaliza que a “família não tem condições objetivas de arcar com as exigências que estão sendo colocadas sobre ela na sociedade contemporânea, especialmente nos países como o Brasil, marcado por uma desigualdade estrutural” (2010, p. 169). Para o Serviço Social é tarefa primordial o conhecimento da realidade sociofamiliar dos usuários atendidos e a documentação deste conhecimento produzido, com vista ao acesso aos direitos sociais e fortalecimento de estratégias de ações coletivas de ampliação da proteção social. Assim, ao se deparar com as questões que envolvem família e Serviço Social, é fundamental compreender, de acordo com Alencar (2011), que é preciso “remetê-la [a família] a processos sociais contemporâneos, pois, antes de tudo, família é realidade histórica” (2011, p.134).

As documentações produzidas na saúde pelas assistentes sociais trazem a preocupação com os princípios básicos de uma vida em condições sociais dignas. Nesta direção, os próximos dados referem-se às seguintes unidades de relevância e significações: “documentação básica civil”, “transporte e mobilidade” e “moradia”. Estes dados, sistematizados em prontuário único, estão relacionados ao cumprimento dos direitos humanos³⁷ básicos. Estes elementos remetem ao compromisso ético

37 Os Direitos Humanos são direitos fundamentais e de liberdade que pertencem a todos os seres humanos, independente de cor, gênero, religião, nacionalidade ou qualquer outra condição. Em 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, este documento estabelece a obrigação dos governos em desenvolverem políticas e

firmado pelo conjunto da profissão, presentes no Código de Ética Profissional vigente, em seus princípios fundamentais, que expressam a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (CFESS, 1993). Outro ponto importante associado a estas unidades diz respeito à compreensão de que o conceito de saúde não se trata de ausência de doença, mas sim é um conjunto de determinantes, como especificado na legislação brasileira, com base no conhecimento pautado pela reforma sanitária:

Art. 03º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080, de setembro de 1990).

Tabela 3 - “Documentação Básica Civil”

Documentação Básica Civil		
Variável	Frequência	Total
Documentação Organizada	12	17
Sem algum tipo de documento	03	17

Fonte: Prontuário Único – CP/HCI, 2017-2018.

Tabela 4 - “Transporte e Mobilidade”

Transporte e Mobilidade		
Variável	Frequência	Total
Acesso ao Transporte Coletivo	11	17
Transporte Utilizado	09	17

Fonte: Prontuário Único – CP/HCI, 2017-2018.

Tabela 5 - “Situação de Moradia”

Situação de Moradia		
Variável	Frequência	Total
Tipo (casa, quitinete etc.)	17	17
Vínculo (aluguel, própria etc.)	17	17
Saneamento Básico	15	17
Condições da Localidade	06	17
ESF – Estratégia Saúde da Família	06	17

Fonte: Prontuário Único – CP/HCI, 2017-2018.

Os dados apresentados demonstram uma preocupação profissional em sistematizar e documentar os aspectos fundamentais dos princípios básicos da

dignidade humana e da saúde pensada enquanto melhores condições de vida. Neste sentido, há dados sociais significativos dos usuários com relação a alguns determinantes sociais, como o acesso e a manutenção da documentação civil. Esses dados correspondentes à “documentação civil organizada”; “sem RG (registro geral)”; “perda da certidão de nascimento”, demonstram, também, uma aproximação com o perfil dos usuários atendidos nesta amostra da pesquisa, ou seja, pessoas com histórico de alcoolismo e/ou uso abusivo de outras drogas, que podem ter a vida afetada por rompimentos de vínculos de diversas formas (afetivos, familiares e trabalhistas). Estes fatores podem levar à vivência em situação de rua e causar dificuldade de acesso à cidadania básica, pelo motivo da falta de documentações. A obtenção da documentação civil básica promove o acesso ao princípio básico de cidadania, além de proporcionar o ingresso a direitos sociais como a educação, a assistência social, a previdência social etc.

Em relação aos demais dados, é de extrema importância que o relato profissional das assistentes sociais sinalize as condições da região de moradia do usuário, como o acesso ao transporte coletivo e ao saneamento básico, uma vez que o registro das atividades é sistematizado em uma documentação elaborada no âmbito da saúde pública.

Nestes relatos destacam-se “banheiro no quintal”, “sumidouro”, “difícil acesso ao transporte coletivo”, “rua asfaltada” e “área coberta pela ESF (Estratégia Saúde da Família)”. Destacar tais condições é uma forma de se traçar um cenário da conjuntura em que esses usuários vivem, no sentido de identificar possíveis entraves, neste viés, que possam interferir prejudicialmente o tratamento oncológico, bem como auxiliar na identificação da ausência da promoção das ações dos governos em relação aos deveres do Estado diante da implementação dos direitos fundamentais dos cidadãos. Heller (2018) esclarece a dimensão da questão ao analisar os direitos humanos. A autora afirma que:

Os direitos humanos ao abastecimento de água e ao esgotamento sanitário, partes do direito ao nível de vida adequado anunciado no Artigo 25, foram reconhecidos explicitamente, tanto pela Assembleia Geral quanto pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, em 2010. Interpretações desses direitos e seu conteúdo normativo têm sido desenvolvidos e amplamente aceitos por diferentes atores. Por exemplo, os Estados concordaram que o acesso a soluções muito básicas de esgotamento sanitário não atende ao direito humano ao esgotamento sanitário. Tais soluções devem ser seguras – seguras para uso, seguras para a saúde e seguras para o ambiente – e devem assegurar privacidade e dignidade para seus usuários (HELLER, p. 01, 2018).

Ao prosseguir com sua análise desta temática, Heller (2018) destaca, também, que:

O acesso e a falta de acesso à água e ao esgotamento sanitário ocasionam significativos efeitos em outros direitos, como à saúde, à vida, à moradia, ao trabalho, à educação e à igualdade de gênero. Os direitos humanos à água e aos esgotos podem ser um calibrador do grau de cumprimento de outros direitos econômicos e sociais, dado que água e esgotos são amplamente assumidos como serviços públicos e são únicos nesse particular (HELLER, p. 01, 2018).

Faz-se necessário lembrar e reafirmar que o direito à moradia, à mobilidade e ao saneamento básico é parte integrante do conjunto de direitos fundamentais que um ser humano deve ter para poder viver e manter uma vida digna. Registrar estas informações, oriundas dos atendimentos com usuários, é de grande relevância para a atuação profissional das assistentes sociais, no que se refere à elaboração de documentação que contribua para estudos no âmbito da saúde pública, para fins de efetivação da cidadania plena.

Sobre o próximo eixo de análise, destacam-se os registros que compõem a unidade de relevância em torno dos aspectos relacionados à previdência social e ao trabalho. Assim, segue a seguinte tabela:

Tabela 06 - “Previdência Social e Trabalho”

Previdência Social e Ocupação Profissional		
Variável	Frequência	Total
Vínculo Previdenciário	17	17
Histórico trabalhista	17	17
Profissão/Ocupação	07	17
Renda Média	03	17

Fonte: Prontuário Único – CP/HCI, 2017-2018.

A atuação na área da saúde não se dá em uma perspectiva isolada, mas há a interlocução com as demais políticas que integram a seguridade social brasileira. Desta forma, no atendimento aos usuários em tratamento oncológico, as assistentes sociais consideram, também, os entraves ou as efetividades que dizem respeito à proteção social relativa à previdência social e à assistência social.

As demandas identificadas pelos/as profissionais, diante desta temática, são, portanto, registradas no prontuário único. Sistematizar os principais elementos, que expressam a condição socioeconômica dos usuários, pode contribuir para atuações profissionais e acompanhamentos sociais voltados para as reais necessidades sociais

destes usuários, na perspectiva de desenvolvimentos de ações, que possibilitem o acesso aos benefícios e aos direitos pertinentes nestas instâncias.

Além disso, as ponderações registradas pelas assistentes sociais são dados históricos, pois elas contribuem para a identificação e análises acerca de avanços ou regressões de direitos no âmbito da proteção social, de crises econômicas, que afetam diretamente os trabalhadores. Registrar estas informações possibilita, também, uma análise da conjuntura socioeconômica em determinado tempo histórico. Presentes nos registros em relação ao “vínculo previdenciário” e “histórico trabalhista”, têm-se: “desempregado”; “recebe o BPC”; “nunca trabalhou com CTPS”; “não possui renda própria”; “em auxílio-doença”; “possui cerca de 10 anos de contribuições previdenciárias”, “pedido BPC ainda em análise”, dentre outros.

Os dados com menos registros são aqueles que especificam a “profissão/ocupação” e a “renda” dos usuários. A identificação da ocupação profissional pode contribuir para constatação de possíveis nexos causais em relação ao diagnóstico, bem como possibilita a compreensão da construção da identidade sociocultural do usuário. Contudo, a ocupação profissional não se constitui como dado de maior registro nos relatos. Outro elemento menos enfatizado no prontuário único pelas assistentes sociais refere-se à renda exata dos usuários. Quando identificada, corresponde-se a salário médio. Este aspecto remete ao que pode estar associado à reflexão ética, com relação à finalidade das informações captadas e expostas em documentação de acesso multiprofissional. Assim, destaca-se a importância da análise crítica e do reconhecimento da necessidade de se resguardar elementos cabíveis de restrição, no que se refere às especificações em documentação coletiva.

Ao examinar o prontuário único elaborado a partir da assistência prestada na atenção oncológica, alguns conteúdos, apesar de serem apresentados de uma maneira mais abrangente, cabem ser destacados. Desse modo, a última unidade de relevância e significação identificada refere-se ao “Conjunto de Ações Realizadas”. Estes dados finais são registros que expressam todo um percurso trilhado pelas assistentes sociais, através dos atendimentos e acompanhamentos sociais. São fundamentais, assim como as unidades anteriores, pelo fato de expressarem, de forma escrita, o trabalho profissional realizado pelo Serviço Social no âmbito da saúde pública. Destaca-se, portanto, o próximo quadro:

Tabela 07 - “Conjunto de Ações Realizadas”

Conjunto das Ações Realizadas		
Variável	Frequência	Total
Desdobramentos/Encaminhamentos Sociais	17	17
Orientações Sociais	17	17
Identificação de Demandas	17	17
Rotina Hospitalar	06	17
Proposta/ Definição Tratamento	04	17
Reflexão Política Social Atual	01	17

Fonte: Prontuário Único – CP/HCI, 2017-2018.

Nota-se que os relatos seguem um objetivo traçado pela profissional. São relatos, em sua maioria registrados de modo breve, em comparação aos relatórios sociais. No entanto, eles estabelecem uma inter-relação com diversos elementos, que constituem o acompanhamento dos usuários em tratamento oncológico.

Em todos os prontuários há o registro do desdobramento das abordagens feitas pelas assistentes sociais, os encaminhamentos cabíveis, a identificação das demandas colocadas nos atendimentos aos usuários, bem como as orientações sociais necessárias prestadas. Constatou-se que os registros reúnem dados sobre ações de interação entre os níveis do SUS, as demais políticas sociais, os órgãos públicos, as instituições filantrópicas, a rede familiar e comunitária dos usuários, bem como entre a equipe multiprofissional do INCA.

As informações menos evidenciadas são aquelas relacionadas à dinâmica hospitalar, especificidades do tratamento, além de reflexão sobre política social. Apesar de este último aspecto pontuado constar em somente um prontuário, verificou-se uma abordagem nos registros de alusão no que diz respeito aos limites às políticas sociais contemporâneas.

Não há dúvidas da relevância do trabalho realizado pelas assistentes sociais para o conjunto da categoria, contudo, registrar a atuação profissional em documento coletivo, de acordo com os parâmetros éticos da profissão, pode possibilitar que seja registrada a participação profissional nos processos de trabalho na saúde, no sentido de se poder demonstrar a complexidade do trabalho pelo Serviço Social, além do reconhecimento da qualificação técnico-operativa destes profissionais.

Diante do exposto, cabe destacar, portanto, que a realidade dos acontecimentos relatados corresponde à existência concreta vivenciada pela população, neste caso, são expressões da questão social. Isto significa dizer que a

realidade constitui-se em fragmentos de uma totalidade concernente às relações sociais contemporâneas.

Logo, os relatos configuram-se enquanto conteúdo documental. Os registros são dados importantes, que datam acontecimentos que se cruzam com contextos políticos, sociais e econômicos da sociedade brasileira. Neste sentido, pode-se estabelecer um conjunto de elementos, para fins de análises fundamentais, tendo em vista o desenvolvimento da profissão, em consonância com fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operacionais do serviço social. Considera-se, também, o enfrentamento dos desafios apresentados ao longo da história do Serviço Social e o desenvolvimento de suas competências e atribuições.

Importante se faz sinalizar que o prontuário único permite a organização e a transmissão das informações geradas acerca da realidade vivenciada pelos usuários ao longo do tratamento oncológico e do processo de trabalho coletivo disputado no serviço. Ao analisar os dados, observa-se que, no HCI, o prontuário único adquire uma necessidade concreta, diante da racionalidade dos serviços em oncologia. Os registros em prontuários seguem um fluxo, a partir de uma organização, na qual cada profissional relata suas ações e procedimentos realizados em um mesmo instrumento. Isto significa dizer que, quando consistem em uma primeira avaliação do usuário, os registros são ordenados em fichas específicas para cada categoria profissional. Estas fichas – anamnese médica, entrevista social, avaliação nutricional etc. – são dispostas no início do prontuário.

Há as fichas de evolução dos atendimentos em ambulatório, onde constam os relatos de cada profissional de saúde que acompanha o mesmo usuário neste setor hospitalar. Na parte final do prontuário constam os registros que abrangem os períodos de internação hospitalar. Quando o usuário se encontra internado, os relatos dos profissionais são organizados, após a evolução do ambulatório, permitindo uma apreensão da trajetória deste usuário na instituição. Têm-se, ainda, em anexo os resultados dos exames e pedidos/ respostas de pareceres, dentre outros.

Todos os relatos, tanto aqueles referentes ao ambulatório, quanto à enfermaria, precisam ser registrados com identificação da data do atendimento, o horário em que o mesmo foi realizado, o serviço/clínica e a categoria do profissional responsável pelo relato sobre o usuário. Desta forma, os registros seguem em uma ordem cronológica.

De acordo com o procedimento institucional padrão, os profissionais de saúde devem atender aos usuários somente de posse dos seus respectivos prontuários. Em

sua maioria, os atendimentos realizados nos ambulatórios são feitos mediante agendamento. Há a possibilidade de organização prévia dos prontuários para cada setor. Quando se trata do usuário internado, os prontuários encontram-se organizados nas enfermarias, por leitos, em setor de acesso a todos os profissionais responsáveis pelo acompanhamento durante período de internação.

Nota-se que a organização do fluxo de atendimento do HCI/INCA favorece a realização do registro das atividades realizadas no prontuário, em relação a todas as categorias profissionais. As mudanças na política de combate ao câncer colocaram novas demandas para as profissões de saúde; logo, tais mudanças manifestam-se no processo de trabalho do HCI. Nesta direção, pode-se dizer que o registro em prontuário único é uma destas determinações.

Este instrumento pode agregar em si, em sua forma escrita, um conjunto acumulado de conhecimento em torno de práticas e saberes relacionados aos profissionais de saúde envolvidos, com base nos registros em saúde, feitos de maneira conjunta. Este fato leva à constatação de que, diante das exigências da interdisciplinaridade, de acordo com a resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da compreensão de relação saúde-doença como decorrência das condições de vida e trabalho, conforme a política da saúde brasileira, os registros em prontuário único por todos os profissionais abre a possibilidade de favorecer reflexões sobre o alcance da equivalência no grau de importância de cada trabalhador da saúde. Isto não se refere apenas ao atendimento de uma doença tão complexa como o câncer, mas em relação à totalidade da saúde pública.

Em vista dos tradicionais instrumentos, no que concerne ao Serviço Social, o prontuário único pode ser considerado, relativamente, como um novo instrumento de registro, presente no cotidiano da profissão.

É fundamental enfatizar que, com base na divisão social e técnica do trabalho da atual sociedade, o Serviço Social inscreve-se no processo de trabalho coletivo do Hospital do Câncer I (INCA). Neste sentido, o trabalho coletivo se estabelece, através de sistema cooperativo, tendo em sua racionalidade a efetivação de ações voltadas para o tratamento oncológico, bem como atividades de ensino e pesquisa.

Nesta direção, a pesquisa demonstra que o conteúdo dos registros profissionais corresponde a variáveis empíricas, majoritariamente, não havendo conteúdos propriamente demarcados no que diz respeito à análise de demandas mais institucionais, dos limites das políticas sociais e contradições presentes no âmbito da

saúde pública. Verifica-se também a relevância dos dados destacados em prontuário único pelas assistentes sociais neste processo de trabalho.

Em se tratando de um processo de trabalho coletivo no âmbito da saúde, o conteúdo destacado pelas assistentes sociais pode contribuir para o entendimento do adoecimento oncológico mais próximo do conceito de saúde preconizado pela atual política de saúde, por parte dos profissionais de saúde. São dimensões da realidade do usuário em tratamento oncológico de significativa relevância, a serem consideradas, tendo em vista a elaboração de ações interligadas, com equivalência no grau de importância, para fins de efetivação dos serviços de saúde, conforme as condições reais de vida dos usuários, bem como pode oportunizar a compreensão da delimitação do campo assistencial constitutivo da profissionalização do Serviço Social e dar visibilidade às ações profissionais.

A pesquisa realizada possibilita afirmar que o prontuário único pode se constituir enquanto um documento que, de fato, integra a documentação em Serviço Social, ainda que não lhe seja exclusivo. Isso significa dizer que há possibilidade de se produzir conhecimento, mas cabe destacar que há limites devido à forma que os registros técnicos têm sido incorporados no decorrer do processo de trabalho coletivo.

Diante disso, verifica-se que refletir sobre a documentação em Serviço Social é um grande desafio para categoria, desde o princípio da profissionalização, tanto no que se refere a sua problematização quanto à sua objetivação nos campos de atuação. Atualmente, a documentação produzida no cotidiano da área da saúde dispõe de aspectos importantes a serem discutidos pelos profissionais de saúde, com base em uma perspectiva crítica.

Desta forma, como corresponde a um processo de trabalho coletivo que articula assistência, ensino e pesquisa no âmbito da saúde e da oncologia, observa-se que o relato profissional em prontuário único é parte integrante de uma racionalidade instituída no HCI. Portanto, este instrumento apresenta limites e possibilidade para o trabalho realizado pelo Serviço Social, o que leva a manter a proposta de se pensar a informação registrada, também, como um exercício reflexivo e interpretativo sistemático importante para o Serviço Social. Em se tratando de documentação de cunho coletivo elaborada a partir dos usuários, abre-se a possibilidade de produção e organização de conteúdo relevante sobre a realidade social da população usuária dos serviços públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou desenvolver uma análise mais próxima da realidade vivenciada pelo Serviço Social no atendimento direto à população usuária, no sentido de se compreender as requisições apresentadas ao Serviço Social nas instituições da área da saúde pública, considerando a complexidade dos serviços sociais prestados atualmente na sociedade brasileira.

Ao iniciar o exercício profissional na Oncologia, houve o estranhamento em torno da utilização do prontuário único pelas assistentes sociais, uma vez que em outros espaços socioassistenciais, os relatos das assistentes sociais eram elaborados em documentação única e de acesso exclusivo da equipe de Serviço Social.

O presente estudo concentrou-se na problematização acerca da utilização do prontuário único pelas assistentes sociais do INCA/HCI, com o objetivo principal de identificar e compreender que conteúdo constava de registro profissional do Serviço Social em prontuário único. Partiu-se da proposição de que o conhecimento produzido através do atendimento social e sistematizado neste instrumento poderia ser considerado, também, uma documentação em Serviço Social.

Ao trazer para a reflexão crítica o objeto deste estudo, foi importante pensar a profissão e sua trajetória histórica, pois ao problematizar a profissão, foi fundamental destacar que o Serviço Social é resultado de relações sociais desenvolvidas em uma determinada sociedade, ou seja, a sociedade capitalista. Logo, a análise sobre a sociedade capitalista e seus principais aspectos apresentou-se como pertinente à contextualização da temática.

Prosseguindo com a abordagem teórica, compreendeu-se a relevância de se apresentar uma análise sobre política de saúde brasileira, por entender que esta é produto das tensões e contradições presentes na realidade brasileira, assim como constitui-se no campo da pesquisa apresentada. Fundamental para a compreensão da pesquisa foi a elaboração da análise acerca da conjuntura do adoecimento por câncer no país, uma vez que o prontuário único é analisado a partir das exigências colocadas ao trabalho coletivo no campo da Oncologia.

Diante disso, os aspectos contemporâneos presentes nos campos de atuação, em que se efetiva o trabalho das assistentes sociais cotidianamente, requerem uma abordagem crítica. Isto significa dizer que o uso de novos instrumentos de registro leva à provocação da necessidade de se fomentar discussões em torno das

tradicionais e novas dimensões da atividade profissional, buscando dar visibilidade ao que se passa no processo de trabalho coletivo, do qual fazem parte as assistentes sociais.

Assim sendo, em relação ao conhecimento proposto, pode-se dizer que as unidades de relevância e significação apresentadas através da pesquisa realizada demonstram que o conteúdo registrado pelas assistentes sociais em prontuário único referem-se aos seguintes conjuntos de referência: “Elementos de Identificação dos Usuários”; “Aspectos Relacionados a Familiares e Acompanhantes”; “Documentação Básica Civil”; “Transporte e Mobilidade”; “Situação de Moradia”; “Previdência Social e Trabalho” e “Conjunto de Ações Realizadas”.

O conteúdo demonstra que as demandas apresentadas às assistentes sociais na atenção oncológica e registradas em prontuário único, de maneira explícita ou implícita, estão relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Faz-se necessário destacar, em relação ao objeto de intervenção do Serviço Social, isto é, as expressões da questão social, que, de acordo com Lamamoto (2008), pode-se dizer que as reais necessidades dos usuários se referem a algo para além do pauperismo da população. São demandas que envolvem um complexo de dimensões políticas, sociais, econômicas, ideológicas e culturais presentes na sociedade brasileira.

É importante enfatizar que a pesquisa proporcionou a identificação de núcleos de sentido, que compõem os registros técnicos das assistentes sociais em prontuário único. Logo, o conteúdo identificado refere-se a registros profissionais, que correspondem preponderantemente a variáveis empíricas, não havendo conteúdos com análises estruturadas em torno das relações entre as questões institucionais, os limites das políticas sociais e conflitos presentes no âmbito da saúde pública etc. Verifica-se, também, a relevância dos dados destacados em prontuário único pelas assistentes sociais quanto ao processo de trabalho coletivo no âmbito da Oncologia e à contribuição da efetivação da integralidade na saúde.

Resgata-se o pressuposto de que documentar não é simplesmente a ação rotineira de se obter informações e registrá-las. Para além disto, o procedimento refere-se a “relacionar e interpretar diversos dados e fatos, é refletir para agir, é relacionar-se com o conhecimento, é parte da produção de conhecimento” (MARCONSIN, 2016, p.105). E, conforme uma das precursoras do Serviço Social no Brasil, Vieira (1979, p. 158), afirma que “a documentação não é apenas o registro das

observações e atividades, mas um instrumento de análise, confronto, avaliação e conclusão”.

A pesquisa realizada possibilita afirmar que o prontuário único pode se constituir enquanto um documento que, de fato, integra a documentação em Serviço Social, ainda que não lhe seja exclusivo. Isso significa dizer que há possibilidade de se produzir conhecimento; porém, cabe destacar que há limites, devido à forma que os registros técnicos têm sido incorporados no decorrer do processo de trabalho coletivo. Além disso, foram identificadas lacunas de elementos que auxiliam a caracterizar a população, como a questão de gênero e raça/etnia. No entanto, esses fatores já vêm sendo discutidos pela equipe de Serviço Social do HCI (INCA).

Os conteúdos destacados pelas assistentes sociais podem favorecer a compreensão da saúde em seu sentido amplo, isto é, a saúde como resultados das condições de alimentação, educação, renda, emprego, transporte, lazer, habitação etc., como preconizado na política de saúde, uma vez que é fundamental que os profissionais de saúde tenham clareza em relação aos princípios do Sistema Único de Saúde. Desse modo, a utilização do prontuário único pelas assistentes sociais, em conjunto com os demais profissionais de saúde, pode contribuir para a efetivação dos princípios da saúde pública, como a integralidade do atendimento, que estabelece a necessidade de o usuário dos serviços de saúde ser assistido como um todo integrado.

Em relação ao prontuário único, é importante destacar que a unidade hospitalar, que, na organização do trabalho coletivo, não possui uma estrutura viável e padronizada dos prontuários, ou/e possui os relatos dos profissionais separados por categoria profissional, somente em documentação específica, pode estar dificultando um entendimento mais completo sobre o acompanhamento do usuário na instituição, prejudicando a definição de condutas mais próximas das reais necessidades deste usuário.

Com este estudo, busca-se, também, a provocação de debates nas instituições de saúde sobre o prontuário único e o registro dos profissionais, tendo em vista a fomentação de reflexões sobre os aspectos importantes e as estratégias de construção coletiva deste instrumento. E que estes encontros, tanto no âmbito do Serviço Social quanto em reuniões multiprofissionais, sirvam para a apropriação das dimensões do prontuário único por todos os trabalhadores da saúde. Dimensões que

se referem ao registro profissional e suas implicações ética, técnica, jurídica, histórica, dentre outras.

Ao considerar que a estimativa de novos casos de câncer é extremamente preocupante, procura-se, através deste estudo, a possibilidade de discussões em torno do prontuário pelos profissionais de saúde, no sentido de ampliar as reflexões para além de um instrumento meramente burocrático, mas sim um documento coletivo, que possui aspectos relacionados à comunicação, à educação e à pesquisa. Isto confirma sua relevância para os usuários dos serviços de saúde, para os profissionais no exercício do seu trabalho, bem como para os residentes em especialização, no campo da Oncologia. É necessário ter em vista, também, que os conhecimentos produzidos e registrados em prontuário único possam ser utilizados para ajustar as políticas públicas, programar e planejar as ações de combate ao câncer, assim como avaliar resultados de ações de prevenção já existentes.

No Hospital do Câncer I, assim como em todo processo de trabalho na sociedade capitalista, as assistentes sociais não atuam de forma isolada, mas fazem parte de um trabalho coletivo. A reflexão teórica direcionada ao cotidiano das assistentes sociais e do prontuário único põe em curso uma problematização, fundamental e contemporânea, da profissão, no que se refere às racionalidades presentes nos campos de atuação profissional.

Este estudo proporcionou, para mim, particularmente, reforçar a compreensão da importância da sistematização, que engloba ao que é produzido, organizado e analisado, isto é, processo fundamental para o trabalho das assistentes sociais e seus desdobramentos, como a documentação em Serviço Social.

Como parte integrante desta instituição, as assistentes sociais realizam atividades que envolvem além da assistência, ações de pesquisa e de ensino. Desta forma, esta proposta de análise contribui para que o prontuário único seja abordado criticamente no cotidiano institucional pelo Serviço Social, na perspectiva de elaboração de uma documentação, visto que a equipe se encontra diretamente envolvida na prestação de serviço aos usuários e também na docência e na preceptoria referentes ao Programa de Residência multiprofissional do INCA.

O estudo, portanto, pode chamar a atenção para a importância da documentação no cotidiano da intervenção profissional, uma vez que o registro profissional, em documento coletivo, consiste na expressão do trabalho realizado

pelas assistentes sociais, além de, até mesmo, poder contribuir para o acesso aos direitos sociais.

Por fim, destaca-se, ainda, que a documentação pode proporcionar a visibilidade de meios de se planejar e executar as atividades profissionais, de forma a possibilitar a identificação dos limites e potencialidades presentes nos atendimentos prestados pelas assistentes sociais, bem como constituir-se como alicerce para uma produção de conhecimento que contribua para a qualificação das ações profissionais e o constante aprimoramento técnico-operativo, teórico-metodológico e ético-político, de acordo com os desafios apresentados no cotidiano do trabalho profissional.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.M.T. Família, trabalho e reprodução social: limites na realidade brasileira. In: DUARTE, M. J. O; ALENCAR, M. M. T (Org.). *Família e famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

_____. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES et al (Org.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ALENCAR, M.M.T.; ALMEIDA, N.T. *Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas*. São Paulo: Saraiva, 2012.

ALMEIDA, M. S. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. In: *Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do Código de Ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais*. Conselho Regional de Serviço Social (Org.). Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

ALMEIDA, N. T. Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BARBOSA, R. N. de C. A Alienação, a Crise e os Manuscritos Econômicos Filosóficos: retomada do debate na formação intelectual. *Revista Textos e Contextos* Porto Alegre, v.13, n.2, julho/dezembro. 2014.

BRANT CARVALHO, M. C. O conhecimento da vida: base necessária à prática social. In: BRANT CARVALHO, M. C.; NETTO, J.P. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: CFESS, 2009.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. *INCA: 80 anos de história na saúde pública do Brasil*. (Amostra Virtual). MS/SAS/INCA. Rio de Janeiro: CCMS, 2017. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/inca80anos/index.html>. Acesso em: 17 de abril de 2019.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. *Código de Ética do/da Assistente Social*. Lei 8.662, de 13 de março de 1993, Lei de regulamentação da profissão. 10ª edição revista e atualizada – Brasília/DF: CFESS [2012]. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em 21 de abril de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS, 1986. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

_____. Constituição Federal. *Lei Orgânica da Saúde*, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005*. Brasília/DF, 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 218, de 06 de março de 1997*. Brasília, DF, 1997.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n.º 1.638, de julho de 2002*. Brasília, DF, 2002.

_____., Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Resolução nº 22, de 30 de junho de 2005*. Conselho Nacional de Arquivos – Conarq, 2005. Disponível em: <http://conarq.arquivonacional.gov.br/resolucoes-do-conarq/264-resolucao-n-22,-de-30-de-junho-de-2005.html>. Acesso em: 12 de abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Lei 8080/90: Pacto pela Vida*, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria do MS/SAS/40*, de 30 de dezembro de 1992. Brasília, DF, 1992.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.439/GM, de 08 de Dezembro de 2005*. Institui a Política de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 11 de janeiro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Ação e Vigilância. *A Situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-no-brasil>]. Acesso em: 17 de abril de 2019.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO et al. (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B. et al. (Orgs.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.
- CARVALHO, R de. Moderno Agente da Justiça e da Caridade – Notas Sobre a Origem do Serviço Social no Brasil. *Revista Serviço Social e Sociedade*. n. 2 – Ano I. Cortez: São Paulo, março/1980.
- CASTRO, M.M. *História do Serviço Social na América Latina*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- CFESS, *Código de ética profissional dos assistentes sociais*. Brasília, DF: CFESS, 1993.
- COSTA, M.D.H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência e Saúde Coletiva*. Teses da 13ª Conferência Nacional de Saúde. ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007, p. 1851-1864.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Parte II. São Paulo: Boitempo, 2016.
- FÁVERO, E.T. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: CFESS (Org.). *O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na Previdência Social*. São Paulo: CFESS/Cortez, 2003.
- FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por Saturação em Pesquisa Qualitativa em Saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, janeiro. 2008.
- FONTES, V. *O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história*. Rio de Janeiro: EPSJV; UFRJ, 2010, p. 21-97.
- GOUVEIA, P.B.; CAVALHEIRO, T.B; ACOSTA, A.S.; MAIA, S.C.; GRANDO, S.R.; RANGEL, R.C.T. Registros da equipe multiprofissional sobre o acompanhamento de pacientes em estágio avançado de doença oncológica. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v.38, n.2, p.175-184, julho/dezembro. 2017. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/issue/view/1418>>. Acesso em: 16 de abril de 2019.
- GUERRA, Y. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional: significado, limites e possibilidades. In: *Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do Código de Ética articulados à atuação crítica de*

assistentes sociais. Conselho Regional de Serviço Social (Org.). Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

HARVEY, D. Do administrativo ao empreendedorismo. In: *A produção capitalista do espaço*. São Paulo: Annablume, 2005, p.163-190.

HELLER, A. *O Cotidiano e a História*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

HELLER, L. *Direitos Humanos precisam ser lembrados*. ABRASCO, 10 de setembro de 2018. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/internacionais/direitos-humanos-precisam-ser-sempre-lembrados/38523/> Acesso em: 08 de junho de 2019.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *A Situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Coordenação de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância*. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

_____. *Revista Rede Câncer*, n. 26, Ministério da Saúde; INCA, 2014.

_____. *Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2017: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância*. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

_____. *Carta de Serviço ao Usuário*. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//carta_de_servicos_ao_usuario_web.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2019.

KLIGERMAN, J. *O câncer como um indicador de saúde no Brasil*. INCA: Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, C.S.de.; MIOTO, R.C.T; DAL PRÁ, K.R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n.7, julho. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1048>>. Acesso em: 30 de março de 2019.

MARCONSIN, C. Documentação em Serviço Social: debatendo a concepção burocrática e rotineira. In: FORTI, V; GUERRA et al (Orgs.). *Serviço Social: temas, textos e contextos*. 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

MARTINS, L.R. A Questão dos Documentos Profissionais no Serviço Social. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 17, n. 33, jan./jun. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/15102>>. Acesso em: 28 de março de 2019.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Tradução, apresentação e notas de: Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. *A mercadoria*. O Capital. Livro 1, 1 v. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017, p. 53-105.

_____. *A Divisão do Trabalho e Manufatura*. O Capital. Livro 1, 1 v. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017, p.389-424.

_____. *A Lei Geral da Acumulação Capitalista*. O Capital. Livro 1, 2 v. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. p. 715-752.

_____.; ENGELS, F. O processo de trabalho e processo de valorização. In: ANTUNES, R. *A dialética do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

MATOS, M. C. *Cotidiano, Ética e Saúde: O Serviço Social frente a contrarreforma do Estado e a criminalização do aborto*. 2009. 272 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

_____. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.

MESQUITA, A.M.O.; DESLANDES, S.F. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, USP, n.19, 2010.

MÉSZÁROS, I. *Para Além do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2002, p.94-132.

_____. *A Teoria da Alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo, 2016.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTO, R. C. T. *Perícia social: proposta de um percurso operativo*. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 67, 2001.

MIOTO, R. C. T. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serviço Social em Revista, Londrina*, v.12, n.2, p.163-176, jan./jun. 2010. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista>. Acesso em: junho de 2019.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. *A seguridade social brasileira: dilemas e desafios*. In: MOROSINI, M. V.; REIS, J. R. F. (Orgs.). *Sociedade, estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MOREIRA, M.C.; ALVARENGA, R.F.C. O parecer social: instrumento de viabilidade de direitos (relato de experiência). In: CFESS (Org.) *O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na Previdência Social*. São Paulo: CFESS/Cortez, 2003.

MUNCK, S.; GOMES, D.S.; DIAS, D.L.; FONSECA, C.V. *Textos de Apoio em Registro de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. (Série Trabalho e Formação em Saúde; v. 1)

NETTO, J. P. Introdução ao método na teoria social. In: _____. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABESS, 2009.

_____. Notas para discussão da sistematização da prática e teoria em Serviço Social. In: *A metodologia do Serviço Social*. Cadernos ABESS, nº 03. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Cinco notas a propósito da “questão social”. *Revista Temporalis*. ABEPSS, ano II, n. 3, 2001.

_____. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 1990.

_____. Para crítica da vida cotidiana. In: BRANT CARVALHO; NETTO. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. Direito à Saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, maio/junho. 2004.

OLIVEIRA, N. C.; OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, J. M. V. O materialismo histórico e suas categorias de análise: algumas considerações. *Grupo de Trabalho - História e historiografia da Educação*. Disponível em: <http://primitivomoacyr.weebly.com/uploads/8/6/9/0/8690987/o_materialismo_histrico_e_suas_categorias_de_anlise.pdf>. Acesso em: 12 de agosto de 2019.

ORTIZ, F. G. *O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes*. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PAIS, J. M. *Vida cotidiana: enigmas e revelações*. São Paulo: Cortez, 2003.

PAVÃO, A. L. B.; ANDRADE, D.; MENDES, W.; MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. Estudos de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n.4, 2011. Disponível em: <<https://scielosp.org/toc/rbepid/2011.v14n4/>>. Acesso em: 15 de abril de 2019.

SANTOS, C.M. dos. *Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil*. 2006. 251 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2006.

_____. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. *Revista Conexões Geraes: CRESS/MG*, ano II, n. 3, 2º semestre, 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/publicacoes/Home/Lei/40>. Acesso em: 02 de abril de 2019.

SANTOS, C.M. dos; NORONHA, K. O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social – uma perspectiva crítica. In: FORTI, V; GUERRA et al (Orgs.). *Serviço Social: temas, textos e contextos*. 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo de direito à saúde. *Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz*, 24 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em setembro de 2019.

SARMENTO, H. B. M. A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: Instrumental técnico e o Serviço Social, é preciso continuar o debate. *Revista Conexões Geraes: CRESS/MG*, ano II, n. 3, 2º semestre, 2013. <http://www.cress-mg.org.br/publicacoes/Home/Lei/40>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

SILVA, L. B.; MENDES, A. G. Serviço Social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Orgs.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

SILVA, M. J. S.; LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G.; OSORIO-DE-CATRO; C. G. S. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*. INCA, 2017, p. 177-189.

SILVA, M.M.; SILVA, V.H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. *Revista Arquivo Médico do ABC*; v. 3, n. 1, 2005. Disponível em <https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/273>. Acesso em: 19 de maio de 2019.

SOARES, R.C. *Descentralização/Municipalização na Saúde*. Anotações sobre a NOB/96 e o Pacto da Saúde/2006.

TAUILE, J. R. *Para (re)construir o Brasil Contemporâneo: trabalho, tecnologia e acumulação*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2001, cap. 2-3, p. 45-83.

VASCONCELOS, A.M. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registro em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1:S173-S182, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>] Acesso em: 14 de abril de 2019.

VELOSO, R. Tecnologias da Informação e Serviço Social: notas iniciais sobre o seu potencial estratégico para o exercício profissional. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p.517-534, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>> Acesso em: 19 de abril de 2019.

_____. Serviço Social, Trabalho e Tecnologia da Informação. *Revista Em Pauta*. Rio de Janeiro – RJ, FSS/UERJ, v.9, n.27, p.71-90, julho. 2011.

VIEIRA, B.O. *Serviço Social: política e administração*. Rio de Janeiro: Agir Editora, 1979.

_____. *História do Serviço Social: contribuição para a construção de sua teoria*. 3. ed. Rio de Janeiro: Agir editora, 1980.

WOOD, E. M. *Democracia contra o capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2011.