

UNIVERSIDADE DO FEDERAL DO PARANÁ – SETOR LITORAL

BRUNA FRANCISCA RAMOS

**O ASSISTENTE SOCIAL E AS ORIENTAÇÕES SOBRE OS DIREITOS DAS  
PESSOAS COM CANCER NO MUNICÍPIO DE MATINHOS**

MATINHOS  
2013

BRUNA FRANCISCA RAMOS

**O ASSISTENTE SOCIAL E AS ORIENTAÇÕES SOBRE OS DIREITOS DAS  
PESSOAS COM CANCER NO MUNICÍPIO DE MATINHOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de bacharel no Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, sob orientação do professor Dr. Anderson Marcos dos Santos.

MATINHOS  
2013  
BRUNA FRANCISCA RAMOS

O ASSISTENTE SOCIAL E AS ORIENTAÇÕES SOBRE OS DIREITOS DAS  
PESSOAS COM CANCER NO MUNICIPIO DE MATINHOS

Trabalho de Conclusão de Curso defendido em XX de setembro de  
2011, na Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral, mediante Banca  
Examinadora da qual obteve \_\_\_\_\_.

Prof. Dr. Anderson Marcos dos Santos  
Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral  
Orientador

Prof<sup>a</sup>. Msc. Silvana Marta Tumelero  
Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral  
Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dra. Édina Mayer Vergara  
Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral  
Examinadora

Matinhos, 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo milagre da vida e pela sua constante proteção.

Ao meu pai por ter me incentivado na conclusão deste curso e na elaboração dessa monografia, mesmo não estando mais aqui.

À minha mãe por ter me concebido, se não fosse por ela, eu não estaria vivenciando esta experiência.

Ao meu namorado que com paciência e carinho aceitou minhas ausências.

À minha amiga Eliane, pelo apoio e disposição.

Aos professores da Universidade Federal do Paraná-Setor Litoral, pelo incentivo .

Aos colegas da turma de 2009.

## RESUMO

O assistente social dispõe de atribuições específicas na área da saúde, o que constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas visando à garantia dos direitos sociais da população, em especial o direito a saúde garantido na Constituição Federal do Brasil de 1988. Nesse sentido, a Pesquisa está focalizada em identificar quais orientações os assistentes sociais do Município de Matinhos prestam as pessoas com câncer sobre seus direitos sociais e quais suportes prestados a essas pessoas. Tendo em vista a dimensão de diversas descobertas da doença em nosso país e que inúmeros direitos não estão sendo acessado por falta de informação, buscou-se realizar uma aproximação com a literatura, no sentido de dar suporte teórico ao presente trabalho, oferecendo assim, ao leitor, uma aproximação com a discussão sobre a História da Saúde Pública no Brasil, a fim de identificarmos como foi a luta pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, e seus princípios como Universalidade, Integralidade e equidade. Para tanto se tornou crucial compreendermos a Seguridade Social no Brasil pós 1988, a qual representa um dos maiores avanços na Constituição Federal Brasileira no que se refere à proteção social e às históricas reivindicações da classe trabalhadora na qual, representa a promessa da extensão dos direitos sociais em nosso país. O Serviço Social, enquanto profissão capaz de atuar em diversas áreas da questão social, dentre elas a área da saúde deve usar seus conhecimentos teóricos - metodológicos na orientação da população. Para tal identificam-se falta de planejamento dos nossos gestores e inúmeras demandas impostas para a assistente Social do Município de Matinhos da área da saúde, impossibilitando desse modo que sejam realizadas as orientações sobre os direitos sociais das pessoas com câncer.

**Palavras chaves: Serviço Social. Direitos Sociais. Saúde Pública.**

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social.

BPC- Benefício de Prestação Continuada

CAPS-Caixa de Aposentadoria e Pensões

CF-Constituição Federal

CFESS-Conselho Federal de Serviço Social

CNRS-Conselho Nacional da Reforma Sanitária.

DNPS-Departamento Nacional de Saúde

FGTS-Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

HC-Hospital de Clínicas

IAPS-Instituto de Aposentadoria e Pensões

INCA-Instituto Nacional do Câncer

INPS-Instituto Nacional de Previdência Social

INSS-Instituto Nacional de Seguro Social

IOC-Instituto Oswaldo Cruz

LOAS- Lei Orgânica de Assistência Social

LOPS-Lei Orgânica da Previdência Social

LOS-Lei Orgânica de Saúde

MESP-Ministério da Educação e da saúde Pública

OMS-Organização Mundial de Saúde.

SUS-Sistema Único de saúde

TFD-Tratamento fora de Domicilio

UFPR-Setor Litoral-Universidade Federal do Paraná-Setor Litoral.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
Capítulo 1. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	
1.1. História da saúde pública no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde .....	11
1.2. Saúde e seguridade social pós 1988.....	18
Capítulo 2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....	
2.1 A relação do serviço social e a saúde.....	23
2.2 Parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde.....	26
Capítulo 3. ATENÇÃO À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER	
3.1. Direitos sociais das pessoas com câncer.....	29
3.2. Assistência prestada pelo município de Matinhos/PR aos pacientes com câncer.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXOS.....	42

## INTRODUÇÃO

O impacto do diagnóstico de câncer é capaz de transformar por completo a vida de qualquer ser humano. O câncer torna a vida um constante pesadelo, a incerteza do amanhã, o retorno à vida cotidiana parece algo impossível, o impacto na família, a mutilação no corpo, enfim a sociedade começa a olhar diferente para o acometido a doença. As forças faltam e a única chance que se tem é de tirar forças de onde não se tem, para continuar a vida.

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer, 2012), nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que para o ano de 2030 teremos 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda.

Um efeito assustador segundo o INCA (op.cit.), o câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis vem se tornando cada vez mais comum no mundo todo e podem causar danos devastadores para famílias inteiras, principalmente quando o provedor da família adocece, em particular nos casos de uma única fonte de renda; ou ainda quando o pai ou a mãe é acometido pela doença e os filhos passam a exercer atividades de cuidado da família, deixando de levar suas vidas dentro do padrão esperado para a idade.

A presente monografia teve por intuito conhecer as orientações dos Assistentes Sociais do Município de Matinhos as pessoas com câncer, com a intenção de identificar quais orientações sobre os direitos sociais e suportes que o Município presta às pessoas com câncer. Nosso foco foi identificar as políticas públicas do município, principalmente as políticas de saúde, a fim de verificar se os direitos do paciente estão sendo garantidos, tendo em vista competências legalmente atribuídas aos Assistentes Sociais, principalmente tendo a clareza da Lei que regulamenta a profissão (Lei n. 8.662, de 7 de julho de 1993) que em seu art. 4º estabelece como uma dessas atribuições:

*"Orientar indivíduos e grupo de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (CFESS, 1993, p. 01)*

Para tanto, o trabalho foi dividido em três capítulos onde trataremos da História de Saúde Pública do País a fim de conhecermos como surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e as transformações na Seguridade Social no Brasil pós 1988, faremos uma relação do Serviço Social e a Saúde a fim de compreendermos as competências atribuídas ao Assistente Social no campo da saúde, relataremos também os direitos sociais do paciente com câncer e por último identificaremos o suporte prestado a pessoas com Câncer do Município de Matinhos.

O presente trabalho será de cunho qualitativo e documental. A pesquisa de cunho qualitativo visa dar voz a informante, ou seja, tem como objetivo principal interpretar o fenômeno em que se observa. A pesquisa documental constitui em uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE E ANDRÉ, 1986).

A realidade é uma construção social da qual o investigador participa. Os fenômenos são compreendidos dentro de uma perspectiva histórica e os componentes de uma dada situação estão inter-relacionados e influenciados reciprocamente, e se procura compreender essas inter-relações em um determinado contexto. O pesquisador e o pesquisado estão em interação em um processo multidirecionado no qual há ampla interação do sujeito e o objeto do conhecimento. (MARTINELLI, 1999, p.35 e 36).

A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. "A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado" (MINAYO, 1994, p.21).

A pesquisa documental segundo Gil (2002, p.62-3), apresenta algumas vantagens por ser "fonte rica e estável de dados": não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Utilizamos a pesquisa documental para nos aprofundamos nos

direitos dos pacientes com câncer a fim de analisar e conhecer melhor as leis para enriquecermos nossa análise.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário à assistente social da Secretaria Municipal de saúde do Município de Matinhos com questões abertas e de origem exploratória para que desse modo, pudéssemos compreender como se dá a orientação às pessoas com câncer sobre seus direitos a fim de compreendermos se existe ou não essa orientação as pessoas acometidas ao câncer aqui no Município.

Encerraremos o presente trabalho apresentando as Considerações finais, as quais trazem uma reflexão a partir das leituras realizadas, os quais por certo contribuíram em muito, para pensarmos se os direitos das pessoas acometidas ao câncer estão sendo informados e se os próprios pacientes conhecem ou não esses direitos.

## Capítulo 1

### A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

#### 1.1. História de saúde pública no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) .

Proclamada a República, em 1889, o Brasil passou a ser dominado pelas oligarquias formadas pelos coronéis políticos, em uma época onde a competição eleitoral era praticamente inexistente. (FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.01)

Dessa forma, pode-se observar a presença do controle municipal exercido pelas oligarquias regionais, fato que contribuía para a ausência do sentimento de nacionalidade do povo brasileiro. Essa ausência de nacionalidade era um dos principais problemas enfrentado na época pelos intelectuais, que queriam construir a nacionalidade brasileira e fortalecer a presença do Estado em todo o território nacional. Com a criação da radiocomunicação e dos correios e telégrafos, abriu-se um novo horizonte para um sistema de comunicação integrado no país, fortalecendo o governo federal nos municípios, o que gerou forte resistência das oligarquias regionais. (FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.01)

A Constituição de 1891 determinou ao Estado a responsabilidade pela saúde, saneamento e educação. Segundo Conil (2002), as políticas de saúde tiveram início na virada do século XIX para o século XX, com as mudanças no modo de produção, aliando autoritarismo ao nascente cientificismo europeu. Oswaldo Cruz, oriundo do Instituto Pasteur, irá enfrentar as epidemias da época (febre amarela e varíola) que ameaçam a saúde dos portos e a agroexportação, por meio de campanhas de vacinação e inspeções sanitárias. Ou seja, as primeiras ações do Estado na área de saúde tinham um claro interesse econômico, para viabilizar as exportações dos produtos brasileiros.

De acordo com Costa (1985), durante os séculos XVIII e XIX, os cientistas europeus buscavam explicações para os quadros de morbidade que acometiam a população. As pesquisas acerca das doenças baseavam-se na observação da morbidade, com registro contínuo dos quadros de adoecimento

e morte, (evolução da doença e acompanhamento dos casos) e na busca de causalidade e formas de transmissão das doenças.

Começava assim a busca por conhecimento e ações na área de saúde pública, com a criação em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal criado em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) um ano depois.

Em 1903, foi projetada a Reforma na Saúde sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a diretoria geral de Saúde Pública. Em 1904 Oswaldo Cruz propõe um código sanitário com a intenção de erradicar a febre amarela, varíola e a tosse bubônica. Ele também implanta sua primeira grande estratégia no combate às doenças, tornando obrigatória a vacinação, provocando uma grande revolta na população, conhecida como Revolta da vacina.

Oswaldo Cruz avançou muito na proposição de medidas de saúde pública para a população brasileira. Apesar dessas ações serem voltadas para o coletivo da população, beneficiou principalmente a população trabalhadora e constituída por escravos libertos que residiam em locais de grande concentração populacional e precárias condições sanitárias, em vilas operárias e cortiços nas periferias das cidades e que não possuía recursos para custear assistência médica e farmacêutica de saúde, como ocorria com famílias cujas posses e renda asseguravam tratamento pago.

Outra iniciativa que contribui em alguma medida com a assistência à saúde dos trabalhadores é inspirada na Legislação Argentina sobre a Previdência Social. Em 1923 o então Deputado Eloy Chagas apresenta um projeto de lei que propunha a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, as chamadas CAPS. Esse projeto foi aprovado pelo congresso e sancionado pelo Presidente da República, transformando-se no Decreto nº4.682, de 24 Janeiro de 1923, conhecido posteriormente como “Lei Eloy Chaves”. Essas caixas de proteção social foram influenciadas também pelo modelo previdenciário inglês e propunham oferecer, segundo o artigo 9º, §§ 1º a 4º, do referido Decreto: socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; os medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo

Conselho de Administração; aposentadoria; e, a pensão para seus herdeiros em caso de morte”. (FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.01)

As CAPS visavam beneficiar somente os trabalhadores ferroviários que contribuíssem, excluindo assim demais trabalhadores e o restante da população em geral. As CAPS asseguravam ao trabalhador: assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, pensão para os dependentes, e auxílio funeral.

O movimento sanitarista da Primeira República obteve importantes resultados, o que pode ser observado com a criação em 1920, após um intenso processo de negociação política, envolvendo sanitaristas, Governo Federal, Estadual e poder legislativo do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Publica) dirigido por Carlos Chagas. Inicialmente, defendia-se a criação de um ministério autônomo, como ocorria em outros países latino-americanos, porém tal proposta foi fortemente atacada pelas oligarquias rurais que apontavam essa criação como uma ameaça ao princípio da autonomia estadual. Em justificativa ao projeto de lei, o então Deputado Federal Eloy Chagas esclareceu:

Nas aposentadorias tive muito em vista não só o tempo de serviço como a idade do aposentado. Procurei evitar o auxílio demasiado aos inativos, ampliando aos verdadeiramente inválidos. Diminuí progressivamente a importância das aposentadorias à medida que aumentava os ordenados. Garanti ao empregado ferroviário esses favores de aposentadoria, qualquer que seja seu tempo de serviço, desde que fique incapacitado de exercer seu emprego por acidente havido no exercício do mesmo emprego. Ao organizar a direção da Caixa, procurei dar-lhe plena autonomia, libertando-a das peias da fiscalização do Poder Público. Deve ser dirigida e fiscalizada pelos que por ela vão ser beneficiados. Haverá em sua constituição para assegurar-lhe a tranquilidade e continuidade, uma parte de diretores fixa e outra parte renovável por eleição. Aliás, uma e outra pertencerão ao quadro dos empregados ferroviários. (FIGUEIREDO NETO et al., 2010, p.02)

O governo toma consciência dos problemas sanitários do país, reformula os serviços sanitários e cria o DNSP durante o regime oligárquico da

primeira república. Assim foi possível aos Estados auxílio federal mediante execução de ações de saúde e saneamento.

Segundo HOCHMAN (1998), os auxílios obtidos do governo federal mediante acordos para ações de saúde e saneamento,

[...] viabilizam a ação do poder central nos estados, sem ferir suas respectivas autonomias. Ao longo do tempo, houve o crescimento das atividades públicas em saúde e saneamento em todo o território nacional, tanto do governo federal, como de governos estaduais que passaram a desenvolver seus próprios serviços. São Paulo foi praticamente o único estado que se dedicou a uma ampla política sanitária, desde o início da República, e que se manteve autônomo em relação aos serviços federais. A era do saneamento não significou a resolução de todos os complexos problemas de saúde pública, mas legou uma infra-estrutura estatal, com a autoridade sanitária presente em grande parte do território brasileiro.

Após ser criado o Ministério do Trabalho, os trabalhadores passaram a ter direitos antes inexistentes. Getúlio Vargas, iniciou uma política de proteção aos trabalhadores visando o apoio dos mesmos nos projetos do Estado, sustentando, assim, os seus interesses econômicos. (FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.02)

Nesse mesmo período são criados os IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões) em substituição e ampliação de atribuições e coberturas das CAPS, dando início ao sistema de proteção social no país, visando o alcance de todas as categorias profissionais. Não apenas empresas, mas também o Estado passou a administrar e controlar o financiamento. A partir daí deu-se início ao sistema público de previdência social de caráter contributivo, ou seja caso o trabalhador não contribuísse seria excluído do benefício. Em decorrência disso foram excluídos trabalhadores rurais, profissionais liberais e outras categorias que o Estado não reconhecia.

Assim, o direito era acessado por um grupo ainda restrito de trabalhadores, excluindo boa parte da população desses direitos. Havia a discriminação dos benefícios de acordo com a categoria profissional, fazendo com que algumas categorias tivessem direitos distintos de outras.

Coube a MESP (Ministério da Educação e da Saúde Pública), cuidar da população que não mantinha vínculo contributivo, (desempregados, pobres, trabalhadores informais), dando suporte a essa população excluída, através de serviços de saúde pública.

Lima (2005) cita um texto publicado em 1948 pelos sanitaristas Ernani Braga e Marcolino Candau sintetizando com rara sensibilidade este fato:

“No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo, portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, veem-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade”. (LIMA 2005 apud CANDAU & BRAGA,1948).

Mesmo o Estado mantendo ações em saúde pública, controlando e prevenindo doenças, nota-se fortemente a presença o assistencialismo dos hospitais e profissionais de saúde nesse período.

Em 1945, com a queda de Getúlio Vargas, a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação de uma nova Constituição (1946), o país passa por um longo período de democracia. Assim a saúde pública e a assistência médica passam a ser decididas em um ambiente democrático, caracterizados por eleições livres e disputas partidárias levando em conta a liberdade de imprensa e demanda por direito de incorporação.

Entre diversas doenças tropicais da época, a malária é a doença que ocupa espaço nessa época. Nesse período, também ocorreu um intenso debate do custo das doenças que levantaram inúmeros impasses no desenvolvimento do país. Particularmente no que se refere à expansão agrícola e produtividade do trabalho. Diversos programas de erradicação de doenças tropicais atraíam interesses de diversas instituições nacionais e internacionais da época, inclusive a OMS (Organização Mundial de Saúde), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) – transformada então em Escritório Regional da OMS para as Américas, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação.(FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.06)

A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, sancionada pelo Presidente Juscelino Kubitschek, institui a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). As

instituições de previdência social foram constituídas como serviço público descentralizado da União, com personalidade jurídica de natureza autárquica.

O golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com destaque na assistência médica, no crescimento progressivo do setor privado e na abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.(FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.03).

No regime militar a primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966 com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O novo órgão permitiu uma padronização dos institutos, principalmente acerca dos benefícios prestados, causando insatisfação naqueles contribuintes de institutos com mais benefícios, afinal, com a unificação, nos IAPS os menos ricos poderiam usufruir mais benefícios do instituto. Há ainda extensão da cobertura previdenciária para a assistência psiquiátrica, até então realizada em hospitais públicos, sobretudo para pessoas de baixa renda. (FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.03).

Enfim, em 1988 foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), pela Constituição Federal e regulamentada pelas [Leis n.º 8.080/90 e nº 8.142/90](#), vide Leis Orgânicas da Saúde e Lei respectivamente, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças sob qualquer pretexto, ou seja, reforçando o caráter universal desta política social pública.

Com a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde), foram realizadas diversas mudanças na Legislação Brasileira, buscando as melhorias no Sistema, o qual passou a acompanhar as transformações econômicas e sociais do Brasil.

A implantação do SUS unificou o sistema e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios.

O SUS representa um marco histórico das políticas de saúde em nosso país, pois na nova Constituição, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que vivem

no Brasil. E desde a sua criação, quatro pontos sobre a gestão têm sido apontados como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho. O Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido apontando como a maior política de inclusão social democrática no país.

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS tem 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações.(BRASIL,2009 p.01)

O direito à saúde, consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está claro na Constituição Federal de 1988, a qual define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, segundo dispõe o seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universitário e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.(FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.05)

Saúde é qualidade de vida e, portanto, deve estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, educação, alimentação e lazer. O direito à saúde, especialmente quando examinado sob a ótica da qualidade de vida, exige também que a superação das desigualdades envolva o acesso democrático a alimentos, medicamentos e serviços que sejam seguros e que tenham sua qualidade controlada pelo poder público. Qualidade de vida implica o reconhecimento do ser humano como ser integral. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida da população. Ressalta-se que a promoção a atenção à saúde são fundamentais e fazem parte do elenco de políticas sociais necessárias para a construção de uma sociedade justa e democrática, sendo esta a missão central do SUS.(FIGUEIREDO NETO et al,2010 p.05)

Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda; cabendo, especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa.

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a Lei Federal nº 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), elaborada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. No entanto, a legitimidade do processo constituinte e do movimento pela reforma sanitária constitui-se na melhor garantia da operacionalização dos ideais dos SUS, ou seja, de seus princípios e diretrizes.

Ainda o controle social, foi assegurado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mantendo a perspectiva de participação social na gestão do SUS e conseqüentemente, conquista dos cidadãos, que passaram a ocupar espaços estratégicos a partir de dentro dos aparelhos do Estado.

## **1.2. Seguridade Social no Brasil pós 1988**

Não podemos iniciar falando do Serviço Social no âmbito da saúde sem antes compreendermos a Seguridade Social e o contexto da Reforma Sanitária.

A Seguridade Social representa uns dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Representa a promessa da extensão dos direitos sociais em nosso país de acordo com as transformações sociopolíticas que se processaram.

Nessa concepção de Seguridade Social, destaca-se como significativo a universalização; concepção de direitos sociais; as definições de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada, com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais com destaques para os Conselhos e Conferências de políticas públicas.

Segundo Tavares, a Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 “foi uma construção interrompida de um projeto mais generoso de proteção social gestado a partir da redemocratização do país” (TAVARES, 2004, p.11).

As Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como resultado de disputas, nesse conflito, as políticas Sociais, resultado da luta da classe trabalhadora, assumem caráter contraditório, podem incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia,

políticas sociais do capital. Nesse contexto de garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida da classe trabalhadora.

Segundo o CFESS , “A perspectiva de Seguridade Social pautada no projeto ético-político da categoria é concebida como parte de uma agência estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária”. Não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele.

Na década de 1980, a classe trabalhadora não conseguiu interferir substantivamente na ordem econômica, apesar de ter obtido significativas vitórias no âmbito social e político num contexto de lutas democráticas contra o regime ditatorial que se instalou no Brasil desde 1964. O que se verificou para os trabalhadores, no final dessa década, foram conquistas no campo da ação política organizada e derrota no campo econômico. Apesar das vitórias dos movimentos sociais organizados, a transição do regime autocrático para o sistema democrático ocorreu com marcas subalternizadas, ou seja, operou uma “transição negociada”, sem uma ruptura radical com as forças políticas até então hegemônicas, sejam do regime militar, do latifúndio e do grande capital, sobretudo do capital bancário (COUTINHO apud MOTA,1995).

A saúde foi uma das áreas em que mais os avanços constitucionais foram significativos. . Ao compreender o SUS como estratégia, o projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta, a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, como a doação de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização como controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado.” (BRAVO, 1990; MATOS, 2001).

A REFORMA sanitária brasileira nasceu da luta contra a ditadura, estruturou-se nas comunidades, nos serviços de saúde, nos

sindicatos e nas universidades e resultou no pacto social estampado na Constituição Federal: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.(SCHEFFER e FLEURY,2009 p.01)

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas públicas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e trabalho. Ou seja, tem ênfase nos determinantes sociais, a nova organização do sistema de saúde por meio da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, Territórios) na prestação de Serviços de saúde, efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010 p. 19)

Segundo MIOTO (2004b) e NOGUEIRA (2004, p. 05), sobressai, como um primeiro rompimento com a situação anterior, em relação ao plano jurídico e político, a idéia de *universalidade*. Ou seja, o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso *universal e igualitário* aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como desigualdade de acessos da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda da contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2010 p. 21.)

Em 2002 com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, havia a expectativa de que muita coisa mudasse no país, que a desigualdade diminuísse, que houvesse ampliação de postos de trabalho e maior distribuição de renda. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. Na saúde estimava-se que o retorno da Reforma Sanitária acontecesse. Entretanto essa perspectiva não aconteceu e a política de saúde continuou focalizada e sem financiamento efetivo.(CFESS,2010,p 21)

O Sistema Único de Saúde (SUS) ,está longe de ser um SUS constitucional, apesar de alguns avanços.

Apesar de reconhecer que “houve um avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde” ( BRASIL,2006b, p. 48).

A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento aos mais pobres ganha cada vez mais eco com a pressão do desfinanciamento e a, perspectiva universalista está cada vez mais longe de acontecer.

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (BRAVO, 2006, p. 79)

O SUS, em seus quase dezesseis anos, continua com seus radicais defensores e radicais opositores. Feuerwerker (2005) interpreta que essa capacidade de mobilização decorre de ter sido o campo da saúde “constituído por atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura, capazes de fazer críticas e apresentar propostas alternativas com modos de fazer política compatível com a radicalidade da proposta em questão”. Aponta ainda, no mesmo artigo, a possibilidade de que a proposta desejada e construída pelo movimento de reforma sanitária seja desqualificada face às fragilidades atuais do sistema, colocando em risco sua legitimidade política e social. Tal se deve à permanente disputa sobre o alcance da saúde como direito, em relação à própria concepção de saúde e às maneiras para viabilizar seu acesso e sua garantia. (NOGUEIRA; MIOTO 2004, p.16).

A universalidade um dos fundamentos centrais do SUS é contido no projeto da Reforma Sanitária, os valores solidários, coletivos e universais que pautam a formulação da seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado, que tem como suporte a consolidação do SUS para os cidadãos pobres e a

segmentação do sistema, com serviços mercantilizados para os que podem pagar. (CFESS, 2010 P.23)

Nessa conjuntura, as entidades do Serviço social têm por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970. Tem como pressuposto que as transformações estruturais nas políticas de saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. (CFESS, 2010,p.23)

## **Capítulo 2**

### **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.**

#### **2.1. A relação do serviço social e a saúde**

Para análise do Serviço Social e Saúde na atualidade, é necessário recuperar os avanços e lacunas, ocorridas na profissão a partir dos anos de 1980. Essa década marcou o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria, pela denominada "intenção de ruptura" e com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente se inserem, na sua maioria, nas universidades e têm pouca capilaridade nos serviços. (NETO,1996 a; BRAVO,1996)

Segundo BRAVO (1996) considerando que os anos de 1990 foram o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, identificam-se que, nesse contexto, os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, passam a apresentar diferentes requisições para o serviço social.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de prática individuais. (BRAVO E MATOS 2008 P. 206)

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS 2010,p. 26)

O projeto da Reforma Sanitária é questionado e o projeto de saúde articulado ao mercado e ao projeto privatista, com essa articulação o Estado reduz a atenção garantindo apenas o mínimo aos que não podem pagar e os cidadãos consumidores pagam pelo atendimento.

Nos dias atuais, identifica-se que alguns importantes desafios devem ser enfrentados. O projeto da reforma sanitária, versus privatista.

O serviço social não passa ao longo dessa tensão. Ao mesmo tempo quem que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência á intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento á tendência á intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresentam respostas para o conjunto dos desafios postos á profissão pela contemporaneidade. Segundo NETTO (1996 a), as criticas apresentam em comum o fato de apontarem como problema o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxismo, quando na realidade trata-se de possíveis lacunas dessa tradição no âmbito do Serviço Social.

Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a critica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, ela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para negação da formação original do serviço social ou deslancha para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão da pratica médica. (CFESS, 2010 p. 27)

A primeira descoberta que ainda existe nas categorias profissionais que buscam formação na escola de saúde publica e que não passam mais a se considerar assistentes sociais mais sim como sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegio mento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executadores como serviço social clinico(que não vem ao caso).

E por fim surge a necessidade da criação de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção de conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da pratica médica, da forma fragmentada.

O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem aprofundamento na área da saúde, o que é de extrema importância. O dilema se faz presente quando esse profissional, devido aos méritos de sua competência, passa ao exercer outras atividades como: Direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos, entre outros. E não mais

identifica como as de um assistente social. Este consistiria apenas na ação direta como os usuários, o que NETTO(1990) denomina de execução terminal da política social. As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, considerando como transversal ao trabalho profissional e explicitas na lei de regulamentação da profissão (1993) e nas Diretrizes da ABEPSS(1996) na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais.

O exercício profissional que o assistente social exerce não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina.

Outra preocupação que se coloca é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem do possibilismo, que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos, “a partir de concessões e revisionismo teórico-políticos”(BRAZ,2004).Essa é uma realidade que está posta na saúde, nos movimentos sociais e tem repercutido no Serviço Social, devendo ser problematizada á luz dos princípios e diretrizes do projeto ético –político do Serviço Social brasileiro.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS)\_formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social á saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político tem necessariamente estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS,2003;BRAVO;MATOS,2004).

Considera-se que o código de ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho do assistente social na saúde em todas as dimensões: na prestação de serviços diretos a população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização a participação social.

Mais do que nunca os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho- no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que participem desses princípios-

que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e par as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população pelo projeto ético-político que se faz por competência encarados na profissão.

Alguns conceitos são fundamentais para ação dos assistentes sociais na saúde como concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade ,a participação social e a interdisciplinaridade.

O conceito saúde contido na Constituição Federal de 1988 e a lei 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CF 1988,artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “ entre outros, aalimentação, a moradia, o saneamento básico ,a renda, aeducação, otransporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País(LEI Nº 8.080/1990,ART 3º).

## **2.2. Parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde**

O profissional de Serviço Social rege-se pelo código de ética da categoria, bem como pela LEI Nº8663 de 07 de Junho de 1993 que regulamenta a profissão. O reconhecimento da saúde se deu pelo Conselho Nacional de Saúde através da resolução nº218 de 03/03/1997 que delegou ao CFESS ,sua caracterização. Em 1999 o CFESS assegura que a profissão não é exclusiva de saúde, mais qualifica o profissional a atuar com competências nas diferentes dimensões da questão social.

Segundo o CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), enquanto profissional de saúde, atribui ao assistente social a intervenção juntos dos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de Serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde. O principal objetivo do assistente social é responder às demandas dos usuários dos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e responder com a LEI que

Regulamenta com a profissão (Lei nº8662, de 7 de julho de 1993). complementar e Art 4 - *Orientar indivíduos e grupo de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (CFESS,1993,pagina 01).*

O Serviço Social enquanto profissão capaz de atuar em diversas áreas/expressões da questão social, uma delas é a área de saúde, deve usar seus conhecimentos teórico-metodológicos na orientação à população rompendo com o “Serviço Social caridade”, e criando mecanismo para que a população tenha conhecimento do seu direito a saúde e que o Estado deve provê-la. Também fortalecer o caráter público das ações e serviços da Seguridade Social. Este profissional também deve efetivar a promoção, prevenção e proteção como está nos princípios do SUS, podendo realizar trabalhos educativos com a comunidade, fortalecendo ações de serviços na atenção básica, pois estes são portas de entrada para o sistema de saúde.

O eixo central para o trabalho dos Assistentes Social na saúde é a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições articulando aos princípios do projeto ético-político da reforma sanitária e à dimensão ético-política do da atuação deste profissional.

O Assistente Social deve trabalhar articulado com os demais profissionais como: equipes multiprofissionais e interprofissionais que atuam da área da saúde para que, juntos possam defender o SUS e formular estratégias para a consolidação de direitos. O profissional de Serviço Social deve ter uma ação complexa na direção de construção da universalidade, um comprometimento ético-político para que os direitos do usuário sejam assegurados e ocorra verdadeiramente a alteração da realidade. O Assistente Social deve trabalhar no fortalecimento da rede, se essa rede não existir, empenhar-se em sua construção, para que todos os componentes/integrantes da rede estejam com sua ação relacionada com os outros para que atinjam o objetivo comum, a consolidação das políticas sociais pois só assim a saúde será efetivada integralmente, pois ela está integrada com os demais direitos.

Ao trabalhar nessa perspectiva do cuidado ético, da humanização da prática, estamos fazendo um uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores, na busca da qualidade do atendimento de nossos atos profissionais. Daí a importância da ética dos cuidados,

pois se o trabalho é um uso de si, pressupõe na mesma medida um cuidado de si. (MARTINELLI, 2007, p 21)

O Serviço Social atua no campo das políticas sociais com objetivo de viabilizar o acesso aos direitos da população e o exercício da cidadania. Porém os avanços da categoria ainda são tímidos:

São insuficientes os avanços conquistados pelo exercício profissional de assistentes sociais na saúde, devido ao fato de a profissão ter chegado à década de 1990 “com uma incipiente alteração do trabalho institucional”, por permanecer “desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária” e pela pequena contribuição no que se refere às questões colocadas à categoria na prática em saúde. Bravo (2009, p. 205)

A partir destas colocações, pode-se concluir que o Serviço Social enquanto campo de atuação para a melhoria das condições de vida da população ainda precisa de incentivos estatais e políticos. O Estado deve implementar a atuação do assistente social, principalmente nas áreas da oportunização aos cidadãos do acesso aos direitos básicos (educação, saúde, etc). As políticas públicas, por sua vez, devem permitir à categoria a efetivação e o cumprimento das leis, estas elaboradas a partir de diálogo com equipes multidisciplinares que podem contribuir na visualização das necessidades do povo brasileiro.

O profissional deve estar sempre articulado nas políticas públicas, nas reuniões do conselho de saúde, orçamentos plurianuais e outros investimentos para as consolidações e ampliação desses direitos.

## Capítulo 3

### ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM CÂNCER

#### 3.1. Direitos sociais das pessoas com câncer

O diagnóstico de câncer pode trazer consequências imprevisíveis ao indivíduo e seus familiares. Na cultura ocidental o câncer está associado à dor, sofrimento, limitações físicas, dependência e medo da morte, ou seja, ruptura dos planos de vida. Por outro lado, a revelação do diagnóstico ao paciente permite que ele e sua família possam acionar as suas estratégias de enfrentamento para lidar, da melhor forma possível, com os efeitos causados pela doença e seu tratamento. (SENOBE, BUETTO e ZAGO, 2009 p.343)

Segundo a OMS, estima-se que até o ano de 2030 pode se esperar 27 milhões de novos casos de câncer no mundo. Nesse contexto, surge a preocupação com a reabilitação, a sobrevivência e a qualidade de vida dessas pessoas acometidas pela doença, pois além o abalo físico, há também o abalo psicológico.

Reconhece-se que no período de sobrevivência, a mobilidade é um aspecto impactante, principalmente durante o tratamento impedindo que o paciente exerça suas atividades laborais. Sabemos que a maioria dos pacientes oncológicos que buscam o cuidado à saúde no SUS é proveniente da classe popular. Destes, muitos não tem vínculo empregatício, o que no período do tratamento pode prejudicar a dinâmica e o funcionamento de sua família, principalmente quando há gastos extras não previstos. (SENOBE, BUETTO, ZAGO 2009, P.343).

As pessoas com câncer possuem diversos encargos financeiros, pois geralmente se deslocam para fazer tratamento em outras cidades, a maioria desses pacientes abandonam seus empregos, pois devido à exaustão do tratamento impossibilita que essas pessoas trabalhem. Os pacientes oncológicos possuem gastos como: alimentação, transporte, etc. Esses custos são de total responsabilidade do paciente e não importa se possui plano de saúde ou seguro.

Frente à realidade da trajetória do tratamento do câncer, a atuação do assistente social fica evidente, pois identifica-se a necessidade de informação

e orientação para essas pessoas, é imprescindível poder intervir no contexto social em que eles estão inseridos, garantindo qualidade de vida, acolhimento e a adesão no tratamento proposto.

Além dos direitos constitucionais, as pessoas com neoplasia possuem alguns direitos direcionados a eles como:

O saque o FGTS garantido pela LEI Nº 8.922, de 25 de Julho de 1999, na fase sintomática da doença, o trabalhador cadastrado no FGTS que tiver neoplasia maligna (câncer) ou que tenham dependente portador de câncer poderá fazer o saque do FGTS. (INCA, 2009, p.10)

O paciente com câncer segundo a Resolução 01/96 de 15/10/1996 do Conselho diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP, pode fazer o saque do PIS/PASEP na Caixa Econômica Federal ou no Banco do Brasil para o trabalhador cadastrado no PIS/PASEP antes de 1988 que tiverem neoplasia maligna (câncer), na fase sintomática da doença, ou que possuir dependente portador de câncer. (INCA, 2009, p. 11 ).

Diante do tratamento do câncer o paciente muitas das vezes fica incapacitado para o trabalho, diante disso ele pode recorrer ao auxílio doença que é um benefício mensal. Ele pode ficar segurado quando fica temporariamente incapaz para o trabalho em virtude da doença por mais de 15 dias consecutivos. O portador de câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada por meio de exame realizado pela perícia médica do INSS. A pessoa deve comparecer à agência da Previdência Social mais próxima de sua residência ou ligar para 135 solicitando o agendamento da perícia médica. É indispensável Carteira de trabalho ou documentos que comprovem a sua contribuição ao INSS, além da declaração ou exame médico (com validade de 30 dias) que descreva o estado clínico do segurado. (INCA,2009 p.13)

A aposentadoria por invalidez também é um direito da pessoa com câncer, desde que a incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS. Tem direito ao benefício o segurado que não esteja em processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência (independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença). O portador de câncer terá direito ao benefício, independente do

pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado garantindo na Lei nº 8213 de 21/07/1991 art. 26 II.( INCA,2009 p.14)

Devido à alta complexidade, os casos de câncer aqui do Município de Matinhos são encaminhados para Curitiba, isso não é diferente na grande maioria das cidades do Brasil, nesses casos os paciente oncológicos tem direito ao TFD(Tratamento fora de domicilio), segundo a portaria SAS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Esta normatização tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em casos especiais, de um estado para outro estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, será autorizado o pagamento de despesas para acompanhante. É garantia de acesso ao tratamento para pessoas que residem onde não há o recurso necessário para tratar-se, pois saúde é um direito de todos, lembrando que o TFD não é pago em deslocamento menores de 50 km.(HC,2010 p.22)

As pessoas com neoplasia, também tem direito ao transporte público gratuito na fase do seu tratamento, pois os pacientes que estão em processo de quimioterapia ou radioterapia, podem viajam para outros municípios para dar sequencia ao tratamento. (HC, 2010 p.31)

Segundo o INCA, cresce 22% ao ano de novos casos de câncer de mama no mundo, é traumatizante receber uma noticia de que esta com câncer imagina que vai perder uma parte do seu corpo, a lei 9797 de 06/05/1999 garante esse direito a mulher oncológica garantindo a cirurgia plástica reparadora da mama, amputada ou mutilada em decorrência de tratamento para a retirada do câncer mamário sendo utilizada prótese de silicone ou não.(HC,2010 p.19)

As pessoas com câncer que fazem a ostomia digestiva que é uma abertura cirúrgica, realizada para criar uma passagem entre o intestino e a parede abdominal(barriga), com a finalidade de eliminar fezes para a fora do corpo, ou íleostomia quando a ostomia for localizada no íleo, e a bolsa fica colada ao corpo ou também Ostomia urinária (urostomia) quando a urina sairá diretamente para a parede abdominal(barriga)sem controle da pessoa, tem o direito de receber as bolsas gratuitamente. A secretaria Municipal de saúde

fornece gratuitamente as bolsas de acordo com o tipo de ostomia. Primeiro deve-se passar na unidade de saúde mais próxima de sua residência levando uma solicitação médica. Na cidade de Matinhos as bolsas são distribuídas pelo Programa Saúde da Família. (HC, 2010, p.23 )

A última lei aprovada pelo Congresso Nacional foi a lei 12.732 de 22 de novembro de 2012 diz que os pacientes com câncer deverão iniciar o tratamento pelo SUS até 60 dias após o registro da doença no prontuário médico, esse lei foi uma grande conquista para os paciente com câncer, que correm muitas das vezes contra o tempo para lutar contra a doença. (BRASIL, 2009, p.01)

Como é possível verificar existe uma ampla proteção legislativa para os pacientes com câncer mais a falta de conhecimento, divulgação e orientação dos direitos dos pacientes oncológicos, fazem com que estes benefícios não sejam assegurados como direitos do cidadão.

É contrastante e difícil esperar que em uma sociedade que exclui parte expressiva de seus membros do acesso aos benefícios sociais e econômicos por ela produzidos, vá trata-lo de maneira adequada quando adoecem ou necessitam de cuidados especiais. Falar de direito á saúde é falar no direito á vida, ao bem estar físico, psicológico, social e emocional. (SENOBE, BUETTO, ZAGO, 2009 p.348).

### **3.2. Assistência prestada pelo município de Matinhos/PR aos pacientes com câncer**

A Secretaria Municipal de Saúde, local onde desenvolvemos nossa pesquisa tem por objetivo atender as demandas da saúde em conformidade com diretrizes da política de saúde e possui as seguintes estruturas administrativa: diretoria especial da avaliação da atenção a saúde, diretoria geral, diretoria de relações institucionais e comunitárias, diretoria técnica administrativa e financeira, divisão administrativa, setor de recursos humanos da secretaria de saúde, setor de compras, almoxarifado controles e convênios, setor de transporte e manutenção de veículos, divisão de controle e gestão do

fundo municipal de saúde, divisão de planejamento monitorado e avaliação em saúde, setor de auditoria controle e regulação e avaliação, setor em informações de saúde, diretoria de assistência a saúde e Serviço Social.

O serviço social atua na Secretaria Municipal de Saúde desde 2001, tendo uma assistente social que atende todas as demandas de saúde do município. As principais demandas postas ao Serviço Social são: encaminhamentos (para outras instâncias ou setores da administração municipal, instituições externas, localizadas no município ou em outros municípios da Região), estratégia saúde da família, visita domiciliar, demandas do ministério público relacionadas à saúde, parecer social, entrevista social, elaboração de projetos, atendimentos diversos. A principal atividade do serviço social na secretaria de saúde e a orientação ao usuário dentro da secretaria.

Elegemos a Secretaria Municipal de saúde de Matinhos para desenvolvermos a pesquisa, tendo em vista que nesse espaço existe a atuação efetiva do Serviço Social, a orientação direta ao usuário que procura atendimento.

Nossa pesquisa visou identificar as orientações prestadas pelo Serviço Social do município a pessoas com câncer sobre seus direitos sociais, nosso foco era saber se existia ou não uma orientação a essas pessoas. Uma das primeiras questões levantadas foi identificar quais os principais motivos que trazem os usuários ao setor de Serviço Social. A resposta que obtivemos da profissional da área é de que *"a maioria vem em busca de orientação sobre o Benefício de Prestação Continuada (B.P.C.) e o Suplemento alimentar (sustagem), além da orientação sobre esses itens, orientamos sobre aquisição dos medicamentos, cesta básica e transporte"*.

Nisso podemos identificar que as pessoas com câncer vão à Secretaria Municipal de Saúde em busca dos seus direitos sociais básicos, garantidos na Constituição Federal como o direito à saúde, renda e alimentação. Esses direitos não são exclusivos a quem tem câncer, mas a toda população e é de total responsabilidade do Estado e do Município.

As pessoas acometidas ao câncer vão também à Secretaria Municipal de Saúde em busca de orientação do BPC que é o Benefício de Prestação Continuada assegurado pela Constituição Federal de 1988, garante a transferência mensal de 1 salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à

pessoa com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. O BPC é um benefício individual, não vitalício e intransferível, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É um direito de cidadania assegurado pela proteção social não contributiva da Seguridade Social. Para ter acesso ao BPC, não é necessário que o beneficiário já tenha contribuído para a Previdência Social. O paciente com câncer pode ter direito ao BPC caso possua 65 anos ou mais, ou na hipótese de ter impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. (ONCOGUIA, 2013 p.01)

Decorrente dessas informações tem-se a noção de que apenas uma parte desses direitos está sendo acessados, deixando de lado outros direitos garantidos em Lei.

Outra pergunta à Assistente Social foi se existe alguma ação ou trabalho voltado a essas pessoas no Município, tendo em vista que nessa cidade há apenas um Hospital de pequeno porte, o qual atende somente emergências. *“Sim. Por ser um tratamento de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para atendimento em Curitiba que é nossa referência, além disso, são acompanhados pela Equipe de Estratégia Saúde da Família de sua referência (próximo à sua residência). O médico, a agente comunitária de saúde, a equipe de enfermagem realizam acompanhamento eletivo, semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente dependendo dos agravos da doença. Como também a equipe de apoio (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo) realiza acompanhamento se necessário”.*

O programa Saúde da família também realiza a distribuição das bolsas das pessoas fazem a ostomia digestiva e urinaria, direito segurado das pessoas com câncer.

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer) em 2010, existem 276 hospitais habilitados no tratamento de câncer. Todos os estados Brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado no atendimento às pessoas portadoras de neoplasia (câncer) nos quais o paciente encontra atendimento especializado até cirurgia mais complexas.

Um dos nossos objetivos para a realização desse trabalho era de identificar, através da assistente social da área da saúde do Município de Matinhos a partir da experiência em seu cotidiano de trabalho profissional, se essas pessoas conhecem esses direitos. Isto decorreu através de diálogos com pessoas que já tiveram câncer e de acordo com experiências vividas. A manifestação da assistente Social quanto a esta questão é de que os usuários do serviço municipal de saúde não conhecem os seus direitos. *“Não totalmente, percebo isso nos atendimentos que realizo, a maior demanda é referente ao Benefício de Prestação Continuada (B.P.C.)”*.

Fica evidente que as pessoas com câncer conhecem pouco seus direitos sociais, perguntamos a assistente social se os pacientes vão à procura de orientação sobre os seus direitos garantidos em lei e sobre dificuldade de acesso a esses direitos. *"Alguns fazem procura espontânea outros vêm encaminhados do local onde estão realizando o tratamento"*.

Há uma grande demanda posta ao Assistente Social, impossibilitando que muitos trabalhos e orientações sejam realizados, pois o Município de Matinhos conta com apenas uma Assistente Social responsável pela área da saúde e pelo hospital da cidade.

Em entrevista à Assistente Social, perguntamos se ela conhecia esses direitos e se via uma possibilidade de intervenção junto a UFPR Litoral tendo em vista que temos no campos o curso de Serviço Social e o curso de Saúde coletiva a resposta foi:

*“Sim, conheço a legislação referente aos direitos da pessoa portadora de Neoplasias”*

*“Acho viável, levando em consideração o trabalho intersetorial e interdisciplinar. Sugiro que a UFPR apresente uma Proposta de Intervenção a esta Secretaria Municipal de Saúde para a Gestora avaliar a viabilidade de execução no município”*.

Tendo em vista que os pacientes oncológicos são encaminhados para Curitiba, fica evidente a necessidade de orientação a essas pessoas, fica explícita a dificuldade de locomoção, mesmo o Município cedendo o transporte, esses pacientes muitas vezes ficam o dia todo em Curitiba e se tem o conhecimento de que esses pacientes com câncer precisam comer beber,

além do mais, precisam prover alimento quando chegam a suas casas para alimentar suas famílias.

Diante de tal problemática, observamos que o suporte prestado pelo Município de Matinhos ainda é muito pouco, fica evidente a necessidade de orientar os pacientes acometidos ao câncer, devido à dificuldade que se tem de continuar normalmente suas vidas, é preciso repensar as estratégias, é preciso dar ao ser humano qualidade de vida. Não podemos pensar em direitos sociais sem pensar vida digna.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término dessa monografia pode se concluir que muita coisa precisa ser feita e melhorada na vida das pessoas acometidas ao câncer, nosso intuito foi conhecer as orientações dos assistentes sociais da área da saúde do Município de Matinhos aos pacientes com câncer sobre seus direitos, tendo em vista as competências atribuídas ao assistente social que é de orientar indivíduos e grupo de diferentes segmentos sociais no sentido identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa dos seus direitos (CFESS,1993,p 01).Nisso podemos identificar a grande lacuna encontrada no âmbito da saúde em nosso Município, fica evidente que o direito dos pacientes oncológicos , ainda é algo distante em nossa cidade.

Tendo em vista que os pacientes são encaminhados para Curitiba para fazer tratamento, pois contamos na cidade apenas com um hospital de pequeno porte, torna-se crucial a orientação a esses pacientes, pois os gastos com alimentação, transporte, medicamentos, em fim o tratamento exaustivo encarado por esses pacientes.

É necessário um planejamento, dos nossos gestores juntos com os profissionais assistentes sociais, para que desse modo possamos encontrar uma solução de orientar essas pessoas sobre seus direitos sociais e viabilizar e dar acessos a esses direitos das pessoas acometidas ao câncer.

O câncer tem feito inúmeras vítimas em todo mundo, além das dores físicas, as dores emocionais são evidentes. O medo da morte, a força e a vontade de encarar a vida novamente é algo constante na vida de quem é acometido pela doença. Os direitos dessas pessoas não devem ser violados, isso será um combustível para elas para lutar pela vida e encarar a doença de uma forma digna. Falar de direitos sociais para os portadores de neoplasia é falar de direito a vida.

Muitas vezes uma simples informação transforma completamente a situação à medida que o paciente passa a ter condições de reconhecer e exigir os seus direitos. Ser reconhecido e respeitado como cidadão pode não curar a doença, mas encoraja o paciente a conviver com a sobrecarga que ela acarreta, até porque a vida continua com o câncer e apesar dele. Deve-se ter

em mente, no entanto, que o paciente de câncer, por todo esse sofrimento multifacetado a que é exposto, tem direito a uma vida digna. (MALAFAIA, 2011 P.01)

Como se não bastasse a luta pela vida, o paciente terá que enfrentar uma maratona jurídica se quiser fazer valer os direitos que o nosso sistema jurídico oferece de forma esparsa, confusa e de interpretação controversa. Durante a difícil caminhada, na peregrinação pelas repartições e entidades que deveriam prestar informações e facilitar a vida dos pacientes, deparamo-nos na verdade com muita desinformação e entraves burocráticos. (MALAFAIA, 2011 p 01).

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Antonieta. Câncer Direito e Cidadania. 8ª edição. São Paulo, ARX, 2004.

BRASIL, Decreto Lei n.4.682, de 24 de janeiro de 1923. *Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados* Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm) Acesso em 21/10/2013.

BRASIL. Lei n. 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm) Acesso em 21/10/2013

BRASIL. Lei n. 12.435 de 06 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1) Acesso em 21/10/13

BRASIL, 2013. Ministério da saúde, governo do Brasil acessado 09/09/2013, disponível em: [www.brasil.gov.br/saude/atendimento](http://www.brasil.gov.br/saude/atendimento).

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma sanitária: Lutas sociais e praticas profissional*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 1996.

MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinias(Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRASIL, Ministério da saúde. SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde a Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>. Acessado em: 04.11.13.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, ano 2010.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente; SILVA, Priscyla Freitas da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SANTOS, Rafael Vítor Silva Gaioso dos. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em : <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7781](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781) acessado em 10/05/2013.

HOSPITAL DE CLINICAS, UFPR. Cartilha de Orientação Saúde X Direitos. Ano 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA), 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2> acessado em: 04/11/13

INSTITUTO ONCOGUIA, 2013. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/loas/111/4/>

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Direitos Sociais das Pessoas com Câncer, Orientação aos pacientes. 2ª edição, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social-Lei nº 8.742 de 07/12/93. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)

BRASIL. Lei que Regulamenta a profissão de Assistente Social-Lei nº 8.662 de 07/12/93. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)

MALAFAIA, Adriele. Direito dos pacientes com câncer ,2011. Disponível em: [http://www.falabomfim.com.br/2011/01/direitos dos pacientes com câncer](http://www.falabomfim.com.br/2011/01/direitos-dos-pacientes-com-cancer) acessado em: 04.11.2013

MARTINELLI, Maria Lucia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares :desafios cotidianos. *Revista Serviço Social e Sociedade*. Ano 2011 VI n. 06, 2007, p. 21-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010166282011000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010166282011000300007&script=sci_arttext)

MINAYO ,M.C de S.(organizadora) .Pesquisa social:teoria,método e criatividade.5 ed.Rio de Janeiro:VOZES,1996

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro ;MIOTO, Regina Célia Tomaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. Santa Catarina, 2004.

PIANA, MC. *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9 .Available disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acessado em:03.11.2013

RUMO AO BRASIL, 2012 disponível em: Maior conquista social dos trabalhadores <http://www.rumosdobrasil.org.br/2009/12/03/clt-a-maior-conquista-social-dos-trabalhadores/> acesso :28/10/2013.

:

SENOBE ,Helena Megumi; BUETTO, Luciana Scatralhe ;ZAGO ,Marcia Maria Fontão .O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. São Paulo, 2009.

SARRETA, Fernanda de Oliveira ;BERTANI, Íris Fener .A construção do trabalho em equipe do Serviço Social no SUS de Franca/São Paulo .In Interdisciplinaridade: Integração entre saberes e praticas .Oliveira, C.A.H da S.;BERTANI,I.F.(orgs).Franca:UNESP,2006.

## ANEXOS

CÂMARA DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. No caso de aceitar fazer parte desse estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do (a) pesquisador (a). Título do projeto: **A orientação dos Assistentes Sociais do Município de Matinhos aos Portadores de neoplasia malina (câncer) sobre seus direitos.**

Acadêmica responsável: Bruna Francisca Ramos

Telefone: (41) 99645995

Orientadora: Anderson Santos -UFPR - Litoral

Telefone: Andersonsantos@ufpr.com

O Objetivo desta pesquisa é "Analisar a orientação dos Assistentes Social no Município de Matinhos aos direitos dos partadores de neoplasia maligna( câncer) sobre seus direitos".

A sua participação na pesquisa consiste em participar de uma entrevista (gravado ou escrita) que será realizado pela acadêmica. Os procedimentos aplicados nesta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental. Você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, apenas ligando para a acadêmica. Você poderá escolher um pseudônimo. As pesquisadoras se comprometem a manter sua identidade em sigilo. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para fins exclusivamente acadêmicos (artigos para publicação em revistas científicas, aulas e participação em congressos) a composição do relatório de pesquisa. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Permito que a acadêmica relacionada acima obtenha gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional. Concordo que o material e as informações obtidas possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pela acadêmica-pesquisadora sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e dados sobre a minha identidade será mantido em sigilo.

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nome e assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_