

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA
PARA A INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR JUNTO A PACIENTES COM
NEOPLASIA MALIGNA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade

Federal de Santa Catarina, para a obtenção do
título de Assistente Social orientado pela
professora Maria Dolores Thiesen.

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 20/02/04

ELIZÂNGELA MARTINS

Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

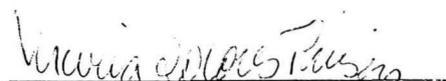
Florianópolis,

Fevereiro de 2004

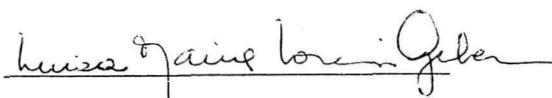
ELIZÂNGELA MARTINS

A POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA PARA
A INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR JUNTO A PACIENTES COM NEOPLASIA
MALIGNA

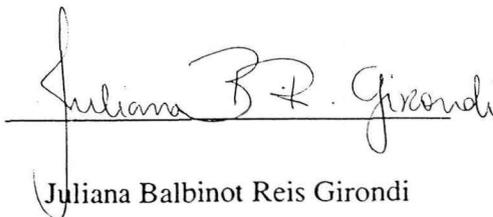
Monografia apresentada como requisito para obtenção do Título de Assistente Social da
Universidade Federal de Santa Catarina, pela comissão examinadora integrada pelos
membros:



Maria Dolores Thiesen
Presidente da Banca



Luiza Maria Lorenzini Gerber
1º Membro



Juliana Balbinot Reis Girondi
2º Membro

Florianópolis, fevereiro de 2004.

AGRADECIMENTOS

Finalmente cheguei ao final de mais uma etapa. Nesta luta, jamais estive sozinha, por isso, neste momento todo especial, não poderia deixar de expressar minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram nesta caminhada.

A Deus por sempre iluminar meu caminho.

A Minha mãe que com seu jeito simples sempre me dá conselhos valiosos, que é um exemplo de mulher que sempre teve tudo para ser uma pessoa mal-humorada, mas que tem um astral maior que o meu, e é meu porto seguro.

Ao Rodrigo que sempre me ajudou e com seus telefonemas inesperados sempre fazia meu dia melhor.

A minha grande amiga Gí, que durante 4 anos dividiu o apartamento comigo, sei que sentirei muita falta de nossas conversas até tarde e é claro das festas, desejo a você tudo de bom, principalmente nesta nova etapa de sua vida (você tomou a decisão certa).

A minha GRANDE amiga Saron que desde pré-escola me faz companhia, mesmo longe sei que posso contar sempre, ela que corrigiu todo o TCC, meu muito obrigada.

A Adriana que com seu jeito quase parando sempre me dá bons conselhos, adoro conversar com você sobre assuntos descomplicados.

A minha supervisora de estágio Luiza Maria Lorenzini Gerber que dividiu comigo seus conhecimentos.

A minha professora e orientadora Maria Dolores Thiesen, que com a maior paciência soube entender minhas limitações e deu contribuições valiosas para a realização deste TCC.

A enfermeira do H.U. Juliana Balbinot Reis Girondi que aceitou prontamente participar da Banca.

As minhas colegas de sala de aula, Cláudia Bristot, Márcia Graziela, Kelly Bernardes, Regiane Mary, Maria Cristiane, Evelyn, Valéria e todas as outras meu agradecimento especial.

*Nunca se esta sozinho
Quando se tem um amigo
Posso morrer de saudades
Mas nunca de solidão.*

Drummond.

“Já ancorado na Antártida, ouvi ruídos que pareciam de fritura.

Pensei: será que até aqui existem chineses fritando pastéis?

Eram cristais de água doce congelada que faziam aquele som quando entravam em contato com a água salgada. O efeito visual era belíssimo.

Pensei em fotografar, mas falei para mim mesmo:

-‘Calma, você terá muito tempo para isso...’

Nos 367 dias que se seguiram, o fenômeno não se repetiu.

Algumas oportunidades são únicas”.

AMYR KLINK

SUMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO.....</u>	<u>9</u>
<u>2 CAPÍTULO I – AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO A SAÚDE.....</u>	<u>11</u>
2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE AS DÉCADAS DE 30 E 80.....	11
2.2 A SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 80 E 90.....	22
2.3 AS TENDÊNCIAS ATUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	37
<u>3 CAPITULO II – A POLÍTICA DE SAÚDE: ASSISTÊNCIA A ALTA COMPLEXIDADE..</u>	<u>43</u>
3.1 COMPREENDENDO A POLÍTICA DE SAÚDE NA ONCOLOGIA.....	43
3.2 ALTA COMPLEXIDADE E A ONCOLOGIA: NORMATIZAÇÃO PARA SEUS PROCEDIMENTOS.....	47
3.3 ONCOLOGIA E RELAÇÃO PACIENTE E FAMÍLIA/RESPONSÁVEL.....	57
<u>4 CAPÍTULO III – ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO A PACIENTES COM NEOPLASIA: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA A PARTIR DO ESTÁGIO CURRICULAR.....</u>	<u>62</u>
4.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	62
4.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS A SEREM OBSERVADOS NO TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	67
4.3 A INTERDISCIPLINARIDADE E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO A SAÚDE.....	70
<u>5 CONCLUSÃO.....</u>	<u>89</u>
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</u>	<u>94</u>
<u>ANEXO (S).....</u>	<u>102</u>

RESUMO

O presente trabalho de Conclusão de Curso – TCC de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, tem como principal objetivo promover a discussão a respeito da atuação da equipe interdisciplinar junto a pacientes com Neoplasia Maligna, destacando principalmente a atuação do profissional de Serviço Social junto a estes pacientes internados e seus familiares.

O interesse pelo tema surgiu a partir da prática de estágio realizado na Clínica Médica I do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Desta forma, através de uma pesquisa bibliográfica destacamos a Política de Saúde no Brasil da década de 30 aos dias atuais, assim como a Alta Complexidade e sua normatização em oncologia, logo a atuação da equipe interdisciplinar junto a pacientes com neoplasia maligna. Por último a reflexão sobre a política de saúde no Brasil e a necessidade a atuação deste tipo de equipe em saúde, especialmente o Assistente Social.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso – TCC – resulta da realização de uma prática de estágio curricular obrigatório, realizado na Clínica Médica I do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Este é um hospital público federal, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que tem como finalidade ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins. O Hospital Universitário garante atendimento tanto no nível primário como secundário e terciário (alta, média e baixa complexidade).

A partir do estágio definimos que o objeto de pesquisa deste trabalho é pesquisar a importância da atuação da equipe interdisciplinar junto ao paciente com neoplasia maligna e sua família, dando maior ênfase na atuação do Serviço Social junto a esta equipe.

No primeiro momento tínhamos como finalidade realizar uma pesquisa junto a pacientes e funcionários, no entanto nos deparamos com as regras impostas pela Comissão de Ética da Universidade Federal, que proíbe qualquer tipo de pesquisa junto a pacientes internados sem antes passar pela referida comissão. Desta forma considerando o calendário letivo e por não haver tempo suficiente para a elaboração da pesquisa de campo, optamos pela pesquisa bibliográfica. Quanto aos funcionários (equipe de saúde) também não foi possível realizar a pesquisa, pois estes foram para outros setores e foram substituídos por outros funcionários (por decorrência de um concurso público na época). Desta forma não tínhamos afinidades com estes funcionários novos na Clínica Médica I.

As preocupações deste trabalho voltam-se para a atuação da equipe interdisciplinar no Hospital Universitário e, nesse sentido, torna-se importante, ao lado das referências teóricas apresentadas, caracterizar a situação dos pacientes que recorrem aos serviços de alta complexidade. Essas referências teóricas, bem como os conhecimentos a respeito do paciente internado permitirão pensar em formas mais adequadas para atuação da equipe interdisciplinar.

Sendo assim, apresentamos os três capítulos que fazem parte de monografia, que foram organizados da seguinte forma:

No primeiro capítulo, trataremos de descrever sobre as Políticas de Saúde no Brasil e o direito a saúde, especificada entre a década de 30 até os dias atuais.

No segundo capítulo apresentaremos a Alta Complexidade, compreendendo a política de saúde da oncologia e sua normatização.

No terceiro capítulo identificaremos a atuação da equipe interdisciplinar junto a pacientes com neoplasia maligna, trazendo uma pesquisa bibliográfica.

Por fim, apresentaremos as considerações finais da monografia, sugerindo algumas contribuições e sugestões.

2 CAPÍTULO I – AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO A SAÚDE.

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE AS DÉCADAS DE 30 E 80.

Os vários conceitos de saúde sempre foram determinados pelo modo de pensar e fazer dos homens. Este modo de pensar e fazer as coisas, por sua vez, foi se modificando ao longo da história da humanidade, à medida que os homens se relacionavam e conheciam melhor sua natureza e o meio em que viviam, faziam novas descobertas e tinham novos interesses.

As práticas de saúde consistiam, num primeiro estágio de civilização, de medidas higiênicas. Os conhecimentos sobre a saúde, meios de minorar os males físicos, de eliminar as dores, surgiram da própria necessidade de continuar existindo. (REZENDE, 1989, p. 14).

A era capitalista consolidou-se com o fim das comunidades de pequenos produtores característica do feudalismo medieval, marcando os séculos XVIII e XIX. De acordo com Rezende (1989), a gênese do capitalismo foi marcada pela concentração do capital e pela existência de uma classe trabalhadora livre e sem propriedade.

Rezende (1989) sinaliza que, com o capitalismo, a sociedade passa a conviver com uma gama de patologias, determinadas pela desigualdade sócio-econômica, pela situação de miséria e pela exploração subumana da classe trabalhadora. A doença é agora, nas palavras da autora, um sinal de conflito do homem integral com a sociedade que o fragmenta.

Assim, a saúde passa a:

[...] significar a manutenção da população sadia e produtiva, a reparação rápida do dano a fim de diminuir a inatividade, para recolocar o homem em condições de trabalho [...]. As práticas de saúde absorvem a ideologia dominante e estavam dirigidas no sentido da manutenção/elevação da força de trabalho. O exercício dessas práticas, com esse objetivo, por outro lado, legitimava a hegemonia de classe e as relações de dominação. (REZENDE, 1998, p. 69).

Na sociedade brasileira a saúde passou por diversas mudanças que estão ligadas a mudanças sócio-políticas.

Na Primeira República (1889–1930) do Brasil foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional, onde foram organizadas instituições públicas de higiene e saúde, adotou-se o modelo das campanhas sanitárias¹ com intuito de combater as epidemias urbanas e logo as rurais. Neste período consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista com perfil autoritário que dificultava a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde.

Mesmo diante das reivindicações de saúde da população trabalhadora da época, o modelo sanitarista permaneceu privilegiado até a legislação da década de 20. A iniciativa do Estado liberal republicano limitou-se a responder às exigências sanitárias postuladas pela classe dominante.

Diante as endemias que traziam grandes prejuízos para o setor agro-exportador, o governo tomou medidas na área do saneamento e da higiene, usando o autoritarismo e decisões centralizadoras, assim:

Os processos de modernização e os problemas deles derivados, como a expansão das enfermidades crônico-degenerativas, levam as autoridades sanitárias a inclui-los em sua pauta. Nesse campo, a opção escolhida como política governamental, via assistência médica individual, inicia-se com a medicina previdenciária. A iniciativa foi uma das primeiras formas de regulação da mão-de-obra, através da intermediação estatal. Foi centrada na necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho, sob o impulso e a pressão dos grupos organizados de trabalhadores, que se concentram nos centros industriais em expansão. (Nogueira, V., 2002, p. 145).

Até 1930 os trabalhadores contavam com benefícios previdenciários oferecidos por algumas grandes empresas e, em outros casos pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Assim, a maior parte dos trabalhadores era excluída de tais benefícios, tendo que recorrer aos serviços públicos de saúde ou ao atendimento dos profissionais liberais.

¹ O sanitarismo campanhista encarna a saúde pública tradicional desenvolvida desde o início do século, visando o combate às grandes endemias.

Data de 1923 a instituição das CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensão) no Brasil. Foram, inicialmente, agregadas às empresas ferroviárias, estendendo-se progressivamente às outras categorias profissionais. Tinham como objetivo prestar assistência médica e fornecer medicamentos a preços especiais, além de aposentadorias e pensões. Eram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva. (MOTTA, Manuel Francisco Vasconcelos da; SOARES, Nina Rosa Ferreira. As Políticas de Saúde, os Movimentos Sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_políticas_de_s.html>. Acesso em jan. 2004).

Já no Período Populista (1930–1950) consolidou-se a medicina previdenciária, destinada aos grupos organizados de trabalhadores urbanos. Segundo Noronha; Levcovitz, com “[...] o Estado Novo de Vargas (1930–45) se inaugura na história brasileira uma tendência acentuada no sentido de consolidar o poder nacional centralizado [...]” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1995, p. 75). Isto impulsionou a uniformização e organização do serviço público de acordo com um padrão nacional. O governo aumentou sua participação na regularização da previdência, passando a gerir os recursos desta sem, contudo, se responsabilizar pela garantia dos benefícios aos trabalhadores.

Neste período houve a criação dos Institutos de Seguridade Social (Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPS), organizadas por categorias profissionais, que favoreciam os trabalhadores urbanos como os ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos. Segundo Nogueira (2002):

A implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, a partir de 1923 e a transformação das mesmas em Institutos de Aposentadoria e Pensão, na década de 1930, constituem-se nos embriões da política previdenciária, que se fortaleceu pautada no modelo securitário alemão. Foi-se consolidando um ideário favorável a uma relação pacífica entre trabalhador e empregador, na construção da ordem capitalista meritocrática brasileira. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 145).

A sociedade capitalista passou por várias fases de transformações. Os ideais liberais foram ganhando espaço e passaram a regular as relações econômicas, políticas e culturais. Cada

vez mais o mercado assumia lugar central nestas relações e a saúde também era tratada como um produto. Desta forma, como assinala Haddad (2000):

Com a crise do capitalismo, nos primeiros anos da década de 30, o Estado brasileiro preparou-se para assumir seu papel intervencionista e planejador. Para a história da assistência social brasileira, o período compreendido entre 1930 e 1937 – marcado, sobretudo pelo enfrentamento da questão social e por intensas lutas em torno da conquista de direitos, violentamente reprimidos representou um momento importante de flexão entre a ação do Estado e as práticas assistenciais. Por um lado, amplia-se o escopo das práticas institucionais de âmbito privado. Por outro, práticas assistenciais passam a adquirir espaço em instituições públicas. (HADDAD, 2000, p. 26).

No século XX, com a plena expansão capitalista, a família encontra-se na dependência do capital. Além dos homens, agora, “mulheres e crianças também fazem parte do mundo do trabalho” (Geraldo, 1998, p. 14). Desta forma, segundo Geraldo (1998), temos que a divisão do trabalho e o trabalho alienado fizeram aparecer novas necessidades sociais, por transformarem toda a vida econômica e cultural da sociedade. Assim:

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões, com o tempo, tornaram-se estruturas poderosas, com forte poder econômico e capacidade de dominação política, sempre monitorados e conduzidos pelo governo central. A expansão industrial acelerada gerou um contingente de trabalhadores com suas famílias, que pressionavam por assistência médico-hospitalar. A pressão ocorria também por parte do empresariado, que exigia um trabalhador com plena capacidade produtiva. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 146).

Essas novas necessidades sociais abriram espaços para discussão em torno do bem-estar dos homens, o que vai culminar em uma nova visão sobre saúde.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe um novo conceito de saúde e, desde então, esta passa a ser entendida como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”.

Este período foi marcado pela implantação dos programas e serviços de auxílio e de atenção médica impregnada de práticas clientelistas, a saúde pública também era marcada pelo populismo e paternalismo, estendendo-se ao atrelamento dos sindicatos e dos Institutos ao Estado,

através do controle da seleção, eleição e formação dos seus dirigentes, bem como a participação e gestão nesses dois tipos de organização social. Tal controle se justificava pela nascente organização e mobilização de importantes parcelas de trabalhadores, desde as décadas anteriores.

COSTA (1985) demonstra que a organização da saúde pública no Brasil foi uma resposta das classes dirigentes nacionais a inúmeras ameaças que tolhiam o desenvolvimento de novas relações econômicas no país. Essas ameaças determinariam concepções de organização sanitária que motivariam a resistência popular às ações de saúde pública.

Segundo Nogueira:

[...] a política da época garantia as condições de higiene e saúde da força de trabalho às espessas da produção, e impunha a docilidade, em troca da segurança futura, ao trabalhador que ingressa no mercado. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 145).

O período seguinte propiciou uma rápida expansão da medicina previdenciária, permitindo o crescimento das redes públicas estaduais e municipais voltadas predominantemente ao atendimento do pronto-socorro e da população marginal ao sistema previdenciário.

O Período do Desenvolvimento (1946–1964) promoveu a descentralização desse sistema, dando autonomia a estados e municípios na gestão dos serviços. Neste período, as ações públicas de saúde se sobrepõem às ações da assistência privada, apesar de estas também terem apresentado um crescimento considerável. Este período também foi marcado pela tentativa de implantar-se um projeto de desenvolvimento econômico integrado à ordem capitalista industrial e pela crise no regime populista e nacionalista dos anos 60.

O modelo campanhista² predominava na saúde pública e opunha-se ao modelo curativista³, dominante nos serviços previdenciários de atenção médica e ineficaz frente aos problemas de saúde das populações urbana e rural.

² Modelo de atenção em saúde orientada predominantemente para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização.

³ Este modelo desenvolveu-se a partir e no interior do sistema previdenciário (IAP's, depois INPS e INAMPS), cobrindo inicialmente apenas as famílias de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho.

Segundo LUZ (1991), se as condições de vida da maior parte da população não pioraram, a consciência da dureza dessas condições foi-se tornando cada vez mais clara no período. Mas, em consequência da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde.

No início dos anos 1960, como observa Nogueira, V., (2002, p. 146), verifica-se “[...] uma incipiente, descentralização do sistema de saúde, com a criação das secretarias estaduais e municipais. O público-alvo era a população excluída do sistema securitário, que crescia rapidamente devido ao êxodo rural verificado na período”.

De 1966 a 1980 os serviços de saúde eram prestados aos “indigentes” com a justificativa de os beneficiar. No entanto a população somente tinha acesso aos serviços de saúde se comprovasse seu fracasso social, passando assim por uma seleção socioeconômica. O indigente não era considerado cidadão de direitos, mas sim um objeto da ação filantrópica.

Neste período, a política de saúde era bem segmentada, com os trabalhadores do mercado formal tendo acesso aos serviços da Previdência Social, e as camadas mais privilegiadas arcando diretamente com os custos. O setor público tinha um caráter suplementar, respondendo aos mínimos com ações de cunho compensatório e discriminador de setores sociais que não conseguiam individualmente acesso a esses serviços. (CAMILO, 1990, p. 159).

Nos anos da década de 1960 se aquece o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde em 1963, que propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. Porém, a reação das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964, interrompendo o debate que vinha se dando até então.

Com a divisão do trabalho e as novas relações sociais e econômicas que o capitalismo impunha, as instituições começaram a se reorganizar e passaram por transformações. Os hospitais tornaram-se espaço de desenvolvimento de novas tecnologias e de disciplina e controle sobre os pacientes internados. Nesse sentido, assumem posição de destaque os hospitais militares.

O regime militar pós-64, teve como uma de suas características a reversão da tendência descentralizante observada no período anterior. A centralização tornou-se obrigatória, dentro da lógica de orientação do regime militar.

A lógica centralista do período e o corte do debate de alternativas políticas dentro da sociedade, permitiram que o governo federal implantasse suas reformas de cunho institucional que afetavam os modelos de saúde pública e a medicina previdenciária originada no período anterior.

Estas mudanças estavam baseadas na maioria dos modelos de cuidados individuais como padrão de saúde e orientavam um crescimento da produção dos atos médicos, como consequência à construção de grandes números de hospitais, laboratórios e serviços privados e multiplicação dos números de egressos das faculdades de medicina e odontologia, financiadas pelo setor público. A saúde passou, então, a ser considerada um bem de consumo.

O Golpe Militar de 1964 significou entre tantas outras coisas:

[...] a inexorável presença do Estado na questão social. As práticas assistenciais passaram a estar voltadas não apenas para equacionar a correlação de forças em confronto na sociedade civil, tendo por objetivo a consolidação da hegemonia das classes que se apossaram do poder do Estado, como também – e principalmente, vale destacar – ao processo de acumulação capitalista em curso, transformando-se inclusive em investimentos de capital. Além do mais, o golpe militar fez destacar, no plano das políticas públicas de assistência social, dois outros aspectos. Primeiro, aquilo que era apenas latente, nas práticas assistenciais de natureza privada, tornou-se manifesto. De fato, a política social ganhou feição definitiva, com o binômio repressão-assistência. Segundo, a ação estatal espalhou-se pelas áreas de saúde, educação, habitação, além de haver conferido nova configuração às tradicionais políticas de segurança, justiça e promoção humanas. (HADDAD, 2000, p. 27).

Durante o Período do Estado Militar (1964–1984), há uma nova centralização do poder e se organiza um sistema único de gestão do atendimento à saúde – o Estado volta a assumir a responsabilidade sobre as ações antes desenvolvidas por estados e municípios na promoção da saúde. Conforme Noronha e Levcovitz, “A lógica do regime impõe a quase completa destruição da autonomia dos governos subnacionais [...]” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1995, p. 77).

A Ditadura Militar trouxe várias mudanças, inclusive ao sistema de saúde do país. No período compreendido como período do “milagre brasileiro” (1968–1974) a política de saúde no Brasil passou a seguir um modelo diferente dos dois anteriores. Onde foram reorganizados os traços institucionais do sanitarismo campanhista e os do modelo curativo de atenção médica previdenciária do período populista.

O regime militar pós-64, teve como uma de suas características a reversão da tendência descentralizante observada no período anterior. A centralização tornou-se obrigatória, dentro da lógica de orientação do regime militar. Este período também foi caracterizado pelo acirramento do processo de exclusão política e econômica dos setores populares, levando a sociedade violenta repressão e afastamento dos trabalhadores da direção dos sistemas previdenciários.

O regime da política militar buscava inserir interesses privados nos aparelhos da política estatal tentando implementar uma política assistencial com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, diminuindo assim as tensões sociais. Dessa forma, segundo Bravo (2001) o avanço do modelo de privilegiamento da produção privada de ações de saúde teve as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (BRAVO, 2001, p. 24).

Junto com o aumento da urbanização e com o aumento da expansão industrial, houve maior pressão por serviços de saúde. Desta forma o governo militar sentindo-se pressionado ampliou a cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais através do Funrural, ampliando também a assistência médica. Desta forma a política de saúde passa a ser ligada a instituições médicas e à atenção médica/curativa.

A saúde passa a ser garantida através do ato médico, as ações que caracterizam a assistência à saúde, bem como os aspectos externos à saúde, como condição econômica e social não é considerada. Também os serviços médicos no setor público passam a ser insuficientes e vê-se o aumento do setor privado.

A primeira fase do regime militar caracterizou-se pelo chamado “milagre econômico” onde houve uma grande reorientação na administração estatal, e também onde a política preconizava um crescimento na taxa de produtividade, no entanto os trabalhadores continuavam com baixos salários. Esta política favoreceu somente os trabalhadores especializados, que eram beneficiados com altos salários e incentivos, isso acabou possibilitando o aumento do consumo incluindo a saúde.

Neste período houve uma maior demanda social por consultas médicas devido às péssimas condições de saúde da população, assim como a construção ou reforma de várias clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social, houve a organização e a complementação da política de convênios entre o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos.

Os efeitos desta política se deram de várias formas as quais destacamos o crescimento do setor empresarial de serviços médicos centrados mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura do paciente, e o desenvolvimento do ensino médico desvinculado da realidade da população. Surgiu assim uma grande insatisfação popular em relação à política de saúde durante o período da ditadura militar.

De acordo com Luz (1991) neste período analisa-se "[...] a centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização sem precedentes na história do país." Ainda, de acordo com esta autora, os efeitos e conseqüências desta política fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à "política de saúde da ditadura", já perceptível no fim do 'milagre' de 1974-1975.

Os quebra-quebras de ambulatórios e conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde nos grandes centros urbanos demonstravam essa insatisfação desde o início dos anos 70. Assim como conflito entre a política econômica e social, desta forma:

A perda de dinamismo econômico que marcou as principais economias ocidentais, a partir de meados dos anos 70 – com baixo crescimento econômico, aceleração inflacionária e desequilíbrio financeiros – acabou empurrando o conflito entre política econômica e política social para o centro do debate internacional.

Ajustes macroeconômicos foram impostos, para fazer frente às ameaças à estabilidade global, resultantes das sucessivas elevações nos preços do petróleo e da conseqüente crise do padrão monetário internacional. (GURGEL, 1999, p. 13).

Segundo Gurgel (1999), tais políticas provocaram desequilíbrios sociais, houve predomínio dos interesses financeiros na condução das políticas de ajuste, seguindo uma visão liberal-conservadora, minando assim a justiça social e igualdade de oportunidade, constituindo a chamada crise do Estado de Bem-Estar Social.

Entre 1930 e a década de 70 consolidou-se e construiu-se no Brasil o Estado social, assim o Welfare State no Estado capitalista torna-se:

[...] uma forma particular de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. Tais transformações manifestam-se na emergência de sistemas nacionais, públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, integração e substituição de renda, assistência social e habitação que, a par das políticas de salário e emprego, regulam direta ou indiretamente o volume, as taxas e os comportamentos do emprego e do salário na economia, afetando, portanto, o nível de vida da população trabalhadora. (DRAIBE, 1988, p. 29).

Noronha e Levcovitz (1995) afirmam que o fim da década de 70 e o início dos anos 80 são marcados pela:

[...] progressiva, porém significativa, incorporação de segmentos populacionais à previdência social e, em especial, ao sistema de assistência médico-hospitalar dela dependente, conformando, desde este período, uma tendência universalizante traduzida na paulatina redução das barreiras burocráticas de acesso aos serviços de saúde, e no conseqüente crescimento quantitativo da oferta de serviços e da instalação de unidades assistenciais. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1995, p. 78).

Além disso, houve:

[...] o surgimento da crise deste modelo de política de saúde, marcada pelo decréscimo nos recursos destinados ao setor e pelo aparecimento público de manifestações de protestos e insatisfação com o padrão de cuidado à saúde, mesmo que cerceadas pela repressão política ainda vigente. Com a 'abertura lenta, gradual e segura' e a distensão, essa insatisfação vai assumindo múltiplas formas de expressão, induzindo dentro do próprio [...] governo federal a adoção de algumas iniciativas opostas ao modelo hegemônico que, ao menos aparentemente, busquem solucionar a crise [...] (NORONHA; LEVCOVITZ, 1995, p. 79).

Sabe-se que nesta época houve uma crise mundial, principalmente no mercado de trabalho, devido aos ajustes das políticas nacionais e do surgimento de novas tecnologias, desta forma houve uma abundância de força de trabalho não absorvida. Nesta mesma época a Previdência Social passa também por uma crise em seu sistema, apresentando assim insuficiência em suas arrecadações não conseguindo sustentar os seguros sociais e as pensões da população inativa.

Como afirma Iamamoto (1996):

O projeto neoliberal surge como uma reação ao Estado do Bem-Estar Social, contra a social democracia. Com a crise dos anos 70, as idéias neo-liberais são assumidas como "a grande saída", preconizando a desarticulação do poder dos

sindicatos, como condição de possibilitar o rebaixamento salarial, aumentar a competitividade dos trabalhadores e impor a política de ajuste monetário. Essas medidas têm por fim atingir o poder dos sindicatos, tornar possível a ampliação da taxa “natural” de desemprego, implantar uma política de estabilidade monetária e uma reforma fiscal que reduza os impostos sobre as altas rendas e favoreça a elevação das taxas de juros, preservando os rendimentos do capital financeiro. (IAMAMOTO, 1996, p. 19).

As propostas neoliberais voltam-se para o setor financeiro trazendo consigo o desemprego, o corte dos gastos sociais, a privatização dos órgãos do Estado, além de favorecer o crescimento da economia capitalista, a fim de deter a inflação e obter a deflação no intuito de recuperar os lucros fazendo assim crescer o desemprego e a desigualdade social, visto ser estas suas metas.

Com o fim do milagre econômico as verbas de saúde pública despencaram e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência. Desta forma o direito a saúde:

[...] foi ampliado de maneira intensa e de forma desordenada durante o período ditatorial, entrou em crise com o *fim do milagre econômico*, em meados da década de 1970, exigindo, do governo federal, alterações para manter o apoio político ao regime que apresentava fissuras e alto grau de impopularidade. Medidas de recomposição das bases de apoio governista foram tentadas, tendo, inclusive, o governo federal, politizado o setor saúde, admitindo a sua crise e implementando iniciativas que reduzissem o clamor popular e, ao mesmo tempo, revertesse a situação de desgaste político. As manifestações de desgosto perduraram, furaram o cerco da censura e assumiram múltiplas formas de expressão, encenadas por atores políticos diferenciados. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 147).

Quanto à saúde no Brasil até o início da década de 1980 era marcada por dicotomia e irracionalidades, com pessoas divididas em grupos como: particulares previdenciários e indigentes, as políticas centralizadas no governo federal e o Ministério da Previdência, através do seu órgão arrecadador, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que determinava as regras.

2.2 A SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 80 E 90.

Inicia-se ao fim da década de 70, o movimento sanitário. Este movimento foi liderado por profissionais da área da saúde que, utilizando estudos realizados sobre as causas da crise e da ineficiência do sistema de saúde no Brasil, começaram a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população e a apresentar propostas e alternativas para a transformação do sistema de saúde vigente.

Conforme nos expõe Neto (1994), em 1980 aconteceu o I Simpósio Nacional de Política Social, onde o movimento sanitário apresentou e discutiu sua proposta, chamada Sistema Único de Saúde. O que propunha era a universalização do direito à saúde – a existência de um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizante, que integrasse as ações curativas e preventivas e que estivesse baseado na democracia, dando espaço para a participação da população.

A proposta não foi imediatamente aceita pelo governo. Entretanto, ao longo da década de 80, o movimento sanitário adquiriu forças e novos adeptos e, o governo foi fazendo concessões à medida que ia sendo pressionado.

Nesta década, a crise da previdência se aprofundou e as possibilidades de solução achavam-se politicamente limitadas, no entanto, havia maior participação e organização dos trabalhadores em todos os níveis, inclusive da área da saúde.

Neste período afirma Nogueira (2002):

[...] aprofunda-se a internacionalização da economia, favorecida pela estabilidade de preços, conseguida às custas da redução do investimento nas políticas sociais e da ampliação das desigualdades sociais. No Brasil, esse cenário de crise é associado ao modelo de crescimento econômico adotado, que levou, na década de 1980, à queda da receita fiscal, à diminuição dos investimentos externos e à debilidade financeira do Estado, devido à internacionalização do capital. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 116).

Logo após a crise econômica no final dos anos 70 e início dos anos 80, que trouxe graves situações sociais como o desemprego, a miséria e o aumento da pobreza, na tentativa de responder a estas situações o governo montou estratégias de intervenção social através dos Planos de Emergência, com o objetivo de combater os problemas da fome, desemprego e miséria. Para tanto há reformulação do Sistema Brasileiro de Proteção Social na área da Previdência, Saúde, Habitação e Educação. Os princípios que deviam orientar essas Reformulações eram: a descentralização (na vertente da municipalização), a integração dos serviços e equipamentos públicos e privados a nível local, e a participação popular nas decisões, implantações e controle das políticas.

Paralelamente à crise da previdência, intensificaram-se os movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente. O próprio Ministério da Saúde convocou e organizou, em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os "Serviços Básicos de Saúde".

Em 1981, foram os próprios setores governamentais tanto da área econômica como da Previdência Social, os responsáveis pela grande politização da questão da saúde, ao decretar falência do sistema e intensificar o debate público, tanto na imprensa como no Congresso Nacional, sobre a necessidade de mudanças.

Até então os modelos de saúde que predominavam no nosso país eram o sanitarismo e o assistencialismo médico.

O sanitarismo se distinguia do assistencialismo médico, como:

Sanitarismo:

- Financiamento Público Estatal;
- Acesso universal;
- Ações enfaticamente de prevenção;
- Ações programadas;
- Ações sobre o ambiente e sobre a Coletividade;
- Práticas não necessariamente médicas;

- Ações não hospitalares;

Assistencialismo Médico:

- Financiamento misto (estado, empregador);
- Acesso à população definida;
- Ações curativas;
- Atendimento à demanda;
- Ações individuais;
- Práticas enfaticamente médicas;
- Ações enfaticamente hospitalares;

Em 1982 ocorreram as primeiras eleições livres para o Congresso e Assembléia Legislativa.

A partir de 1983 a sociedade civil organizada passou a exigir novas políticas sociais, incluindo o direito à saúde como dever do Estado.

A sociedade civil tomou consciência de que eram os próprios trabalhadores que financiavam, através de descontos em folhas e impostos os serviços médicos da Previdência Social e do Ministério da Saúde. Nesta época a rede privada chegara a ser financiada em mais de 80% pelo Estado.

Os princípios e diretrizes da nova ordem e concepção para o setor saúde foram construídos com a participação da sociedade, no processo de redemocratização do Estado brasileiro e no caso da saúde, particularmente do movimento da Reforma Sanitária, cujo marco inicial, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizado em 1986.

A VIII Conferência Nacional de Saúde define o eixo Saúde como Direito onde:

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a 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. (NOGUEIRA, R., 1995, p. 118-119).

A sociedade civil organizada juntamente com profissionais da área da saúde, através do movimento da Reforma Sanitária passou a influenciar e a forçar reformas administrativas na saúde. Através do movimento da Reforma Sanitária visa-se atender as classes subalternas, ferindo assim os interesses das empresas privadas da área da saúde. Quando se fala em reforma Sanitária, sabe-se que:

[...] no Brasil, a referência tem sido a alteração radical da atenção à saúde, inscrita na Constituição de 1988. A perspectiva da alteração era a ampliação dos direitos sociais, contrariamente às reformas ocorridas, no mesmo período, na Europa e na América Latina, que reduziram e regularam fortemente os mesmos direitos. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 116).

O movimento da Reforma Sanitária encaminhou através da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que foi constituída após a VIII Conferência, os princípios e diretrizes para a reorganização do sistema, sendo alguns desses princípios incorporados pela Constituição de 1988⁴, além das constituições estaduais e leis orgânicas que prevê toda a normatização dos artigos constitucionais.

Segundo Teixeira (1989) no Brasil, a Reforma Sanitária insere-se no processo de construção democrática na medida em que, ao propor o deslocamento efetivo de poder, desde um setor específico, mas sem se reduzir a ele, trata de formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação.

⁴ A Constituição de 1988, com perfil bastante programático em diversos aspectos, propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriam-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado. Essa ação sinalizou, de forma inequívoca, uma tendência para o Estado de Bem Estar institucional-redistributivo, na linha da social-democracia. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 154).

Com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte em 1987, o Movimento Sanitário se aliou com a frente parlamentar ligada à saúde, conseguindo assim, a aprovação do texto constitucional onde:

A promulgação da Constituição de outubro de 1988 representou, pelo menos no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas que se processavam e exigiam respostas públicas à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. (RAICHELIS, 1998, p. 19-20).

A Constituição Federal de 1988 consagra-se principalmente no campo dos direitos trabalhistas⁵ e na introdução da Seguridade Social⁶, esta que em si significa uma das maiores conquistas no âmbito dos direitos.

A Constituição Federal também afirma ser a "SAÚDE UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO", que prevê a participação dos movimentos sociais⁷ na elaboração de políticas de saúde e controle de sua execução e que descentraliza os serviços através da implantação do Sistema Único de Saúde⁸- SUS.

O movimento sanitário brasileiro representando a sociedade civil organizada na área da saúde, teve papel importantíssimo na construção do projeto de saúde pública, que resultou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo garantir a toda população saúde de qualidade em todos os seus níveis (alta, média e baixa complexidade).

Para o cumprimento da diretriz constitucional de construção do Sistema Único de Saúde com direção única em cada esfera de governo, foi preciso a transferência do Instituto Nacional de

⁵ Não cabe aqui enumerar o conjunto de direitos sociais que tiveram acolhimento na Carta constitucional, mas vale a pena destacar a redução da jornada de trabalho para 44 horas, garantia de emprego e proteção dispensa arbitrária, ampliação para 50% no valor da remuneração das horas extras, férias remuneradas acrescidas de 1/3 sobre o valor do salário, ampliação para 120 dias do período de licença à gestante, licença-paternidade de 5 dias, 13º salário para aposentados e vinculação da aposentadoria ao salário mínimo, paridade de direitos para trabalhadores rurais e urbanos, direito de greve e liberdade e autonomia sindicais. (Raichelis, 1998, p. 20-21).

⁶ [...] a assistência social ganha, de modo inédito, o *status* formal de política pública de afirmação de direitos de cidadania adquirindo um estatuto de maioria jurídica no campo das políticas pública de proteção social. (RAICHELIS, 1998, p. 20).

⁷ Os movimentos sociais organizaram-se em diferentes setores, os sindicatos fortaleceram-se, as demandas populares ganharam visibilidade, as aspirações por uma sociedade justa e igualitária expressaram-se na luta por direitos, que acabaram se consubstanciando na Constituição Federal de 1988. (TELLES, 1994, p. 7).

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para o Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde iniciou a implantação do SUS tendo o INAMPS como base do novo sistema. O INAMPS somente foi extinto pela Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90).

Sua regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, com as Leis 8.080⁹ de 19 de setembro de 1990 e 8.142, nas quais se destacaram os princípios organizativos e operacionais do sistema, tais como a construção de modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, o controle social e um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal.

O movimento da reforma sanitária também garantiu a criação dos Conselhos de Saúde, onde a população tem o direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde. Este torna-se um importante espaço público de Controle Social.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Carta Constitucional veio dar novos contornos ao INAMPS, pois previu em seu artigo 198, que as ações e os serviços público de

⁸ O Sistema Único de Saúde (SUS), e seu conceito de atenção integral. É uma conquista dos movimentos sociais, particularmente o sanitário, iniciado nos anos 70. (RAICHELIS, 1998, p. 20).

⁹ Em seus artigos dispõe que:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ou seu exercício.

Art. 3º - 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.

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo 2º - A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar.

Art. 5º - São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – a identificação e identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II – a formulação de políticas de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no parágrafo 1º, do artigo 2º desta Lei;

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/18080.htm>. Acesso em: 16 nov. 2003).

saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, mas constituindo um sistema único, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. No entanto, a Constituição em seu artigo posterior reabriu condições para que a iniciativa privada fornecesse serviços e assistência médica ao setor público, ao dispor que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar do sistema de saúde.

Na crise do governo, em 1992, época com intensa participação da sociedade em denúncias e críticas, em demandas de mudanças e avanços, incluindo aí a área da saúde, seriamente afetada, novamente o Movimento Sanitário reivindicou e pressionou pela realização da IX Conferência Nacional de Saúde já atrasada em dois anos, a qual veio a ser realizada no período de 9 a 14 de agosto de 1992 tendo como tema central "Saúde: a Municipalização é o Caminho", explicitando a dimensão e o poder de articulação acumulado pelos defensores do SUS e de seu processo de descentralização na gestão dos serviços e ações de saúde.

Organizada a partir de conferências municipais e estaduais, com intensa participação social (representantes de usuários, associações, movimentos populares e sindicais, entre outros) a IX Conferência Nacional de Saúde ocorreu praticamente às vésperas da votação do "impeachment" do presidente Fernando Collor de Melo, representando um importante ato político, seja de apoio ao movimento político pela substituição do governo, seja na luta contra o retrocesso, com reafirmação e reforço da defesa dos avanços e conquistas jurídicas, institucionais e práticas da reforma sanitária e da implantação do SUS.

Logo após a sua realização, foi destituído o governo e houve a expectativa e esperança de um novo momento de avanço democrático, inclusive na área da saúde. Assumiu a gestão da saúde um grupo técnico/político do Movimento Sanitário. Essa gestão define e assume a decisão política de continuar a luta pela efetiva implantação do SUS, que se expressa na chamada Norma Operacional Básica SUS 01/93, de maio de 1993.

A terceira Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/93, como estratégia, foi o referencial do processo de implantação do SUS, tendo procurado sistematizar o processo de

descentralização da gestão do sistema e serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios e por relação do próprio Governo Federal.

Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela total falta de recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, assim:

A partir de 1998, as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento foram:

- a) busca de mais recursos;
- b) fontes estáveis de financiamento para a saúde;
- c) distribuição mais equitativa dos recursos entre os estados da Federação. (BRASIL, Ministério da Saúde. Financiamento da Assistência. Estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/5%20financiamento.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

Para que se possa melhor entender a atual alocação de recursos, é necessário rever a sua origem.

Antes do SUS, a grande atuação do poder público na área da Saúde dava-se por intermédio do INPS e, depois, do INAMPS, que eram autarquias do MPAS. Naquela época, os brasileiros estavam divididos em três categorias quanto à assistência à saúde, a saber: os que podiam pagar; os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS (trabalhadores com carteira assinada); e os não-contribuintes, estes sem direito algum à saúde. A distribuição dos recursos gastos pelo INAMPS entre as regiões do Brasil era bastante desigual. (BRASIL, Ministério da Saúde. Financiamento da Assistência. Estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/5%20financiamento.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

Na Constituição Federal ficou estabelecido que o Sistema Único de Saúde – SUS deve controlar e fiscalizar a saúde, executar ações de vigilância, exigir melhor formação de

trabalhadores, participar, formular e executar ações de saneamento básico, fiscalizar alimentos e proteger o meio ambiente.

Desta forma, a Constituição institucionaliza e amplia o conceito de saúde enquanto “direito de todos e um dever do Estado” através dos Artigos 196 e 197, sendo estabelecida para tanto a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS através das Leis Orgânicas da Saúde/SUS 8080/90¹⁰, que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento do SUS, e 8142/90 que trata da participação da comunidade e das formas de financiamento das ações e serviços de saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2001, p. 115).

A saúde insere-se no patamar de cidadania, associando-se ainda a prevenção aos aspectos socioeconômicos vivenciadas pela população nas condições de trabalho, moradia, saneamento básico, etc. (CAMILO, 1999, p. 161).

Segundo a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/90¹¹ em seu art. 2º, inciso 1º a LOS estabelece que:

¹⁰ A Lei n.º 8.080, em seus artigos 15 e 19, deu substância ao formato descentralizado do Sistema de Saúde que a Constituição apenas enunciara. Ela definiu as funções comuns e as específicas a cada esfera de governo e reforçou a ênfase no caráter de execução dos municípios e planejamento por parte dos estados. Nunca é demais enfatizar que a Lei n.º 8.080 significou um marco dentro do processo de descentralização do estado brasileiro, especialmente por seu enfoque em estruturas regionais de gestão, organizadas de forma hierarquizada. (JUNIOR, 2002, p.77-78).

¹¹ Segundo a Lei 8.080:

- a. O SUS está subordinado à normatividade da União, dos estados e dos municípios, onde a União deve restringir-se às normas gerais, aos estados cabe complementar as normas baixadas pela União a fim de atender às peculiaridades das suas regiões e, aos municípios, em nome do interesse local, suplementá-la.
- b. A descentralização da gestão da saúde se expressa claramente pela transferência de serviços para os municípios, onde está prevista a conjugação de recursos da União, estados e municípios para a garantia da assistência à saúde da população. Portanto, não deverá se falar em "convênios" ou "acordos de vontades", pois é competência das três esferas cuidar da saúde.
- c. O SUS deve ser operado em cada esfera de governo segundo os termos da respectiva autonomia política e administrativa. A autonomia se expressa pela liberdade para estruturar e por em funcionamento o seu sistema, sem subordinação a outras esferas do SUS, responsabilidade total pelas ações e serviços de sua competência nos limites do seu território, preservando-se a obrigatoriedade de observar os princípios e as diretrizes do SUS.
- d. A União deverá fixar critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial, os quais definirão a participação complementar. Porém, não deve fixar tabelas de preço único. Também a definição de um Modelo Padrão de Contrato pela União deve ser considerado ingerência na administração estadual e municipal.

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Dada a complexidade do processo e a necessidade de seu aprimoramento, e o momento político de nova gestão federal e estadual, começou a ser estudada e formulada a quarta Norma Operacional Básica do SUS, a NOB-SUS 01/96, que avança no processo de municipalização do setor saúde e, embora com as dificuldades referentes ao financiamento do SUS, foi implantada no início de 1998 com estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo.

Quanto a Constituição de 1988, esta em seu Art. 1º o legislador garante cidadania e dignidade a pessoa humana. No tocante a saúde em seu Art. 198 determina que seria construído a Sistema Único de Saúde – SUS o qual seria a união de todas as ações e serviços de saúde públicos e privados, com base em três principais diretrizes:

- Descentralização¹² com direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal).

e. A existência de um sistema de auditoria, no âmbito do Ministério da Saúde, incumbido de verificar a conformidade dos recursos repassados a estados e municípios conforme a programação aprovada e a aplicação dos recursos repassados, não obriga os municípios a prestarem contas a este órgão do governo federal. Os entes federativos prestarão contas dos recursos que lhes forem repassados por outras esferas ao Tribunal de Contas correspondente, e não ao Ministério da Saúde. Deve-se diferenciar auditoria e avaliação, onde o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) deve ser considerado como um órgão de controle interno do Poder Executivo. Os recursos serão objeto de avaliação do SNA se tiverem sido repassados através de convênios, acordos ou outros, somente com o objetivo de certificar a exatidão e a regularidade das contas. Já se os recursos forem repassados de forma regular e automática, Fundo a Fundo, objetivando a execução de ações e serviços de saúde de competência dos municípios, estes recursos devem ser orçamentados no município e controlados internamente pelo Sistema de Auditoria, além de serem objeto de prestação de contas ao Tribunal de Contas respectivo. O Ministério da Saúde deverá acompanhar a aplicação destes recursos através de relatórios de gestão.

f. A descentralização exige, como decorrência lógica e natural, não apenas a descentralização administrativa e técnica, mas também a descentralização dos recursos. O repasse dos recursos financeiros da União para estados e municípios e dos estados para os municípios não tem respeitado a Lei Orgânica da Saúde, que prevê o repasse dos recursos por critérios que envolvem o perfil demográfico e epidemiológico, organização dos serviços, nível de participação do orçamento estadual e/ou municipal no setor saúde, entre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde (8.080/90). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pdgs/opas.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

¹² A descentralização dos poderes políticos e programáticos no Brasil, além da descentralização financeira, deu mais vigor na reconstrução ou construção das instituições democráticas. Favoreceu, dadas as dimensões do território nacional, a possibilidade do controle social. (NOGUEIRA. V., 2002, p. 157).

- Atendimento integral¹³ com prioridade para as ações preventivas.

- Participação da comunidade¹⁴.

A descentralização faz com que o governo federal, estadual e municipal assumam as responsabilidades¹⁵. Segundo a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB), os Estados podem estar em gestão avançada ou plena do sistema de saúde, e os municípios em gestão plena de atenção básica. A atenção básica se constitui em ações que estão no primeiro nível no sistema de saúde que inclui promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

O SUS tal como foi concebido no texto constitucional apresenta-se com a proposta da sociedade brasileira, como a solução para o setor da saúde.

O modelo de atenção à saúde tem como princípios e diretrizes:

- A saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.
- O acesso universal aos serviços de forma gratuita, sendo essa gratuidade referida para o ato de consumo.
- A equidade.
- A participação social.
- A regionalização e hierarquização.

¹³ Em torno da integralidade, outros componentes que dizem respeito diretamente a um novo enfoque para o direito à saúde devem se lembrados. O reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alargar os horizontes do mundo da vida espiritual e material. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 160).

¹⁴ A participação da comunidade como um eixo organizador do Sistema Único de Saúde é um ponto que merece destaque em relação à sua importância na construção de uma esfera pública para o setor, e às possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo, levando em consideração a frágil cultura política do país e o forte atrativo que as ações de saúde despertam nos usuários e nos prestadores de serviços. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 160).

¹⁵ Para a área da saúde [...]: a descentralização (Art. 198 I) e a participação da comunidade (Art. 198 II) passam a ser diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde; a competência corrente das três esferas do governo – cuidar da Saúde e da Assistência Pública (Art. 23 II) – e gerência; apenas o município – o ente federativo com o qual cidadãos e cidadãs têm relações mais próximas, freqüentes e imediatas – recebeu a missão específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população. À união e ao Estado cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo. PIOLA, Sérgio Francisco. Perspectivas da descentralização na saúde pública. Disponível em:

A NOB-SUS 01/96, estabeleceu, duas condições de gestão municipal: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. Para a gestão estadual estabeleceu também duas condições: Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual. Para o Ministério da Saúde estabeleceu quatro papéis básicos: a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais de modo a conformar o SUS Estadual; c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS Nacional; e d) exercer as funções de normalizações e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

A NOB-SUS 01/96 estabeleceu, também, em relação ao financiamento federal do SUS, as Transferências Regulares e Automáticas Fundo a Fundo e a Remuneração por Serviços Produzidos, para assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças, mantendo neste último caso a modalidade da Transferência por Convênio.

Utilizando-se também da NOB-96 busca-se a plena responsabilidade do poder público municipal, estadual e federal para proteção e recuperação da saúde, pois, a NOB-96 além de promover uma integração de ações entre as três esferas do governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para o Estado e principalmente para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentrada na esfera federal, desta forma a Norma Operacional Básica 96 diz que:

[...] tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Os processos de implementação do Programa Saúde da Família e da NOB 96 se inter cruzam, produzindo efeitos sinérgicos e, por isso mesmo, se configuram como instrumentos do processo de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil. (BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica (NOB//1996). Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/saude/sus.htm>>. Acesso em 16 novembro de 2003).

Quanto as Normas Operacionais Básicas, o autor Junior (2002) define que:

As Normas Operacionais básicas (NOBs) deram os parâmetros essenciais para esse processo de descentralização. Em 1991, 1993 e 1996, O Ministério da Saúde promoveu o direcionamento desse processo, por meio desse conjunto de portarias ministeriais que, ao lado da extinção do INAMPS, alteraram completamente a gestão do conjunto das ações de Saúde Pública. Evidentemente, uma descentralização do vulto da brasileira teria que se fazer num curso extenso de tempo. Mas apenas a partir da NOB de 1996, o processo de descentralização chegou de forma efetiva à gestão dos sistemas de saúde municipais. (JUNIOR, 2002, p. 78).

A Portaria GM/MS n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998, define a Atenção Básica como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. E frisa, ainda, que as ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica, quando da implantação do Piso da Atenção Básica¹⁶. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Por último, se aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, através da Portaria Ministerial N° 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliando as

¹⁶ A atenção básica deve ser compreendida como o conjunto de ações prestadas às pessoas e à comunidade, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, bem como seu tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde.

Os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção preconizado pela NOB 01/96, cuja transformação deve se dar em prol de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade especialmente, com seus núcleos sociais primários- as famílias, favorecendo e impulsionando as mudanças globais intersetoriais.

Para garantir o custeio das ações básicas em saúde foi implantado em janeiro de 1988, o Piso da Atenção Básica- PAB, que é composto de uma parte fixa destinada à assistência e de parte variável relativa aos incentivos para o desenvolvimento de ações complementares da atenção básica. Concomitantemente, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um sistema de acompanhamento e uma avaliação da produção de serviços de atenção básica cujo objetivo é avaliar o impacto da implantação do PAB na melhoria desses serviços e a sua efetividade assim como, a utilização dos recursos repassados fundo a fundo para os municípios

responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 a saúde no Brasil é tida como um direito social.

Desta forma utiliza-se da legislação social como a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS. A NOAS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo de consolidação e aprimoramento. A NOAS é base para o modelo de atenção à saúde principalmente na relação entre o profissional e o paciente, centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários, as famílias.

No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle das doenças bucais mais comuns; suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica. (BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001). Disponível em: <<http://www.acssjr.hpg.ig.com.br/noas-2001.htm>>. Acesso em: 18 de maio 2003).

No Brasil a saúde é tida como direito do cidadão e dever do Estado. Esta conquista foi fruto da mobilização da sociedade civil, ou seja, do movimento da Reforma Sanitária. O processo saúde/doença passa a ser considerado a partir das determinações econômicas, sociais, onde passa-se a ter acesso igualitário e universal aos serviços de saúde e também passa-se a ter a democratização do setor através do controle social (conselhos), da descentralização e municipalização.

2.3 AS TENDÊNCIAS ATUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

Com o desenvolvimento tecnológico advindo da industrialização o Estado passou a investir mais em programas sociais, o governo passou a financiar padrões mínimos a sociedade como de renda mínima, saúde, habitação, educação e outros, passou a assegurar esses padrões como direitos políticos seguindo assim a essência do Welfare State. Segundo Draibe (1988) Welfare State no Brasil reflete essas políticas sociais, principalmente seus efeitos reduzidos, seus baixos graus de eficácia e efetividade sociais.

Quanto às políticas sociais brasileiras a autora diz que

[...] num país de capitalismo tardio como o nosso, que veio moldar a face mais completa do seu sistema de proteção social sob a égide de um regime autoritário, nos quadros de um modelo concentrador e socialmente excludente de desenvolvimento econômico. (DRAIBE, 1988, p. 17).

Dentro da concepção do Welfare State existe uma relação entre o Estado e o Mercado na qual “o primeiro tende a alterar o livre movimento assim como os resultado socialmente adversos do segundo”. (DRAIBE, 1988, p 19).

A partir dos anos 70 até hoje o sistema brasileiro desenvolveu e vem investindo em sistemas assistenciais de proteção social, é um assistencialismo que marca o crescimento do nosso Welfare State.

A crise atual e a revolução tecnológica causam mudanças e transformações na sociedade brasileira, sob as formas do capitalismo de produção surgem à marginalidade, a pobreza, a miséria, o desemprego. O Capitalismo passa a não garantir mais condições dignas de sobrevivência, passa a não garantir o direito ao trabalho, o direito a saúde e outros.

¶A saúde, por exemplo, sofreu e vem sofrendo crises principalmente no aspecto financeiro. O total de recursos para a assistência à saúde e transferida pela União aos municípios diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Todos os serviços prestados pelo SUS são custeados com recursos públicos, que são arrecadados através de impostos e contribuições destinadas à Seguridade Social. No entanto a implantação do SUS no Brasil vem sendo dificultada por entraves no financiamento, ocorrendo duas complicações: a desativação de leitos hospitalares e a lentidão de projetos de alternativas assistenciais por falta de recursos públicos.

Quanto ao financiamento por nível de complexidade os limites financeiros foram divididos em recursos para assistência básica e recursos para média e alta complexidade. Dessa forma, a assistência básica pôde ter importantes recursos, mas com garantia dos recursos necessários para as atividades de maior complexidade.

Sendo assim, a assistência passou a ser financiada da seguinte forma:

- a) Atenção básica: assistência de baixa complexidade, que deve ser ofertada por todos os municípios. São ações financiadas com recursos transferidos automaticamente aos estados (poucos) e municípios (quase todos), com base de cálculo predominantemente demográfica.
- b) Atenção de média complexidade: são procedimentos que devem ser realizados por todos os estados e municípios que possuem unidade hospitalar. São financiados com recursos transferidos automaticamente a estados e municípios habilitados à gestão plena de sistema e com tetos financeiros definidos pelo Ministério aos estados e pelas Comissões Bipartites aos municípios. Os gastos ainda são muito dependentes da lógica anterior de concentração de unidades prestadoras de serviços, mas com gradual mudança para definição de valores *per capita*.
- c) Atenção de alta complexidade: composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e que não são ofertados por todas as unidades da federação. Os exemplos mais importantes são os das cirurgias cardíacas, neurocirurgias, procedimentos de oncologia (radioterapia, quimioterapia), tratamento dialítico aos pacientes com insuficiência renal crônica (hemodiálise), entre outros.
- d) Ações estratégicas: são procedimentos para os quais o Ministério da Saúde tem políticas de indução para ampliação da oferta de serviços, como transplantes – incluindo os medicamentos –, cirurgias eletivas, prevenção do câncer de colo de útero etc., bem como procedimentos que, ao serem incorporadas na tabela de procedimentos, não apresentam série histórica definida para dimensionar o seu impacto financeiro nos estados e municípios.

(BRASIL, Ministério da Saúde. Financiamento da Assistência. Estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/5%20financiamento.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

O Comando Único em cada nível de governo serve para estabelecer a responsabilidade pelas ações em uma determinada base territorial para que não haja conflitos de poder.

No entanto para a habitação nestas gestões há algumas exigências, os municípios precisam comprovar a existência de um Plano Municipal de Saúde, um Fundo Municipal de Saúde, capacidade para gerir as ações, exercer o controle dos serviços e possuir um Conselho Municipal de Saúde atuante, entre outras. Os Estados precisam também que 80% de seus municípios estejam em algum tipo de enquadramento ou que já enquadrados representam 60% de sua população.

As ações e serviços oferecidos pelo SUS vão desde a promoção da saúde, estimulando hábitos mais saudáveis, prevenção de doenças, por meio de atividades de educação em saúde, vacinação em massa até a prestação de assistência médica – consulta, exames, fornecimento de medicamentos básicos.

Segundo Costa, M., (2000):

[...] a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos à universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de “participação” da comunidade, não supera as condições existentes, dentre os quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a igualdade e a qualidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa. (COSTA, M., 2000, p. 41).

Segundo Oliveira (1991):

O Sistema de Saúde brasileiro tem-se mostrado por demais incompetente no trato das questões relativas ao setor, tanto externamente, porque não consegue dar conta satisfatoriamente dos problemas de saúde pública na sua totalidade ou parcialidade. E internamente, porque não consegue se adequar a realidades locais porque não possui dotação financeira suficiente para desenvolver programas de saúde específicos; porque não existe um serviço de acompanhamento, avaliação e controle das ações; pelo sucateamento dos

equipamentos; pelo baixo nível de informação e participação da população; pelo próprio gerenciamento da política de recursos humanos para a área, e outros porquê[s...]. (OLIVEIRA, R., 1991, p. 75).

Instituiu-se a unidade básica como a porta de entrada do sistema de saúde, no entanto não houve ampliação no requisito equipamentos, material e equipe profissional, mas houve aumento na demanda por serviços oferecidos.

Sugere ainda Costa, M. (2000):

[...] que o grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja por insuficiência de uma política de educação sanitária. Em consequência, os usuários procuram os serviços quando já estão doentes, resultando cada vez mais no aumento de demanda por ações curativas individuais. Por outro lado, o temor de enfrentar intermináveis filas de espera inibe o usuário de procurar o serviço antes da deflagração aguda das doenças. (COSTA, M., 2000, p. 41).

Para Oliveira, R., (1991, p. 77) as possibilidades de avanço da Política de Saúde, o nível de Atenção Primária, não deve estar atrelada unicamente às ações curativas, embora sejam úteis no seu caráter imediatista, mas, principalmente na existência de ações vinculativas desta com os indivíduos, grupos e organizações comunitárias locais, que estimule e viabilize a conquista de um processo participativo ascendente, e concretize qualitativamente ações preventivas.

O mesmo autor sugere que:

A Atenção Primária à Saúde, assim caracterizada, constitui-se um veio fundamental para a concretização da prática sócio-educativa, podendo ser considerada como porta de entrada para a educação no sistema de saúde, não desconsiderando, com isto, sua ação complementar em outros níveis de atenção. (OLIVEIRA, R., 1991, p. 76).

O Estado cada vez mais está reduzindo sua função pública, transferindo o fundo público para alguns setores privados. Podemos observar que as políticas sociais vêm sendo coordenadas pelos setores privados. O Estado passa a ser o “protetor” dos mais pobres e o setor privado se

encarrega dos segmentos mais bem pagos, que tem uma capacidade maior de contribuição e arrecadação.

“Dentro da proposta hegemônica de reforma do Estado, saúde é direito universal, assistência é direito, os benefícios da previdência são direitos. Mas, o caixa não dá. Então a lógica do contador é entrada e saída. Então, atropelaram-se os direitos em função da estabilidade monetária”. (IANNI, 1997, p. 14).

Acreditamos ser a saúde não apenas a resultante das condições do trabalho, habitação, alimentação, educação, lazer, renda, etc., mas ao mesmo tempo condição inerente ao exercício de cidadania e de liberdade, como um processo que se constrói cotidianamente. (OLIVEIRA, H., 1992, p. 45).

A crise no Estado brasileiro trás a reforma do Estado, as Políticas Públicas são influenciadas pelas organizações internacionais que passam a influenciar nas funções do Estado e da Economia. Os organismos internacionais recomendam uma Reforma do Estado orientada para o mercado, o Banco Mundial articula-se no sentido de racionalizar os investimentos na área social, diminuindo assim o papel do Estado e aumentando as ações da área privada. O Estado passaria a atender apenas as classes vulnerabilizadas e a iniciativa privada serviria como uma alternativa na execução de políticas públicas.

[...] o Banco Mundial expressa a sua concepção de políticas públicas, entendida como forma de assegurar que o crescimento seja compartilhado por todos e contribua para reduzir a pobreza e a desigualdade, devendo os governos atribuir aos setores sociais fundamentais. Tal orientação fortalece o papel compensatório das políticas públicas, retirando o seu caráter universal, assumindo uma perspectiva focalista, na medida em que visa atender os segmentos populacionais mais vulneráveis. (SIMIONATO, 1999, p. 14).

Dentro da Reforma do Estado brasileiro as indicações sobre a política do Banco Mundial expressam-se em quatro indicações, que são:

- a) a delimitação do tamanho do Estado, reduzindo suas funções através da privatização, terceirização e publicização, que envolve a criação das organizações sociais;
- b) a redefinição do papel regulador do Estado através da desregulamentação;
- c) o aumento da governança, ou seja, a recuperação da capacidade financeira e administrativa de implementar decisões políticas tomadas pelo governo através do ajuste fiscal;
- d) o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar. (SIMIONATO, 1999, p. 14-15).

Nas décadas de 80 e 90, opera-se um processo de transformação desse quadro construído ao longo do século. A crise da previdência e também da assistência médica previdenciária do final dos anos 70 coloca em cheque a sobrevivência dos modelos e todas suas dicotomias.

O direito a saúde dentro da agenda política brasileira no período de 80 não esteve vinculada tradicionalmente as:

[...] necessidade da produção, e foram reguladas, direta ou indiretamente, em maior ou menor grau, ora pelo poder governamental, ora pelo empresariado agro-industrial, industrial e financeiro. Observa-se, também, na evolução das políticas de saúde no Brasil, uma tensão permanente oscilando entre um modelo de saúde pública e um modelo de seguro saúde, com uma miríade de instituições sendo criadas ao longo dos anos, com funções paralelas, fragmentadas e diluindo o potencial de intervenção e de investimento do setor. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 145).

A crise econômica que atinge a saúde assim como a seguridade social segue os princípios dos organismos financeiros, um exemplo é o do Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BIRD), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) que pregam a substituição de sistemas públicos por sistemas privados, procuram demonstrar assim que os sistemas públicos de benefícios fracassaram.

Assim:

O modelo proposto pelo Banco Mundial promove a ruptura com a forma histórica de financiamento de sistemas de provisão pública de seguridade social, os chamados sistemas de repartição (*pay-as-you-go*), e sua substituição por

sistemas de capitação individual, similares aos regimes de poupança (GURGEL, 1999, p. 17).

A partir do processo de universalização toda a população passa a ter acesso aos serviços de saúde do setor público. No entanto, com o princípio neoliberal, este que provoca modificações no papel do Estado, onde ocorrem cortes na esfera social, inclusive na saúde. Assim o processo de universalização passa a ser excludente, pois os vários setores sociais incluindo a saúde, passam a sofrer racionamento de gastos, desta forma a saúde privada passa a ter uma maior clientela, que procuram acesso que não encontram no SUS. Sabe-se que o setor de saúde privado, não arca com despesas em relação a doenças mais graves, onde o paciente e sua família voltam a procurar o setor público de alta tecnologia. Passa-se a ter uma relação de complementaridade entre o público e o privado.

A deficiência de serviços faz parte na área da saúde onde há privatização através de influências neoliberais. Nesta área há diminuição de verbas onde a dificuldades de sustentação da universalidade se faz presente, onde o Estado se afasta de suas obrigações previstas na Constituição de 1988.

Trabalhando a política de saúde no Brasil da década de 30 até os dias atuais, vimos à necessidade de trazer a este trabalho a discussão sobre a política de saúde e a alta complexidade dando maior ênfase na normatização da oncologia.

3 CAPITULO II – A POLÍTICA DE SAÚDE: ASSISTÊNCIA A ALTA COMPLEXIDADE.

3.1 COMPREENDENDO A POLÍTICA DE SAÚDE NA ONCOLOGIA.

Como mencionamos anteriormente, as ações e serviços de saúde no novo modelo assistencial posto pelo Sistema Único de Saúde – SUS dividem-se em três níveis de atenção, de acordo com a complexidade das situações de saúde. A determinação destes níveis de complexidade

fundamenta-se no grau de diferenciação das atividades desenvolvidas em cada um dos três níveis estabelecidos.

O nível primário comporta atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais atividades são desenvolvidas por médicos, odontólogos, enfermeiros, bioquímicos e farmacêuticos. Estes profissionais devem ter a percepção do indivíduo como um todo, objetivando a integralidade das ações.

Os estabelecimentos deste nível de atenção são os centros de saúde e os hospitais locais, que poderão dispor de laboratórios de patologia clínica e aparelhos de raio X.

Este nível contempla populações diferenciadas por fatores como análise epidemiológica e densidade populacional. Sua gerência é exclusivamente municipal.

O nível secundário de atenção à saúde caracteriza-se por desenvolver, além das atividades classificadas como de nível primário, as atividades assistenciais e mais algumas especialidades médicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Todas as demais especialidades serão agendadas pelas unidades de nível primário, em qualquer das modalidades exceto urgência e/ou emergência.

Os estabelecimentos deste nível são as policlínicas, os hospitais especializados (de referência) e laboratórios.

Este nível contemplará populações consideradas no âmbito municipal, micro ou regional, cuja complexidade estará sujeita, como nível primário, à análise epidemiológica, densidade populacional e aos parâmetros em vigor, além de razões geográficas, de desenvolvimento, de acesso ou por ser pólo de atração natural para referências. Este nível terá gerência municipal, ainda que atenda populações de mais de um município.

O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatoriais, internação, urgência e reabilitação.

Além das atividades dos níveis primário e secundário, neste nível realiza-se atendimento nas especialidades que demandam tecnologia de alto custo e pessoal altamente especializado em todas as modalidades. O acesso é exclusivamente por agendamento, com exceção da urgência. Os

estabelecimentos neste nível são as policlínicas de referência regional, hospitais especializados, hospitais universitários, laboratórios regionais e centrais, e hemocentros.

Este nível contemplará populações consideradas no âmbito regional ou estadual e tem por finalidade dotar os estados de todos os serviços de saúde.

A gerência neste nível é estadual, mas há municípios interessados na gestão desse nível e discussões que sugerem até mesmo sua municipalização.

Segundo Souza (2001) o nível de alta complexidade caracteriza-se pelo atendimento de internações e pelas situações emergenciais, além de possuir maior complexidade tecnológica. Nesse nível as ações de saúde devem contemplar a assistência clínica a pacientes internados, incluindo consultas ambulatoriais pré e pós-internação imediata; atendimento exclusivamente ambulatorial para segmento clínico de pacientes, ou de consultas com especialistas não disponíveis nos outros níveis de atenção; atendimento de emergência 24 horas; atendimento em regime de hospital dia, quando necessário; realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; atendimento odontológico especializado; oferecimento de medicamentos e promoção de atendimento em enfermaria; atividades de treinamento e reciclagem de recursos humanos.

Desta forma, a Secretaria de Assistência à Saúde em maio de 1993 através da Portaria nº 65, onde considerando a Política de Descentralização do Sistema Único de Saúde, faz saber que compete a esta definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de Alta Complexidade, onde considera a necessidade de estabelecer normas para o credenciamento de serviços que farão parte das redes integradas de assistência de Alta Complexidade, resolve definir as áreas que irão compor as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade, que serão a Cardiologia (cirurgia cardíaca, implante de marca-passo definitivo e estudo eletrofisiológico); Oncologia (clínica e cirúrgica); Ortopedia (próteses totais, ligamentares, não convencionais e bipolares); Oftalmologia (cirurgia de olho VII e VIII da Tabela de Grupos e Procedimentos Hospitalares do SIH/SUS) e Transplante de órgãos. Portaria n. 65 de 1993, ANEXO I.

Mais tarde em outubro de 1996 o Ministério de Estado da Saúde, através da Portaria nº 2.043/1996 passa a controlar e avaliar os procedimentos de Alta Complexidade/Custo, prestados no

Sistema Únicos de Saúde/SUS, a fim de registrar as informações e acompanhar os usuários submetidos a exames e/ou tratamento que envolva procedimentos de Alta Complexidade/Custo e cobrança de serviços prestados. Em seu Art.1º, determinar a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC, que seria um instrumento específico para autorização, cobrança e informações gerenciais dos procedimentos de Alta Complexidade/Custo e do fornecimento de Medicamentos Excepcionais. Já em seu Art.2º determina que a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC será inicialmente utilizada para os procedimentos da Terapia Renal Substitutiva - TRS. E em seu Art.3º estabelecer que a identificação dos pacientes que necessitam de tratamento/procedimento de Alta Complexidade/Custo será efetuada através do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identificação do Contribuinte - CPF/CIC.

No entanto, para que haja remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade é necessário o pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Internação Ambulatorial - SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados.

O Ministério da Saúde no intuito de garantir acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e principalmente aos serviços de Alta Complexidade, lançou em 5 (cinco) de agosto de 1998 a Portaria nº 3.409/GM, ANEXO II.

Para que seja oferecido atendimento de alta complexidade em neoplasia maligna o Ministério da Saúde em 02 de setembro de 1998 deliberou a Portaria nº 3.535/GM onde estabelece critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, a fim de garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas e estabelecer uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes. Desta forma define que competem às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, estabelecer os fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer, com objetivo a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Quanto às

normas específicas para cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia, diz que os Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, com atividades de prevenção e de detecção precoce, que devem ser desenvolvidas em conformidade com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde.

3.2 ALTA COMPLEXIDADE E A ONCOLOGIA: NORMATIZAÇÃO PARA SEUS PROCEDIMENTOS.

Quanto à classificação dos Centros de Alta Complexidade na Área em Oncologia (CACON¹⁷) e o atendimento que deverão prestar aos pacientes, estes são:

- Centro de Alta Complexidade em Oncologia I que são hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfohematopoéticos e da infância e adolescência). Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva multiprofissional integrada.

¹⁷ Os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que realizam tratamento oncológico no Brasil são cadastrados pelo Ministério da Saúde como CACON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia, Serviços Isolados de Quimioterapia ou de Radioterapia, compondo uma Rede de Atendimento em Oncologia. Os CACON são unidades hospitalares públicas, privadas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, atendimento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos.

Os Serviços Isolados de Quimioterapia e Radioterapia são capazes de realizar apenas seus respectivos procedimentos específicos, dependendo de outras unidades assistenciais para a confirmação diagnóstica, o estadiamento e a realização de cirurgia quando indicado.

A organização do fluxo de atendimento ao paciente é de competência das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. A recomendação geral é que o serviço oncológico escolhido deva estar localizado o mais próximo à residência do paciente, já que o tratamento, muitas vezes, pode ser longo.

O câncer não é uma única doença, mas um conjunto de doenças que acometem diversos órgãos e que têm em comum o crescimento celular desordenado, causando uma variedade de transtornos funcionais e por compressão local. Por isto, os sintomas são muito diferentes, não sendo possível estabelecer recomendações específicas para se levantar individualmente uma suspeita de câncer. Tal suspeita deve ser levantada pelo médico, diante de um conjunto de sinais e sintomas, e confirmada através de exames complementares.

Para o encaminhamento adequado do paciente aos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), além da descrição detalhada da história da doença que justifica a suspeita de neoplasia, deverão ser anexados os exames que corroboram tal suspeita clínica (imagem, histopatológico, endoscopia, etc.). Disponível em: http://www.inca.gov.br/tratamento/ondetratar_sus.asp. Acesso em: 24 de jan. 2004.

Devem ter serviços de: diagnóstico, cirurgia Oncológica, oncologia Clínica, suporte, reabilitação, cuidados paliativos e podem ter serviço de Radioterapia próprio ou manterem contrato formal e específico com um CACON I, CACON II ou outro CACON III, para o atendimento nesta modalidade terapêutica.

- Centro de Alta Complexidade em Oncologia II, estas são instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfohematopoéticos e da infância e adolescência), em todas as modalidades assistenciais e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis. Além de todas as descrições feitas no item anterior (CACON I) devem prestar atendimento de: cirurgia de cabeça e pescoço, odontologia, oftalmologia, pediatria cirúrgica, plástica reparadora, cirurgia de tecidos ósseo e conjuntivos, unidade de órteses e próteses, fonoaudiologia, emergência oncológica, voluntariado e ter serviço de radioterapia, unidade de medicina nuclear, devem também oferecer cursos de treinamento e atualização nas áreas de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica ou Radioterapia, assim como desenvolver projetos de pesquisa oncológica, próprios ou em parceria com um CACON III e participam dos programas de prevenção e detecção precoce do câncer, em consonância com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

- Centro de Alta Complexidade em Oncologia III, são instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais citadas no item 1.3, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios. Devem prestar atendimento de: cirurgia de cabeça e pescoço, odontologia, neurocirurgia, oftalmologia, pediatria cirúrgica, plástica reparadora, cirurgia de tecidos ósseo e conjuntivos, unidade de órteses e próteses, fonoaudiologia, voluntariado, biologia molecular, emergência oncológica, serviço de cuidados paliativos que também disponha de assistência domiciliar, unidade de imagenologia equipada também com aparelhos de raios-X com dispositivo de estereotaxia e aparelho de ressonância nuclear magnética, serviço de radioterapia, unidade de medicina nuclear equipadas, unidade de transplante de medula óssea, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde, laboratório de histocompatibilidade - podendo ser um serviço de terceiros, instalado fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro, unidade de hemoterapia e aférese, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde. Devem também oferecer: programa de residência médica, pelo menos em Oncologia Cirúrgica, Oncologia Clínica e Radioterapia, programa de treinamento e especialização e programas de prevenção, de detecção precoce e de pesquisa na área do câncer. (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535, de setembro de 1998. Institui os critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>>. Acesso em: 18 dez. 2003).

Quanto à avaliação dos centros compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, verificando assim o desempenho e o padrão de funcionamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

O Ministério da Saúde, com a Portaria nº 1.479 de dezembro de 1999, considerando a importância médico-social da prevenção, detecção e tratamento do paciente oncológico e considerando também a necessidade de ampliar o atendimento aos pacientes oncológicos na Rede Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS, resolve em:

Art. 1º - Instituir a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade CNCPAAC, para tratamento de pacientes que requeiram assistência de serviços de alta complexidade não ofertados, ou ofertados com grande restrição de demanda, em seus estados de residência.

Art. 2º - Estabelecer que a CNCPAAC será de referência interestadual, não sendo computados para fins de pagamentos os encaminhamentos intermunicipais.

Art. 3º - Estabelecer que os atendimentos pela CNCPAAC serão realizados, somente, mediante encaminhamento formal pelo gestor estadual de origem do paciente, por indisponibilidade de CACON ou Serviço Isolado ou por se tratar de procedimento complexo indisponível.

Art. 3º - A CNCPAAC será financiada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação FAEC, sendo fixado o valor anual de R\$ 12.000.000,00 (doze milhões de reais).

Art. 4º - Definir, inicialmente, como procedimentos de alta complexidade da CNCPAAC, os constantes dos grupos abaixo relacionados:

28 Radioterapia.

29 Quimioterapia.

Art. 5º - Estabelecer que a Secretaria Executiva e a Secretaria de Assistência à Saúde, mediante estudos e avaliações, poderão alterar os grupos de procedimentos e valores da CNCPAAC.

Art. 6º - Definir que, em decorrência do disposto nesta Portaria, serão acrescidos, aos limites financeiros estaduais e/ou municipais, mensalmente, pelo Ministério da Saúde, os recursos referentes aos pacientes atendidos e identificados pela CNCPAAC, que não serão, porém, incorporados aos tetos das Unidades Federadas.

Art. 7º - Estabelecer que a apresentação das APAC correspondentes aos atendimentos dos procedimentos dos grupos constantes do Artigo 4º desta Portaria deverá ser feita dentro dos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS.

Parágrafo único. O Departamento de Informática do SUS DATASUS fará a seleção dos procedimentos da CNCPAAC, para emissão dos relatórios de crédito.

Art. 9º - Determinar que os valores relativos a CNCPAAC serão reembolsados por meio de transferência fundo a fundo, quando o órgão gestor estadual ou municipal, responsável pelo crédito aos prestadores de serviços, receber diretamente do Fundo Nacional de Saúde os recursos para custeio da assistência.

Art. 10 Definir que o pagamento dos procedimentos da CNCPAAC será efetuado nos mesmos prazos e pelo órgão gestor que efetua os créditos regulares do SIA-SUS. (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.479 de 1999. Resolve sobre a importância médico social da prevenção, detecção e tratamento do paciente

oncológico. Disponível em:
 <http://reforsus.saude.gov.br/legisla/alta_cg/lei.htm>. Acesso em: dez. de 2003).

Na gestão da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) no período de 1998 a 2001, ficou claro a necessidade de desenvolver a questão do acesso ao financiamento da média e alta complexidade valorizando a universalidade – premissa constitutiva do projeto do SUS. No início do ano 2000, a responsabilidade pela condução do processo de descentralização financeira passou da Secretaria de Políticas de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde.

Esse processo pode ser demarcado por dois momentos distintos. No primeiro, o movimento de descentralização do sistema pautou-se pela implementação dos dispositivos normativos contidos na NOB-SUS 01/93, que só tratava da assistência, e na NOB-SUS 01/96, que abordava a descentralização da assistência, vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças. Na prática, esta norma serviu mais para orientar a descentralização da assistência, sendo que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Fundação Nacional de Saúde (na área de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças), posteriormente, definiram outros atos normativos que passaram a orientar a política de descentralização dessas áreas. (BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Gestão da SAS – Secretaria de Assistência a Saúde. Brasil gestão de 1998-2001. Disponível em:
 <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/3%20politica%20.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

Na área da descentralização da assistência ocorreu um significativo aumento do volume de recursos transferidos fundo a fundo e um acréscimo de municípios habilitados na condição de gestão plena.

O segundo momento, que resultou nas mudanças normativas do processo com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01, de 2001 (NOAS-SUS 01/01), demarca uma inflexão nas concepções e na formulação de um novo padrão de descentralização, buscando reorientar o modelo subjacente nas normas anteriores (NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96), resgatando o papel coordenador dos Estados e possibilitando a solução dos conflitos suscitados pelo padrão autonomista dos municípios, até então vigente. (BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Gestão da SAS – Secretaria de Assistência a Saúde. Brasil gestão de 1998-2001. Disponível em:
 <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/3%20politica%20.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

Esse segundo momento caracteriza-se, portanto:

[...] pela passagem de um modelo centrado numa concepção polar ou dual de federalismo, onde os municípios inseridos em modalidades mais avançadas de gestão (semiplena, pela NOB-SUS 01/93; e gestão plena, pela NOB-SUS 01/96) autodefiniam suas políticas de saúde, referindo-se diretamente às orientações federais, garantidas por fluxos financeiros transferidos, de modo direto, do Fundo Nacional para os fundos municipais de saúde. Esse modelo prescindia dos Estados, ou reservava aos mesmos um papel meramente residual, apesar das intenções registradas na NOB-SUS 01/96, tendentes a um resgate do papel desse nível de gestão. (BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Gestão da SAS – Secretaria de Assistência a Saúde. Brasil gestão de 1998-2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/3%20politica%20.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

O padrão de descentralização redundou em importante conflito de competência e numa tendência à fragmentação do sistema, comprometendo os vínculos de solidariedade e o compartilhamento de responsabilidades na gestão. O cerceamento das demandas de assistência advindo de municípios vizinhos passou a ser uma prática marcante e motivo de constantes conflitos e pressões por mudanças nos marcos institucionais e normativos que regiam as relações intergovernamentais no setor. Respostas adversas também vieram de vários estados, com tentativas de retomada de prerrogativas anteriormente existentes ou pela persistência de resquícios do modelo centralizado anterior, principalmente a manutenção da relação direta com prestadores de serviços e a fixação de cotas de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por hospital, controladas pelo gestor estadual.

Os critérios de distribuição dos recursos destinados à assistência eram historicamente centrados no pagamento por procedimentos.

A lógica adotada na proposta de Programação Pactuada e Integrada (PPI) em curso introduz um novo dispositivo de rompimento com as práticas anteriores, permitiu a programação e a conseqüente alocação de recursos centradas em parâmetros *per capita* de concentração por nível de complexidade. A distribuição dos recursos passa então a ser coerente com o desenho de uma rede assistencial hierarquizada tecnologicamente e solidária no atendimento da demanda com a integralidade desejada. (BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Gestão da SAS – Secretaria de Assistência a Saúde. Brasil gestão de 1998-2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/3%20politica%20.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

A transferência aos estados e, principalmente, aos municípios, com repasses automáticos diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais e municipais, garantiam uma maior estabilidade e a continuidade dos projetos implantados pelos estados e municípios.

A constatação da existência de “gargalos” na oferta de serviços ou ações de saúde, insuficientemente atendidas por importantes falhas no sistema de mercado, levou a Secretaria de Assistência à Saúde a formular estratégias de ampliação da oferta e facilitação do acesso a um conjunto de ações, realizadas a partir da constituição de redes assistenciais (Urgência e Emergência, Assistência aos Grandes Queimados, Assistência a Pessoas Portadoras de Deficiências Físicas, Gestação e Parto de Alto Risco, Unidades de Terapia Intensiva, Neurocirurgia etc.).

A elevação da oferta de outras a oes assistenciais, principalmente as de média complexidade, foi induzida com base na "liberação dos tetos orçamentários" dos estados, adotando-se sua cobertura com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Esse fundo, além de novos recursos alocados, incorpora recursos não executados no custeio da assistência, redirecionando-os para o financiamento de todas as atividades relacionadas a transplantes de órgãos, campanhas de prevenção do câncer do colo uterino, campanhas de cirurgias de catarata, hérnia inguinal, varizes, hipertrofia prostática, entre outras. O sucesso dessas estratégias levou à sua permanência, garantindo o acesso a cirurgias eletivas que, de outra forma, relegariam milhares de cidadãos a incapacidades e sofrimentos perfeitamente evitáveis. A liberação dos tetos orçamentários para a realização de cirurgias de transplante de órgãos, bem como um conjunto de outras importantes medidas, permitiu o crescimento da oferta desses serviç os e abriu, para muitos brasileiros, a perspectiva de ampliação de sua sobrevivência ou melhoria acentuada em sua qualidade de vida. (BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Gestão da SAS – Secretaria de Assistência a Saúde. Brasil gestão de 1998-2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/3%20politica%20.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003).

Numa segunda fase, Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC foi subdividido em duas áreas: para o financiamento de a oes estratégicas e para o financiamento da assistência de alta complexidade através da Portaria GM n.é 620 de 26 de abril de 2001. As a oes estratégicas continuaram a ser financiadas com recursos "extra-teto" e sem limites estabelecidos por estado ou município. Já os serviç os de alta complexidade tiveram limite de gasto fixado para cada estado ou município. No caso do Estado ou do município ultrapassar o seu limite, a Secretaria

de Assistência à Saúde – SAS desconta o valor excedente dos recursos destinados ao financiamento da assistência de média complexidade. Assim, o financiamento dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade tecnológica ou custo, por sua relevância e elevado impacto nos tetos orçamentários estaduais, passou a ser coberto também com recursos do FAEC, permitindo a alocação de recursos – por parte do Ministério da Saúde – vinculados a esses procedimentos. Isso permitiu maior cobertura assistencial e o atendimento das pressões de demanda de casos de alta gravidade, como Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise e Diálise Peritoneal Contínua), Quimioterapia e Radioterapia, além de outros.

Recentemente, através da Portaria/GM n.º 2309, de 19 (dezenove) de dezembro de 2001, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade. Posteriormente, será expandida para os procedimentos de alta complexidade de nível ambulatorial. Acredita-se que essa medida, além de garantir o acesso aos pacientes de estados carentes de recursos assistenciais, terá o papel indutor de promover a atenção dos pacientes em seus próprios estados, facilitando a assistência à sua saúde e à sua condição de vida.

As estratégias aqui apresentadas redundaram em um avanço efetivo no atendimento às áreas de alta e média complexidade.

Através da Portaria n.º 132¹⁸, de 31 de janeiro de 2001 o Ministro de Estado da Saúde, passa-se a considerar a necessidade de fortalecer seus mecanismos gerenciais, que permitam uma

¹⁸ Resolve: Art. 1º Definir que, para os procedimentos estratégicos e de alta complexidade, custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação FAEC, é de competência dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, a contratação, cadastramento, autorização para realização de procedimentos, autorização de pagamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das Unidades Prestadoras de Serviços do SUS.

Art. 2º Estabelecer que a produção referente aos procedimentos financiados pelo FAEC deverá ser apresentada pelos prestadores de serviços aos respectivos gestores, para as providências relativas aos processamentos, seguindo os mesmos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo Sistema de Internações Hospitalares / SIH-SUS e Sistema de Informações Ambulatoriais / SIA-SUS.

Art. 3º Estabelecer que os pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, quando cumpridos o disposto nos Artigos 1º e 2º, serão executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independente da condição de gestão do estado, município e Distrito Federal.

melhor operacionalização e acompanhamento das ações estratégicas, especialmente as de maior complexidade e custo, levando em consideração o papel do Ministério da Saúde como formulador de estratégias e políticas de saúde, e o papel dos gestores estaduais e municipais no planejamento, organização, controle e avaliação, assim como a execução das ações e serviços de saúde.

Trazendo também a Portaria nº 1.289, de 16 (dezesseis) de julho de 2002, onde o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas; Considerando a Portaria GM/MS nº 3535¹⁹, de 2 (dois) de

Parágrafo único. Os valores de que trata este Artigo deixam de ser repassados fundo a fundo ou para conta específica dos respectivos gestores habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual e Municipal. (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 132, de 31 de janeiro de 2001. Disponível em: <http://reforsus.saude.gov.br/legisla/alta_cg/lei.htm>. Acesso em: 24 de nov. 2003).

19 Resolve em seus Art. 1º e 4º que: Art. 1º Alterar os subitens 3.2.4, 3.3.3, 3.3.3.2, 3.3.3.3, 3.4.5 e 4.1.2, das Normas Específicas para Cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, constantes do Anexo I, da Portaria GM/MS Nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, publicada no Diário Oficial Nº 196-E, de 14 de outubro de 1998, que passam a ter a seguinte redação:

3.2.4 - O Serviço de Cirurgia Oncológica deve ter um responsável técnico médico, habilitado em Cancerologia - Cirurgia Oncológica. A habilitação poderá ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

3.3.3 - Ter um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os oncologistas devem ser habilitados em Cancerologia - Oncologia Clínica. A habilitação poderá ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

3.3.3.2 - Os Serviços de Oncologia Clínica que atendem somente pacientes com doenças hemolinfopoiéticas devem ter um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os demais devem ser habilitados em Hematologia. A habilitação poderá ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

3.3.3.3 - Os Serviços de Oncologia Clínica que atendem, exclusivamente, crianças e adolescentes com câncer devem ter um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os oncologistas devem ser habilitados, dependendo da respectiva área de atuação, em Hematologia ou em Cancerologia - Oncologia Pediátrica. A habilitação poderá ser comprovada por inscrição no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

3.4.5 - Ter como responsável técnico pelo serviço, um médico especialista em Radioterapia e como responsável técnico pelo setor de Física Médica, um físico especialista em Física Médica, ambos registrados no CNEN. A habilitação do médico poderá ser comprovada por inscrição no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

4.1.2 - Devem ter os Serviços, além de seus respectivos profissionais habilitados, conforme descrito no item 3, e garantir o atendimento dos pacientes nas seguintes modalidades assistenciais: Diagnóstico; Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica/ Hematologia/ Oncologia Pediátrica (todas, duas ou uma, conforme o perfil da Unidade Prestadora de Serviço); Radioterapia; Suporte; Reabilitação; e Cuidados Paliativos.

Art. 4º Definir que os médicos responsáveis técnicos pelos serviços de que trata o Artigo 1º desta Portaria somente poderão assumir a responsabilidade técnica por um único serviço cadastrado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou região metropolitana do serviço.

Parágrafo Único. No caso de responsável técnico de serviço instalado em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais de um serviço cadastrado pelo SUS, desde que instalado no mesmo município ou região metropolitana. (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 1289, de

setembro de 1998, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

O Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Assistência à Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), lançaram em novembro de 2002 as “bases técnicas para autorização de procedimentos de alta complexidade”, que será contemplada a seguir:

A autorização, o controle e a avaliação de qualquer processo pressupõem que haja normas claras e recursos humanos devidamente treinados para exercerem as suas atividades específicas. Isto se torna ainda mais fundamental, quando se está diante de um novo modelo, no caso a Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, inaugurada no SUS com a autorização para procedimentos dialíticos (APAC-TRS).

Com este modelo, completam-se os dados do Sistema de Informações Hospitalares – SIH, que já permite a identificação dos procedimentos por indivíduo e por doenças. Lembra-se que, no SIA, se processam cerca de 80% de todos os atendimentos, cobranças e pagamentos que ocorrem no SUS, cujos arquivos eram, até o advento da APAC-TRS, inteiramente numéricos.

O Ministério da Saúde publicou três novas portarias, respectivamente: de cadastramento de centros oncológicos (Portaria GM/MS N.º 3.535, de 02.09.98, republicada), de autorização por APAC de procedimentos radioterápicos e quimioterápicos (Portaria GM/MS N.º 3.536, de 02.09.98, republicada) e de inclusão de Procedimentos de quimioterapia e de radioterapia e seus respectivos valores na Tabela do SIA-SUS (Portaria SAS/MS N.º 145, de 02.09.98). Uma quarta portaria, a SAS/MS 034/99, republicada em 31/03/99, substituiu a 146/98, e regulamenta os procedimentos quimioterápicos e radioterápicos que exigem internação e a internação específica para quimioterapia e radioterapia de procedimentos cobrados por APAC.

As portarias da SAS/MS 296, de 15/07/99, e as 431 e 432, ambas de 03/10/01, e a GM/MS 1.655, de 17/09/2002 estabelecem os procedimentos e normas atualmente vigentes da APAC-Oncologia. As 431 e 432 versam sobre a quimioterapia da leucemia mielóide crônica, cujos procedimentos, antigos e novos, passaram a concentrar-se inteiramente no sub-grupo da Quimioterapia de Controle Temporário de Doença – Adulto, tendo-se excluídos aqueles que compunham o sub-grupo da Quimioterapia Paliativa – Adulto; e a 1.655, sobre a quimioterapia paliativa do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST, sigla em Inglês).

NORMAS GERAIS DE AUTORIZAÇÃO FLUXO

- a) O prestador solicita a autorização para a realização de procedimento(s), mediante o preenchimento do Laudo Médico para Emissão de APAC, e especifica o(s) código(s) do(s) procedimento(s) em questão.
- b) O autorizador analisa o laudo, conclui sobre a finalidade do tratamento solicitado e verifica, na tabela de procedimentos, de acordo com a finalidade do tratamento e as compatibilidades do(s) procedimento(s), se a solicitação é coerente com o lá exposto. Caso tenha dúvida, solicita consultoria especializada

sobre o caso a SIA/CGSIAH/DECAS/MS, por fax (0XX - 61) 225-3174 ou e-mail: codec@saude.gov.br

c) Porém, se a solicitação estiver de acordo com o que está descrito neste Manual, libera(m)-se o(s) procedimento(s) solicitado(s) de acordo com o previsto e programa-se o acompanhamento do Planejamento Terapêutico Global.

d) O Anexo deste Manual demonstra como se controla a autorização de quimioterapia e de radioterapia: o primeiro, pelo número de meses de competências autorizados; o segundo, pelo número total de campos autorizados. Deve-se sempre considerar o Planejamento Terapêutico Global, em ambos os casos.

e) O número máximo de campos que pode ser autorizado encontra-se especificado na própria descrição dos códigos, na tabela de procedimentos ou, para a radioterapia com acelerador linear ou cobaltoterapia, no Anexo deste Manual (que é o Anexo VIII da Portaria SAS 296/99).

f) Se a solicitação não estiver de acordo, o Anexo deste manual relaciona alguns motivos de recusa de autorização. Para o autorizador, estes motivos devem ser administrativos. A recusa por motivos técnicos deverá caber aos consultores da SIA/CGSIAH/DECAS/MS.

g) Nenhum laudo deverá ser devolvido ao prestador, pois ele se constitui em um importante documento legal e de controle e avaliação. No caso de recusa, poderá ser enviado para o prestador um relatório dos motivos de recusa, relacionados por laudo, número e percentuais.

h) Autorizado o(s) procedimento(s) solicitado(s), o processo segue o prescrito no Manual de Instruções de Preenchimento dos Formulários Utilizados no SIA-SUS. (BRASIL, Ministério da Saúde. INCA e Secretaria da Assistência a Saúde, lançaram em novembro de 2002 as bases técnicas para autorização de procedimentos de alta complexidade. Disponível em: <http://www.fesehf.org.br/documentos/tabelas/manual%20de%20onco.htm>). Acesso em: 18 de dez. 2003).

Segue em anexo a Análise do Laudo Médico para emissão de APAC/Quimioterápico (ANEXO V), Análise do Laudo Médico para emissão de APAC/Radioterapia (ANEXO VI), Controle de Autorização de QT e RT (ANEXO VII), Motivos de Recusa de Autorização de Procedimentos (ANEXO VIII) e Instrumentos legais do SUS-ONCO (ANEXO IX).

Nas quatro últimas décadas a oncologia teve um desenvolvimento intenso, impulsionado pela incidência crescente de novos casos de câncer, provocados não somente pela ampliação da vida média da população mundial, mas, sobretudo pela ocorrência da doença nas faixas etárias mais jovens. O câncer tornou-se assim um problema de saúde pública e um diagnóstico precoce, meios de reabilitação física, social e psicológica, são pontos fundamentais da luta contra a doença. Quando não é possível curar, o alívio do sofrimento torna-se o alvo de intervenção. (SANTOS, Ana Rita Ribeiro. Qualidade de Vida em Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <http://www.miranet.com.br/medicina/livro/qual.htm>). Acesso em 18 de nov. 2003).

3.3 ONCOLOGIA E RELAÇÃO PACIENTE E FAMÍLIA/RESPONSÁVEL.

Sendo a Neoplasia Maligna um dos temas da monografia, discutiremos a seguir um pouco sobre a doença e influência que esta acarreta para pacientes e familiares.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

As causas de câncer são múltiplas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão em estudo, tais como alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos são ainda completamente desconhecidos. O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais freqüente nesses indivíduos. (BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer/cancer.html>>. Acesso em: 24 de jan. 2004).

O tratamento do câncer requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados. O tratamento pode ser feito pela cirurgia, radioterapia ou quimioterapia. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2004): “Os resultados da terapêutica do câncer dependem de fatores que se relacionam ao indivíduo, ao tumor e à instituição de saúde que se propõe a tratá-lo”.

Quanto aos aspectos individuais, há que se considerar a condição clínica e psicológica do paciente com o tratamento proposto, além dos efeitos deste tratamento na sua vida pessoal.

A extensão da doença e a sensibilidade à terapêutica determinam a melhor opção de tratamento para o paciente. Atualmente, dispõe-se dos seguintes recursos para o tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, que podem ser usados de forma isolada ou combinados. Assim destacam-se os tratamentos mais usados:

Tratamento Cirúrgico

O câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e/ou curado, através do tratamento cirúrgico, quando este é o tratamento indicado para o caso.

O planejamento cirúrgico deve incluir todos os cuidados referentes aos princípios gerais da cirurgia e ao preparo do paciente e seus familiares sobre as alterações fisiológicas e/ou mutilações que poderão advir do tratamento.

Radioterapia

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada.

As radiações ionizantes são eletromagnéticas ou corpusculares e carregam energia. Ao interagirem com os tecidos, dão origem a elétrons rápidos que ionizam o meio e criam efeitos químicos como a hidrólise da água e a ruptura das cadeias de ADN. A morte celular pode ocorrer então por variados mecanismos, desde a inativação de sistemas vitais para a célula até sua incapacidade de reprodução. (BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer/cancer.html>>. Acesso em: 24 de jan. 2004).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) os efeitos da radioterapia normalmente são bem tolerados, “desde que sejam respeitados os princípios de dose total de tratamento e a aplicação fracionada”.

Os efeitos colaterais podem ser imediatos ou tardios. Os efeitos imediatos são observados nos tecidos que apresentam maior capacidade proliferativa, como as gônadas, a epiderme, as mucosas dos trato digestivo, urinário e genital, e a medula óssea. Eles ocorrem somente se estes tecidos estiverem incluídos no campo de irradiação.

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral. (BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer/cancer.html>>. Acesso em: 24 de jan. 2004).

Os efeitos tóxicos dos quimioterápicos se dão conforme a época em que se manifestam após a aplicação. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) os efeitos podem ser precoces (náuseas, vômitos, mal-estar, astralgia, agitação e flebites), imediatos (mielosupressão, anemia, mucosites, cistite hemorrágica e outros), tardios (miocardiopatia, hiperpigmentação, alopecia, pneumonia, etc) e ultra-tardios (infertilidade, distúrbios no crescimento em jovens e crianças, seqüelas no sistema nervoso central, etc).

Ao realizar tratamento o paciente busca a cura e sua sobrevivência, por isso necessita de resultados positivos. Esses resultados podem auxiliá-lo a manter a adesão ao tratamento mesmo que este tenha alguns efeitos colaterais.

O diagnóstico de câncer representa um evento de vida importante e catastrófico para a maioria dos indivíduos, com a capacidade de adaptação de cada um dependendo da ameaça que a doença representa para seus objetivos (apropriados à idade), sua capacidade anterior de ajuste emocional, apoio social e fatores relacionados à doença, tais como o local de tumor, presença de sintomas incapacitantes, variáveis do tratamento e prognóstico. A forma como o paciente e familiares lidam com a doença.

Além disso, o diagnóstico deve ser preciso, definindo as intervenções mais adequadas às características do paciente, proporcionando uma melhora situacional, desenvolvimento de comportamentos adequados e melhora na dimensões associadas a qualidade de vida. (SANTOS, Ana Rita Ribeiro. Qualidade de Vida em Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.miranet.com.br/medicina/livro/qual.htm>>. Acesso em: 18 de nov. 2003).

Sabemos que muitas vezes a equipe de saúde juntamente com o paciente e seus familiares optam por continuar o tratamento (mesmo sabendo que não haverá cura), no intuito de melhorar a qualidade de vida, evitando maiores sofrimentos que possam advir com a doença e/ou tratamento. Desta forma pode-se preparar o paciente e sua família para o enfrentamento da situação.

Teixeira, L. A. (1996), diz que “perceberemos que a morte é, *grosso modo*, um fenômeno natural que ocorre com todos os seres vivos, os quais possuem um ciclo vital cujo ápice é a morte.”

Dizer que a morte é um fenômeno natural, então, implica não somente dizer que um ciclo se concluiu, que um organismo esgotou suas forças vitais, dado seu caráter subjetivo e simbólico e sua representação social que transcendem o fenômeno biológico.

Por trás de cada paciente que ingressa numa unidade de saúde existe uma história de vida decorrente do meio em que ele está inserido. Bem assim, os fatores que o levaram a procurar ou chegar em um hospital têm diversas razões, estão relacionadas a muitos fatores de ordem econômica, social, cultural, etc. As causas de morte também são multifacetadas, pois existem as vítimas da violência, das doenças cardio-respiratórias, de câncer e de AIDS, do abandono, da negligência (profissional inclusive), da covardia, da impunidade, enfim uma lista inumerável, estabelecendo, assim, a interferência de esferas econômicas, sociais, políticas e culturais nas determinações da morte e em seu significado social.

A atual situação de saúde no Brasil coloca os profissionais em contato permanente com a morte, fazendo com que experimentem sentimentos contraditórios ao lidar com situações que são determinantes de vida ou morte. Os profissionais de saúde, assim, têm a morte, invariavelmente, como um desafio de seu cotidiano profissional. (TEIXEIRA, L., 1996, p. 39-40).

Na Idade Média a função dos hospitais era o de recolher os pobres das ruas, dando-lhe assistência a fim de evitar que suas moléstias colocassem em risco a saúde da população, assim a mudança diante da morte é a sua transferência para o hospital.

A morte torna-se um tabu que não pode ser violado, traduzindo a própria incapacidade da sociedade contemporânea de lidar com ela, por isso sua ocultação.

A despeito de todos os artefatos que a sociedade contemporânea utiliza para a morte, ela continua sendo um fenômeno que coloca a prova o homem, tornando-o impotente diante dela. Tal fato pode ser comprovado na experiência dos profissionais, os quais procuram mascarar para si mesmos e para os outros, as dificuldades que sentem frente à produção da morte e do morrer, no interior dos serviços hospitalares. (TEIXEIRA, L., 1996, p. 41).

Segundo a autora, “a reação de cada profissional diante da morte revela, expressivamente, seu modo particular de aceitar ou não sua própria morte e sua experiência frente à mesma, no cuidado com seus pacientes”. (TEIXEIRA, L., 1996, p. 41).

As orientações quanto a funeral e direitos necessárias à família em caso de óbito não substituem a necessidade de acolhimento, apoio e orientações por parte dos diferentes profissionais de saúde (a exemplo de esposo/filhos de portadores de HIV, acidentes) no atendimento desta situação. Assim, este procedimento que acolhe e orienta deve ser assumido por toda a equipe [...], o que transcende a comunicação administrativa do óbito à família e o encaminhamento às funerárias. (CRESS, 2003, p. 17-18).

Quanto aos aspectos relacionados à equipe de saúde, esta deve ser constituída por profissionais bem treinados, competentes, interessados na especialidade e que dominem os conhecimentos específicos sobre o diagnóstico, o tratamento da doença e a reabilitação do paciente.

Sendo a neoplasia maligna uma doença que trás ao paciente e seus familiares, limitações, transformações em suas vidas, e muitas vezes a morte, discutiremos a importância da atuação de uma equipe interdisciplinar junto aos pacientes e seus familiares, buscando dar a estes um melhor atendimento.

4 CAPÍTULO III – ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO A PACIENTES COM NEOPLASIA: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA A PARTIR DO ESTÁGIO CURRICULAR.

4.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR.

Uma atitude interdisciplinar não pode ser reduzida à vontade, decisão de um indivíduo ou grupo de indivíduos, mas se faz em uma imposição do momento atual. Para Nogueira, V., (1997) a interdisciplinaridade:

[...] vem integrando a agenda de discussões [...] praticamente desde a década de 60, com divergências e congruências em termos teóricos e operacionais, ampliando sua densidade conforme se constata a sua importância e demanda contemporânea. (NOGUEIRA, V., 1997, p. 41).

Frente aos problemas que os pacientes trazem durante a internação é compreensível à necessidade de uma intervenção de forma interdisciplinar. Segundo a mesma autora esta ação interdisciplinar, desenvolvida em equipes de trabalho, tem como características:

[...] entre os integrantes da equipe: reciprocidade, relações profissionais e de poder, tendentes a horizontalidade e com perspectivas de estratégias comuns para a ação [...] é caracterizada pela intensidade das trocas e a integração real entre as disciplinas ou profissões. (NOGUEIRA, V., 1997, p. 44).

As equipes podem concentrar profissionais de diferentes áreas, com qualificações diversas. No seu interior, a troca de informação é intensa e as decisões geralmente são tomadas em consenso. Muitos teóricos acreditam que as organizações tendem a adotar o trabalho em equipe, principalmente para aumentar sua competitividade e adaptar-se à tecnologia da informação. Meirelles (1998) fornece uma conceituação para equipe:

Um grupo de pessoas que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída e vivida pelos seus membros que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações. (MEIRELES, 1998, p. 15).

Para Moscovici (1996), um grupo só se transforma em equipe quando observa a sua própria forma de ação e, a partir desta análise, procura resolver os problemas que estão interferindo no seu funcionamento. Então, este agregado de pessoas, que é o grupo, pode se constituir em uma equipe desde que passe a desenvolver determinadas características, tais como: organização, interação, cooperação e planejamento.

A troca de experiências entre os profissionais tem que ser valorizado, além da grande preocupação em humanizar o atendimento aos pacientes. Segundo Neto (1994) a comunicação se torna dentro da equipe muito importante, assim frisa o autor:

Em uma equipe interdisciplinar, vários discursos estão envolvidos, cada qual com seu objeto específico: para o discurso psiquiátrico, o objeto seria a alteração orgânica, para o serviço social, o comprometimento familiar, para o psicanalista, o desejo, e assim por diante. A comunicação dentro da equipe, portanto, da mesma forma que a comunicação entre os homens em geral, está no registro do impossível. Isso não significa que a equipe não possa funcionar e produzir efeitos, mas as razões desses efeitos estão em outro lugar. (NETO, 1994, p.15).

Neto (1994), frisa que a equipe ao se formar e ao estabelecer normas iniciais mínimas, seria semelhante a um programa de computador. Só que ao ser acionado, as respostas dadas por esse programa seriam determinadas por toda a “entourage” que cerca a demanda que lhe foi feita. Os saberes e os discursos que irão se constituir a “posteriori” não só não podem ser extraídos do programa básico, como também não podem ser fechados ou identificados a uma “inteligibilidade única”.

Quanto à identificação entre a equipe:

A estrutura que uma equipe interdisciplinar vai adquirir, a distribuição do poder entre seus membros, as relações que vão se estabelecer, o discurso (“hegemônico” ou não) que irá se constituir ao longo do tempo e a partir das dificuldades e impasses que cada paciente irá suscitar, serão extremamente variáveis. No caso feliz de equipes estruturalmente pouco rígidas e em interações com os distúrbios externos, sua maleabilidade pode ser muito grande. Fica difícil classificar o funcionamento das equipes baseado apenas nos saberes instituídos previamente envolvidos, como se pudéssemos nos abstrair da história pessoal de cada integrante, das relações pessoais que irão se formar, do contexto institucional da qual esta faz parte e do engajamento político que ela e seus membros irão adquirir. O que faz uma equipe funcionar como Um, ou pelo menos estabelecer aqueles momentos em que o grupo vai se perceber como fazendo parte de um movimento unívoco, não está subsumido a uma mera vontade política prévia ou a uma boa carta de intenções, apesar de com certeza esses fatores também terem sua importância. (NETO, 1994, p. 16).

A interdisciplinaridade não prevê a anulação de uma área em particular, mas sim uma recombinação que possa facilitar a comunicação. Para Davel; Silva; Rolland; Tremblay (2000, p. 47):

[...] o trabalho em equipe exige, para o seu funcionamento efetivo um repertório de competências sociais a fim de assegurar a comunicação e a intercompreensão entre os seus membros e, em consequência, efetivar a qualidade da *performance* grupal.

Além da necessidade de entendimento mútuo entre os profissionais, a interdisciplinaridade depara-se também com entraves como:

[...] a proposta da interdisciplinaridade convive na prática com uma “sombra” espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõem barreiras profundas à troca de saberes e a práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis. (VASCONCELOS, 1997, p. 146).

Para alguns autores o saber e a prática dos profissionais estão ligados a Instituições e a organizações, criando assim desafios para uma ação interdisciplinar. Vasconcelos (1997, p. 145),

observando a abertura dos profissionais a trabalhos interdisciplinares, elenca quatro pontos que podem interferir. São eles:

- a forma como as profissões se inseriram “na divisão social e técnica do trabalho e da constituição dos seus saberes enquanto estratégias de poder”;
- “O mandato social sobre um campo específico” que determina as competências exclusivas de uma área;
- a instituição de organização corporativas (sindicatos, associações e conselhos) que impõe barreiras entre as áreas do saber, estabelecendo padrões éticos e de controle sobre a formação e o exercício profissional dos filiados;
- A cultura profissional, ou seja, o conjunto de valores (visões, leituras, técnicas, estilos) que as áreas tendem a assumir coletivamente.

Quanto às barreiras que o trabalho em equipe interdisciplinar encontra, Nogueira, V., (1997), após pesquisa no tratamento da qualidade na área da Saúde, coloca algumas sugestões, como:

- rever as legislações pertinentes, para reconhecer a necessidade de ação em equipe interdisciplinar;
- atentar para que não haja tensão entre a autonomia profissional e os objetivos comuns, devendo ocorrer coletivo sobre estes;
- cuidar para que, quando os objetivos da equipe forem definidos pela instituição, não se perca a relativa autonomia das áreas;
- buscar desenvolver uma vontade política;
- estabelecer uma comunicação sólida, para que se crie um espírito de equipe;
- garantir o estabelecimento de uma ação reflexiva sobre o processo de trabalho a executar e o executado, decorrendo o preservar da individualização;
- respeitar a fase inicial da adaptação na equipe, pois os indivíduos são diferentes (visões, expectativas, projetos) e a coesão geralmente é antecedida por conflitos;

- evitar irresponsabilidades, esclarecendo entre os integrantes a função de cada um, sua área de intervenção, suas possibilidades e seus limites;
- preocupar-se com a qualidade do vínculo interpessoal para fortalecer o espírito de equipe;
- atentar para o tamanho da equipe, que geralmente é definido pela forma de abordagem do seu objeto, contudo, equipes numerosas quase sempre tendem à dispersão ou redução da produtividade;
- considerar o fato de que o trabalho coletivo pode expressar resistências devido à “tensão e receios que decorram da ameaça ao saber e à prática profissional, do desnivelamento de possíveis fragilidades técnicas e teóricas, do medo de confrontos emocionais, da insegurança quanto ao convívio interpessoal”;
- procurar, se necessário, um consultor ou assessor externo para ajudar a equipe a romper com suas dificuldades;
- pré-disposição dos profissionais para encarar o novo.

A “interdisciplinaridade como perspectiva de articulação dos conhecimentos é uma necessidade cada vez mais incontestável no mundo do trabalho” (RODRIGUES, 1999, p. 42).

A ausência de planejamento e ações multiprofissionais dirigidas à preparação da internação e alta, principalmente nos aspectos relacionados à educação em saúde, prevenção de danos, riscos e agravos e promoção da saúde, leva a uma priorização de ações dirigidas à cura momentânea das doenças e à solução de problemas relacionados às questões burocráticas que envolvem a alta hospitalar – remoção, liberação de leito – e providências exigidas em determinadas intercorrências a ausência da família/acompanhante, desorientação do paciente. A necessidade de esclarecimento e providências necessárias a serem tomadas na internação e alta de pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas e infecto contagiosas (DST/AIDS, DIP), de acidentes (trabalho, trânsito), de violência (trânsito, doméstica, urbana) e de pacientes sem condições de prosseguir tratamento, não são suficientes nem substituem as ações educativas e de promoção da saúde, necessárias à prevenção de agravos, riscos, reincidência, reinternação. (CRESS, 2003, p. 17)

A interdisciplinaridade exige que cada profissional abra-se às contribuições de outras disciplinas.

A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentária pela unitária do ser humano.

Esta diferente atitude não poderá ser preconceituosa, mas aberta, onde todo conhecimento é importante. Deverá ser fundamentada na intersubjetividade, num regime de co-propriedade, de interação, onde é possível o diálogo, condição esta para que exista a interdisciplinaridade. (SÁ, 2002, p. 82).

O método interdisciplinar consiste num trabalho em comum, onde a interação das disciplinas, seus conceitos, diretrizes e metodologia são de extrema importância.

Para Japiassu (1976, p.74). “A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa”.

4.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS A SEREM OBSERVADOS NO TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR.

A interdisciplinaridade não consiste na anulação de uma ciência em particular nem a supremacia de uma sobre a outra.

O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do Saber; deveria ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas. Toda Ciência seria complementada por outra e a separação entre as Ciências seria substituída por objetivos mútuos. Cada disciplina dá sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e seus conceitos. (SÁ, 2002, p. 83).

De acordo com Japiassú (1976) existem aspectos que são fundamentais para se trabalhar a interdisciplinaridade como:

- Conceito-chave para facilitar o entendimento entre os membros da equipe;

- Definição do problema ou questão a ser desenvolvida;
- Repartição de tarefas;
- Comunicação dos resultados.

Japiassú também destaca como ponto importante à questão dos registros de informações. Ou seja, registrar as situações vivenciadas pela equipe interdisciplinar como forma de indicar os êxitos e fracassos da equipe.

Segundo Prazeres (apud Bertani, 1987, p. 88) os profissionais dentro de um hospital devem estar inseridos:

Numa ação interdisciplinar cujos profissionais de diferentes áreas se unam frente a uma determinada realidade com um objetivo comum, de maneira que a diversidade de saberes se entrelacem numa práxis capaz de oferecer uma visão mais profunda da realidade, enriquecendo o conhecimento das várias áreas e gerando uma unidade transformadora no processo saúde-doença.

Levando em consideração Vasconcelos que, após ter participado de uma equipe interdisciplinar com doentes mentais, cita algumas sugestões que considera importante em trabalho de equipe:

Discutir as legislações profissionais em geral e do sistema de saúde, bem como os estatutos dos serviços específicos de saúde mental, no sentido de descobrir brechas que possibilitem distribuir melhor as responsabilidades legais pela assistência entre os diversos profissionais, possibilitando assim flexibilizar os mandatos sociais. (VASCONCELOS, 1997, p. 150).

Vasconcelos (1997, p. 152) também frisa a importância durante as relações institucionais do serviço uma “estrutura democrática” onde todos devem ter “voz”. No entanto, esta “estrutura democrática” não deve prejudicar o andamento do processo em que cada membro possua uma função e deveres a serem cumpridos.

O autor também afirma que trabalhar a interdisciplinaridade nada mais é do que “quebrar” as especialidades e as identidades profissionais, dando voz aos usuários dos serviços oferecidos sem, no entanto invadir o espaço profissional de outro membro da equipe.

Segundo Vasconcelos o objeto a ser trabalhado, no caso o paciente em tratamento, seria o mesmo para todos os membros da equipe. Partindo-se desse princípio, já que o objeto é comum, a comunicação entre os diferentes discursos que compõem a equipe se colocaria dentro do horizonte da possibilidade. Um bom grupo então, seria aquele que viabilizasse essa comunicação, de modo que alguma inteligibilidade se constituísse entre os membros, podendo possibilitar, inclusive, em situações ideais, a construção de um discurso novo que fosse compreensível por todos os participantes da equipe.

Para Vasconcelos a comunicação que seria o objetivo a ser encontrado, pressupõe que cada membro da equipe seria parte finita de um todo finito. Entre esses campos finitos e distintos se estabeleceria, então, de forma confiável uma troca de informações.

Em equipes interdisciplinares os profissionais buscam contribuir com os conhecimentos técnico-científicos de sua disciplina e estudo de determinada situação, Sá (2002), afirma que:

A ação que passa nesta perspectiva interdisciplinar é proporcionar a cada profissional, enquanto pessoa, questionar, opinar, discutir, atuar com relação à determinada ação. Assim o profissional não buscará limitar seu espaço de ação fragmentado a questão, numa atitude de *exclusividade*, mas o ampliará numa perspectiva conjunta, visualizando a totalidade da questão e, principalmente, chegando à *economia* de ação.

Economia de ação não significa praticar menos, mas racionalizar e socializar a ação. Se dois ou três profissionais necessitam de alguns dados de determinado cliente, seja ele grupo, indivíduo, comunidade ou instituição, não é preciso que ele seja entrevistado por todos os profissionais, somente um dos profissionais levanta os dados necessários. Do ponto de vista da equipe, este tipo de ação é importante, porque não esbarra no *monopólio* do saber e permite troca de conhecimento e aprofundamento. (SÁ, 2002, p. 68).

A interdisciplinaridade possibilita romper com uma visão tradicional, onde o paciente é convencionado em uma atenção oferecida de forma fragmentada, centrada na doença. Somente a mudança desta concepção permitirá ampliar a perspectiva para a aceitação de que o paciente é

muito mais que um simples registro, uma patologia, tornando possível aceitar também uma mudança no processo de atendimento.

Segundo Sá (2003) o termo interdisciplinaridade baseia-se em diferentes pressupostos, como, pluri, multi, inter e transdisciplinaridade, assim torna-se necessário citar os termos:

Por multi e pluridisciplinaridade entende-se uma atitude de justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de conteúdos numa disciplina, alcançando a integração de métodos, teorias ou conhecimentos.

Na interdisciplinaridade, teríamos uma relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de co-propriedade, possibilitando o diálogo, onde as diversas disciplinas levam a uma interação, uma intersubjetividade, condição para a efetivação do trabalho interdisciplinar.

A transdisciplina seria o nível mais alto das relações iniciadas nos níveis de multi, pluri e interdisciplinaridade.

A multi e a pluridisciplinaridade constituem etapas para a interação e para a interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é um termo utilizado para definir a colaboração existente entre as disciplinas ou entre setores heterogêneos de uma mesma Ciência. Surge como crítica a uma educação fragmentada e permite uma reflexão aprofundada sobre o ensino, apoiando os movimentos da Ciência e da Pesquisa. (SÁ, 2002, p. 83-84).

4.3 A INTERDISCIPLINARIDADE E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO A SAÚDE.

É importante lembrar também que a concepção de saúde, no âmbito da política social que orienta as ações profissionais nesta área, tem visão integral do indivíduo e, além de desenvolver ações curativas, busca a prevenção, o apoio e a promoção da saúde. Nesta ótica, a família faz parte integrante do processo de atenção à saúde.

O SUS tem representado um avanço no modelo de assistência no que se refere à atenção à saúde. Ele propõe um olhar além do indivíduo e da doença. Isto requer uma nova abordagem na família e nas suas inter-relações com o contexto social.

Quando se trata de família, no entanto, é preciso considerar a fragmentação das políticas sociais que se destinam a atendê-las. A família ainda não é enxergada como um todo pelas instituições e programas sociais. As instituições, em sua maioria, nos processos de atenção à família, trabalham visualizando o usuário-problema, pois a prática profissional ainda esta centrada no indivíduo e na doença.

A família é o espaço privilegiado para a construção dos sujeitos, pois é a menor estrutura social onde os sujeitos vivem, se relacionam. É ela que põe os sujeitos no mundo social. A família é onde acontecem as mediações entre o público e o privado. Sendo assim, é nela que aparecem muitas expressões particulares como reflexo da realidade social. E, geralmente, é ela quem mais sofre ao tentar dar conta das demandas que surgem a partir da realidade social.

Daí a importância de se trabalhar as famílias. Sendo esta um local de convivência, aprendizado, conflitos e socialização, ela se constitui em um espaço estratégico para a intervenção profissional da equipe interdisciplinar e principalmente do Assistente Social. Quando as ações considerarem as famílias enquanto grupos de convivência onde estão inseridos os sujeitos, elas passam a não mais se direcionar apenas ao indivíduo-problema.

É preciso considerar ao mesmo tempo em que a família é o núcleo primeiro que influencia a construção dos sujeitos, ela não é capaz de sozinha dar conta das responsabilidades sobre estes sujeitos. A capacidade de as famílias cuidarem de seus membros está diretamente ligada às condições socialmente postas a elas de acordo com a classe social da qual fazem parte.

Mioto (1998) refere-se a Minuchin (1982) para dizer que existem fontes de estresse que fazem pressão sobre a família e a conduzem a momentos de crise.

Na visão de Minuchin:

A primeira fonte concerne, por um lado, as acomodações que a família deve sofrer para adaptar-se às modificações introduzidas pelas situações ou relações estressantes vividas pôr um de seus membros no contato com o mundo externo (exemplo, relações de trabalho). Pôr outro lado está relacionado às possibilidades que a família tem de oferecer apoio e segurança a seus membros.

A segunda é a pressão excessiva que a família sofre em decorrência de crises econômicas e de modificações de situações (exemplo, transferências de cidades) que podem colocar em risco sua integridade.

A terceira diz respeito às fases evolutivas da família, já que a transição de uma fase para outra implica o surgimento de conflitos cujas soluções dependem da capacidade de efetuar mudanças nas pautas de relacionamento para atender as necessidades psico-sociais dos seus membros.

A quarta fonte relaciona-se ao estresse vivido pela família em virtude de problemas ou situações específicas permanentes, que também requerem mudanças no decorrer de sua história (exemplo, presença de uma criança deficiente mental). (MIOTO apud MINUCHIN, 1998, p. 22 – 23).

Estas pressões, tanto internas quanto externas, provocam na família momentos de mudanças, logo de crises. É neste momento de crise que, muitas vezes, a família irá necessitar de ajuda, é aqui que acontece a intervenção profissional.

Trabalhar a família do paciente internado se torna peça fundamental na internação e no tratamento do mesmo, muitas vezes é na família que o paciente apoia-se, e esta precisa estar preparada, principalmente quando o paciente torna-se dependente e solicitante. É o familiar/responsável muitas vezes influenciar ou até decidir pelo paciente quanto ao tratamento, a alta, a transferência e até mesmo o óbito. Por isso a importância de não trabalharmos somente o paciente mais sim os familiares/responsáveis também.

Muitas questões no cotidiano das unidades de saúde são determinantes e condicionantes da prática na saúde.

Os profissionais de saúde dos hospitais, por trabalharem diretamente com situações de doenças e intercorrências na saúde, com uma população que, em sua maioria, vivencia péssimas condições de trabalho e de vida, estão expostos a constantes situações de estresse, pois, quando não negam a interferência deste perfil nas suas ações - o que nem sempre resulta numa posição confortável - sentem-se, freqüentemente, incapazes de realizar com qualidade o seu trabalho, em virtude do mau funcionamento da rede de saúde, experimentando todas as mazelas deste ambiente de dor e sofrimento, agravado, atualmente, pela crescente violência urbana. Deste modo, faltam a estes profissionais condições, e infra-estrutura básica, para desdobramento das ações profissionais e para viabilizar o acesso do cidadão ao direito à saúde. (CRESS, 2003, p. 16).

Destacamos assim o trabalho do(a) médico(a) como centralizador na equipe interdisciplinar. No entanto, a centralização das ações em saúde na figura do médico é inaceitável,

dada a demanda social que é decorrente das péssimas condições de vida a que é submetida a grande maioria da população, conseqüência da injusta distribuição de renda que assola nosso país.

A equipe de profissionais de saúde, no âmbito de sua competência legal, tem o dever e o direito de atender os usuários de forma integral, visando garantir a resolução do conjunto de suas necessidades em saúde. Portanto, o trabalho em saúde deve ser realizado de forma integrada entre os profissionais; o trabalho de um complementa o do outro, tendo em vista a complexidade da necessidade de saúde dos usuários. Ao atacar a liberdade de exercício profissional dos enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, e profissionais de educação física, com regulamentação legal própria, as entidades médicas ferem o direito fundamental inserido na carta Constitucional, no inciso XIII, do artigo 5º é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer. (NOTÍCIAS, ato médico. O trabalho do médico na equipe interdisciplinar e a não concentração das ações em suas mãos. Disponível em: <http://www.daihp.com/menu/noticias/ato_medico.htm. Acesso em 24 de jan. 2004).

Durante o estágio realizado na Clínica Médica I do Hospital Universitário (HU), percebemos que os profissionais da medicina só buscam, manter uma relação com outros profissionais e principalmente com o Serviço Social, na medida que não conseguem resolver ou esbarram com algum problema que não condiz com a patologia do usuário, apesar de muitas vezes estes fatores serem a causa da mesma. Falta o “reconhecimento de que os problemas de saúde não são puramente biológicos, mas também condicionados pela estrutura social, econômica, política e cultural. Portanto suas soluções transitam pelas áreas mencionadas e nos planos objetivos e subjetivos, simbólicos e concretos.” (NOGUEIRA, V., 1997, p. 45).

Segundo Nogueira:

[...] a ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente e de seus familiares. (NOGUEIRA, V., 1997, p. 45).

Na área hospitalar a figura do médico é muito forte, e este muito arraigado à visão da doença. É muito comum constatarmos que determinados profissionais da medicina têm por objetivo tratar a doença e não o ser humano na sua integralidade. Por isso a importância da troca de

informações entre os profissionais da equipe. Cada área possui um saber específico que pode contribuir, para atender pacientes e não usá-lo para regular a prática profissional.

A ação interdisciplinar vem como resposta à diversidade e especialização características da modalidade tanto em relação aos conhecimentos como ao mundo profissional. Surge não contra a cegueira do especialista, como se usa dizer, mas como possibilidade de integrar um conhecimento específico aos demais, enriquecendo a compreensão do objeto estudado e ampliando a eficácia interventiva. (NOGUEIRA, V., 1997, p. 45-46).

O surgimento de uma doença vem sempre acompanhado de impacto emocional. Há uma interrupção na rotina de vida, desestabilizando a vida do paciente e de seus familiares. Os problemas emocionais que acompanham as doenças podem estar ligados a alterações na imagem corporal, diminuição da auto-estima, a perda de iniciativa, com sentimentos de incapacidade, prejudicando a qualidade de vida.

Uma situação crônica de estresse pode desencadear outras doenças, tais como: desequilíbrio psicológico (ansiedade, depressão, fobias), desordens do sistema nervoso autônomo (respiratório, circulatórios, digestivos) ou do sistema imunológico (infecção agudas).

As características de personalidade e a representação das doenças fazem com que cada pessoa reaja à situação de crise de modo diferente, necessitando de orientação e suporte para que tal situação não se agrave. (PSICOLOGIA, Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Disponível em: www.hanet.usp.br/incha/psicologia.htm. Acesso em 07 de fev. 2004).

Câncer é uma palavra ainda hoje cercada de vários tabus e freqüentemente associada a situações como adoecimento, sofrimento, mutilação e morte.

Apesar de todas essas informações, para que a Psicologia possa auxiliar [...] tratamento de câncer, é importante que os hospitais e as equipes de saúde considerem algumas providências imediatas: a) necessidade de substituição de modelos médico-organicistas tradicionais por abordagens que priorizem a atenção global ao paciente e seus familiares, utilizando-se equipes interdisciplinares de saúde; b) reconhecimento da relevância da adesão do paciente, ao tratamento prescrito, como fator que contribui para um bom prognóstico clínico; c) reconhecimento de que a causa e o tratamento do câncer estão associados a fatores de natureza psicossocial, indicando a necessidade do desenvolvimento de estratégias eficientes que possam humanizar o tratamento e assegurar a participação ativa do paciente nas diversas fases do tratamento. (JÚNIOR, Aderson L. Costa. O papel da psicologia no atendimento a crianças

com câncer. Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.unb.br/ip/labsaude/textos/o_papel.htmlv>. Acesso em: 18 de jan. 2004).

O paciente em tratamento oncológico necessita de um maior acompanhamento e efetividade do trabalho da equipe interdisciplinar para adquirir orientações a fim de garantir a adesão ao tratamento e manutenção da qualidade de vida. Já que o tratamento acarreta alguns problemas e sintomas ao paciente como, por exemplo, seu funcionamento físico (desempenho de atividades de cuidados pessoais, movimento, atividades físicas e sociais, como trabalho ou responsabilidades caseiras), sintomas relacionados à doença e do tratamento (sintomas específicos da doença como dor ou diminuição da capacidade respiratória, ou efeitos colaterais da terapia com drogas, como náuseas, perda de cabelo, impotência ou sedação), funcionamento psicológico (ansiedade ou depressão, que podem ser secundários à doença ou ao tratamento) e funcionamento social. Percebe-se então que com o tratamento há uma diminuição das atividades inclusive as sociais.

Em caso de neoplasias com alto percentual de cura e controle, o atendimento de uma equipe interdisciplinar é importante, e a intervenção psicológica contribui para a readaptação a vida cotidiana e auxilia no controle da doença. Estudos sobre custos/benefícios desse tipo de tratamento em termos físicos, emocionais, intelectuais e sócio-econômicos, do paciente e sua família, evidenciam a importância da intervenção que considere aspectos biopsicossociais. (SANTOS, Ana Rita Ribeiro. Qualidade de Vida em Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.miranet.com.br/medicina/livro/qual.htm>>. Acesso em 18 de nov. 2003).

O câncer geralmente é uma experiência desgastante inclusive para toda a família. Todas as funções no contexto familiar são modificadas, pois todos na unidade familiar representam uma função. Além disso:

[...] as famílias necessitam muitas vezes assumir uma nova identidade diante do início do tratamento, interrompendo a rotina de funcionamento e toda a família. O rompimento das funções é interrompido quando um membro da família é admitido no hospital para submeter-se ao tratamento. Por exemplo, se uma mulher é submetida ao TMO, ela pode deixar o marido em casa para assumir o papel da pessoa cuidadora dos filhos. Muitos familiares muitas vezes não

conseguem desenvolver estas novas funções. Algumas famílias são fortalecidas com a crise, mas outras enfraquecem-se e podem até mesmo Ter suas relações familiares rompidas. (SANTOS, Ana Rita Ribeiro. Qualidade de Vida em Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.miranet.com.br/medicina/livro/qual.htm>>. Acesso em 18 de nov. 2003).

O câncer pode produzir conseqüências como dor, desconforto, incerteza quanto ao futuro, idéias suicidas, medo excessivo, dificuldades de relacionamento familiar e interpessoal, ansiedade e depressão, entre outros.

Estes aspectos, se ignorados, podem acarretar uma redução significativa na qualidade de vida do paciente e familiar, afetando de forma adversa o tratamento e reabilitação. Assim, diversos estudos têm sido realizados acerca de estratégias que visam manter, tanto quanto possível, a qualidade de vida de pacientes portadores de câncer. (SANTOS, Ana Rita Ribeiro. Qualidade de Vida em Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.miranet.com.br/medicina/livro/qual.htm>>. Acesso em 18 de nov. 2003).

As complicações físicas e ou psicológicas que acompanham um diagnóstico ou tratamento de câncer podem comprometer o bem estar do paciente, e podem estar relacionadas à doença ou aos tratamentos utilizados. Assim:

Os sintomas físicos do câncer podem incluir cansaço, transtornos do sono, falta de apetite e dor. Os efeitos colaterais associados à radioterapia e a quimioterapia, como náuseas, diarreia, depressão da medula óssea e perda ou ganho de peso, por sua vez, representam importante fator de risco para desistência do tratamento. (SANTOS, Ana Rita Ribeiro. Qualidade de Vida em Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.miranet.com.br/medicina/livro/qual.htm>>. Acesso em 18 de nov. 2003).

Desta forma cada profissional têm papel fundamental ao cuidar do paciente com câncer, o profissional da psicologia tem que estar sempre atento quanto ao comportamento do paciente e seus familiares. Podendo contar para isto com o profissional de enfermagem que de toda a equipe é o que mais contato tem com o paciente e seus familiares.

É este profissional quem cuida dos pacientes internados em um hospital. Dentre algumas de suas atribuições estão: controlar o uso e a distribuição do material médico-hospitalar;

providenciar para que os medicamentos sejam ministrados conforme a prescrição médica; realizar alguns procedimentos tais como: aplicações de injeção, realização de curativos; cuidados de higiene e conforto, providenciar encaminhamentos para outros profissionais, etc.

A assistência da enfermagem durante a internação baseia-se também em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por exemplo, se o paciente passou por uma cirurgia por menor que seja o risco de complicações esta sempre estará presente. A prevenção destas, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do pacientes.

Cabe ao profissional de enfermagem orientar os pacientes/familiares, sempre que possível, sobre seu estado, a fim de prepará-lo para uma transferência ou para sua permanência na unidade, diminuindo ansiedades. Estes também devem ser orientados sobre a rotina da unidade, estado geral do paciente, possíveis complicações, perspectiva de permanência no hospital ou transferência para outros setores da instituição.

Também é atribuição da equipe de enfermagem providenciar o leito e prepará-lo para receber o paciente, assim como informar sobre alta. Além dos cuidados que visam promover o conforto e o bem estar do paciente, o profissional de enfermagem deve ter amplo conhecimento das alterações que ocorrem com este, seja após um tratamento como a radioterapia, quimioterapia ou da cirurgia, estando apto a detectar precocemente alterações que possam comprometer a evolução do paciente, comunicando e discutindo o quadro clínico com a equipe interdisciplinar, para que ações imediatas possam ser tomadas.

Cabe também ao profissional de enfermagem orientar sobre a melhor forma de cuidar do paciente ao seu familiar/responsável, tanto no hospital como em casa, quando este tiver alta.

Também, ofertar apoio nos momentos em que este paciente vier a vivenciar o processo de morte/morrer. Em conjunto com o Serviço Social, devem oferecer as devidas informações e auxílio à família enlutada.

Destacamos que nos hospitais, o envelhecimento da população influencia a demanda por trabalho, como mostra o autor:

As maiores médias de internação estão associadas aos pacientes nas faixas de idade de mais de 40 anos, devido a maior incidência de enfermidades crônico-degenerativas. A média de dias de permanência de pacientes internados nos hospitais do SUS é bem mais elevada para os pacientes daquela faixa etária do que para as de menor idade, embora a tendência de aumento dessa média tenha uma queda para as faixas superiores de 60 anos. (NOGUEIRA, R., 2002, p. 14).

Levando em consideração o autor, podemos observar que sendo a população idosa aquela que mais fica internada, podemos dizer que esta sendo mais solicitante acarreta mais trabalho para o profissional de enfermagem, assim este deve atuar estimulando o auto-cuidado, atuando na prevenção e não-complicação das doenças inevitáveis, individualizando o cuidado a partir do princípio de que cada idoso vai apresentar um grau diferente de dependência.

O profissional de enfermagem por ter maior contato com o paciente, torna-se centralizador de muitas informações e por isso deve repassá-las ao restante da equipe.

Quanto à ação do Serviço Social nas unidades hospitalares ocorre junto a usuários e familiares que buscam um tratamento específico e especializado, a partir da internação²⁰.

Diante da situação de internação, o Serviço Social intervém no sentido de clarificar, motivar, apoiar, conscientizar, orientar e diminuir tensões e sofrimentos causados pela doença e pela internação. O profissional de Serviço Social quando intervém junto aos pacientes e seus familiares tem como objetivo a efetiva participação do mesmo e da família no tratamento e a integração destes à nova sistematização dos serviços oferecidos.

A partir do momento em que compreendemos o significado da palavra saúde, como o conjunto de condições, nas quais as pessoas vivem, podemos observar a importância da atuação do Serviço Social junto à equipe interdisciplinar, exercendo atividades, que buscam melhores condições de vida da população ali atendida. Usualmente, o assistente social encontra dificuldades e diversas limitações para atuação no campo da saúde, visto que o binômio saúde-doença está muito relacionada à prática médica. Assim, os objetivos do Assistente Social na instituição hospitalar do Hospital Universitário devem estar relacionadas com os objetivos da unidade de

²⁰ Trata-se de uma situação de estresse e/ou conflito para pacientes e familiares, devido ao afastamento de suas atividades cotidianas e de sua família.

trabalho e com os da instituição e, principalmente, com os princípios éticos e políticos que fundamentam a profissão.

É importante colocar que, durante a prática de estágio, desenvolvido junto aos pacientes no Hospital Universitário, percebemos que os objetivos do Serviço Social, no contexto institucional da saúde, vão além de suprir a prestação de benefícios. O que, é de interesse, na verdade, é um trabalho mais amplo, que compreenda o paciente na relação consigo mesmo, de uma forma global, procurando auxiliá-lo, em seu processo de cura, através da interpretação do diagnóstico médico e da amenização de suas angústias, tensões e dificuldade, bem como motivá-lo a ser agente ativo nesse processo. Além disso, objetiva o Serviço Social contribuir, para que o paciente e sua família, possam entender a questão da saúde para além do estado físico, incentivando sua luta e conscientizando-os acerca de seus direitos, enquanto cidadãos.

Levando em consideração o Estágio realizado na Clínica Médica I do Hospital Universitário, podemos afirmar que o profissional de Serviço Social utiliza vários instrumentos para contatar pacientes e familiares/responsáveis. Um destes instrumentos é a comunicação a qual se torna um fator essencial no processo saúde-doença. Segundo Bordenave: “Pela comunicação as pessoas compartilham experiências, ideais e sentimentos. Ao se relacionarem, como seres interdependentes, influenciam-se mutuamente e, juntas, modificam a realidade onde estão inseridas.” (BORDENAVE, 1985, p. 36).

Para solucionar os problemas oriundos tanto da doença quanto da internação é necessário que haja uma boa comunicação entre o paciente e o profissional de Serviço Social. Durante o estágio podemos notar que a maioria da clientela atendida no Hospital Universitário é formada por pacientes com baixo nível de escolaridade, com média de renda familiar de mais ou menos um salário mínimo; alguns desempregados outros com sub-empregos; aposentados; e uma grande parcela de pacientes provenientes do interior do Estado. Desta forma o profissional de Serviço Social busca facilitar a comunicação e a interpretação das necessidades sócio-assistenciais entre estes e a equipe de saúde, favorecendo deste modo à intervenção conjunta.

O processo de trabalho do Assistente Social é o de orientar o paciente e seus familiares/responsáveis quanto o processo de tratamento e/ou cura, utilizando assim comunicação

clara (linguagem simples). E também, facilitar a comunicação do paciente para que este tenha acesso ao saber, aos recursos disponíveis e ao poder de decisão. Sabemos que o paciente tem garantido em lei o direito ao acesso as informações sobre sua doença e estado de saúde. No entanto, notamos que a maioria dos pacientes, principalmente os com neoplasia maligna, sofrem um processo de negação da doença, não conseguindo compreender sua extensão. A doença é uma situação extremamente dolorosa para o paciente e, assim, pode ocorrer à rejeição da informação. Quando o paciente nega a doença, ele pode não concordar com o tratamento, não seguindo adequadamente, nem compreendendo as informações dadas pelos profissionais. Sendo assim, é fundamental uma boa relação com o paciente, para que ele possa aceitar sua doença e ser co-responsável em seu tratamento.

Como existe uma diversidade na linguagem, podemos avaliar a dificuldade que existe na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Além das diferenças decorrentes da própria cultura, existe ainda a linguagem científica, utilizada, geralmente, pelos médicos a qual pode se tornar um obstáculo ao processo de comunicação. Notamos que a linguagem técnica cria um distanciamento da população usuária dos serviços do Hospital Universitário.

[...] uma mesma linguagem, em dada sociedade, apresenta variações, quer seja pelos “regionalismo”, quer pela própria diversidade e riqueza, com várias palavras para exprimir o mesmo sentimento ou emoção, ou significados diversos para uma mesma palavra. Assim, podemos dizer que, em dada sociedade, se os indivíduos que se comunicam pertencem a diferentes subculturas, é possível que o significado de suas palavras não seja o mesmo para um e outro. (LAKATOS, 1978, p. 89).

Os Assistentes Sociais do Hospital Universitário, mediante o uso de uma linguagem mais acessível, aproximam-se dos pacientes e oferecem condições para este exercer plenamente seus direitos de cidadão.

O direito à informação deve ser assegurado aos pacientes, incluindo vários aspectos, como por exemplo: estado atual e sua evolução, diagnóstico médico e prognóstico. Tem o direito de saber tudo que está relacionado ao seu corpo, sua saúde ou sua doença ao tratamento proposto e seus efeitos adversos. As informações devem ser prestadas por todos os profissionais.

Notamos que os pacientes normalmente não têm conhecimentos sobre seus direitos. Assim faz-se necessário a garantia e o direito às informações, para que este conheça tais direitos e lute pelo reconhecimento deste.

De acordo com Nogueira, M. (1980):

Já é bastante sabido e defendido em nosso meio profissional que o paciente deseja receber informações a respeito de sua doença, seu tratamento e prognóstico, sendo assim, os profissionais devem fornecer as informações, pois com isto sanarão a insegurança, proveniente do medo do desconhecido, contribuindo efetivamente para que o paciente se torne auto-confiante e, posteriormente, responsável pelo seu tratamento. (NOGUEIRA, M., 1998, p. 15).

Normalmente os pacientes chegam à internação sem conhecer seus direitos (civis, políticos e sociais). O Serviço Social dentro da Clínica Médica dá um maior enfoque à descentralização de informações. O paciente internado no Hospital Universitário passa então a ter informações dos recursos institucionais e comunitários (direitos trabalhistas, documentação civil, previdenciária e outros).

Algumas informações são prestadas ao nível de rotina, quando o profissional de Serviço Social faz visita ao leito e distribui folders.

Mioto (2001) considera que as ações sócio-educativas se dão todas às vezes que, com base nas informações, novos conhecimentos são trazidos ao paciente ou à família. Os usuários se apropriam desses conhecimentos e, orientados como sujeitos, têm a oportunidade de sugerir, discutir e repensar suas ações e relacionamentos dentro da família, passando assim por um processo de transformação consciente.

O Código de Ética profissional é claro quando fala que o Assistente Social deve garantir a plena informação, respeitando as decisões dos usuários, deve democratizar a informação e o acesso aos programas disponíveis e fornecer à população usuária informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social.

Durante o estágio no Hospital Universitário, verificamos os vários instrumentos técnico-operativos utilizados pelos assistentes sociais que auxiliam no atendimento à demanda, tais como: observação, visita domiciliar, reunião, entrevista, distribuição de folders, etc.

Através da observação o profissional de Serviço Social toma conhecimento de um fato ou acontecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade.

A visita domiciliar permite ao Assistente Social contato com o local de vida do paciente.

Para Sarmento (1986):

Visita domiciliar, que potencializa as possibilidades de conhecimento da realidade (conhecimento com o usuário as suas dificuldades e não o que já sabemos como o fato de ser pobre, conflitos, drogas, etc) e que tem como ponto de referência à garantia de seus direitos (através dos serviços que lhe são levados), onde se exerce um papel educativo, colocando o saber técnico à disposição de reflexão sobre a qualidade de vida. (SARMENTO, 1986, p. 80).

Para o mesmo autor um outro instrumento importante é a reunião onde esta é: “[...] um instrumento utilizado quando dados, informações, recursos, etc, necessitam serem socializados entre pessoas envolvidas nas mesmas situações ou interesses comuns”. (SARMENTO, 1986, p. 82).

A reunião passa a ser um espaço de reflexão, aprendizado e troca de experiências, fazendo com que os profissionais repassem conhecimentos e informações sobre determinados pacientes, devendo ser um instrumento mais utilizado na Clínica Médica do Hospital Universitário pela equipe de saúde.

A entrevista também é um instrumento muito usado pelo profissional de Serviço Social na Clínica Médica, sendo a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social. Utiliza-se este instrumento no intuito de coletar dados ou para auxiliar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva. (NETO, 1997, p. 57).

O entrevistador tem que manter uma relação de confiança com o entrevistado, pois como expõe Souza (1982):

[...] a entrevista situa o problema do usuário a fim de encaminhá-lo, interna ou externamente, ao local do recurso que traz solução para o problema exposto. Leva o assistente social a questionar a relação teoria/prática e/ou caracterizar o que faz como coisa que não é específica ou própria do Serviço Social. (SOUZA, 1982, p. 108).

Para Costa (2000), o levantamento de dados para a caracterização e identificação das condições sócio-econômicas e sanitárias dos usuários nos hospitais é realizado através de entrevistas, preenchimentos de fichas sociais ou questionários. Desta forma, é realizada a primeira etapa do atendimento do Serviço Social aos usuários.

Este levantamento de dados contribui para agilizar iniciativas e providências para realização de exames, aquisição, notificação de alta ou óbito, etc. Além disso, ajuda a garantir a rotatividade dos leitos.

No caso dos serviços de saúde, o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho e/ou insumos, medicamentos, etc., mas é co-participante do processo de trabalho, na medida em que dele depende o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento das recomendações terapêuticas. (COSTA, M., 2000, p. 40).

Mediante a entrevista durante a visita nos leitos tínhamos como objetivo procurar compreender a realidade na qual o paciente estava inserido. O objetivo desta atividade é o conhecimento maior da situação problema do paciente. Para Bravo (1996) “[...] o estabelecimento do diálogo proporciona um ampliar na consciência do cliente e do Assistente Social, onde ocorre uma troca mútua de saberes”.

Víamos a importância de anexar a entrevista ao prontuário do paciente a fim de socializar os dados colhidos, repassar informações a outros profissionais, com intuito de viabilizar o tratamento dos pacientes, através de agilização de providências. Assim também com a leitura do prontuário e contatos com a enfermagem, tínhamos a oportunidade de obter maiores informações sobre o estado de saúde dos pacientes, buscando uma maior aproximação.

Através de abordagem individual mediante visita nos leitos realizávamos as entrevistas. Desta forma obtínhamos uma melhor relação com o paciente e a compreensão da realidade em que este está inserido, tendo como principal objetivo a troca de informações, a coleta de dados. Neste

contexto, o profissional de Serviço Social proporciona ao paciente e aos seus familiares/acompanhantes acesso aos recursos internos e externos a instituição como também orientações quanto às normas e rotinas do hospital, direitos civis, trabalhistas e outros.

Segundo Costa (2000), a interpretação de normas e rotinas:

[...] consiste na transmissão de informações e na interpretação as normas de funcionamento dos programas e das unidades prestadoras de serviços de saúde. É voltada para a formação de atitudes e de comportamentos do pacientes, dos acompanhantes e da família, durante a sua permanência nas unidades. Consiste num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tais como: observância de horários, prazos de retorno do paciente, documentos exigidos etc. Sua utilidade é a de assegurar o disciplinamento e o enquadramento dos usuários às normas e rotinas da unidade. (COSTA, 2000, p. 50).

A interpretação de normas e rotinas referem-se às explicações sobre “horários e duração das visitas, número de visitantes permitidos para cada paciente internado, comportamento a serem adotados durante a visita e atitudes e comportamentos do paciente e da família pós-alta médica etc.” (COSTA, 2000, p. 50). O encaminhamento também torna-se uma forma de mobilização de recursos; atendendo as demandas podemos articular e possibilitar o acesso dos pacientes às políticas públicas. No entanto o assistente social precisa conhecer portarias, normas de funcionamento da unidade de saúde e outros.

Segundo Costa, M., (2000):

Para encaminhar e operacionalizar, o assistente social, numa perspectiva mais coletiva, além de dispor de normas e portarias, necessitará tomar conhecimento da legislação social existente, de que é exemplo a LOAS, ECA, Código de Defesa do Consumido, CLT, Legislação Previdenciária, etc., e estar atento às mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas demais instituições para as quais rotineiramente, faz encaminhamentos, com o objetivo de facilitar/assegurar o atendimento ao usuário. (COSTA, M., 2000, p. 54-55).

Dentro da Clínica Médica uma das principais atividades do assistente social é de caráter emergencial, que se expressa na agilização de internação, exames, consultas, tratamento,

transporte, medicamento, órtese, prótese, alimentos, roupa, abrigo, etc. Assim como orientações e informações para pacientes e ou familiares/responsáveis.

A mediação também é um outro instrumento utilizado pelas assistentes sociais do Hospital Universitário. Na visão de Bravo (1996):

O Assistente Social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno e sua ação está diretamente relacionada à do médico, atuando geralmente de forma “assistencial” na saúde pública e no “ajuste”, desde a emergência do predomínio do modelo “clínico” na medicina. Mesmo com o surgimento das propostas racionalizadoras e reformadoras para o setor, a contribuição dos assistentes sociais foi reduzida, continuando sua ação de caráter residual. Entretanto, existem grupos de assistentes sociais que criticam a prática desenvolvida pela categoria. Alguns têm caído numa polarização reducionista, pautando-se uns no discurso da “impotência” e outros com propostas “voluntárias”. Por outro lado, surge no interior do movimento da categoria um terceiro grupo, que, de forma mais conseqüente, procura trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida x objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros. (BRAVO, 1996, p. 16).

Entendemos que o profissional de Serviço Social tem que trabalhar no sentido de ampliar novos conhecimentos e instrumentos, não centrando suas ações em atividades de clínica médica curativa individual, mas sim em ações de educação em saúde (prevenção) junto a uma equipe interdisciplinar. Sabemos que a atuação de uma equipe interdisciplinar fortalece o paciente e seus familiares/acompanhante diante da fragilidade posta pelo seu estado de saúde.

Mioto (2002) trabalha a discussão em torno das ações desenvolvidas pelo Serviço Social na área da saúde numa outra perspectiva. Para esta autora, os assistentes sociais trabalham na “elaboração, proposição de políticas sociais; na organização e articulação de serviços, por exemplo, a organização popular; na atenção direta a sujeitos individuais e coletivos; e na formação profissional.” (MIOTO, 2002).

Ainda conforme Mioto 2002, podemos dizer que, na elaboração e proposição de políticas sociais, o planejamento aparece como ação básica. Já na organização e articulação de serviços as ações básicas são o planejamento e a assessoria. Quanto à formação profissional, tem-se a supervisão como ação básica. Por fim, na atenção direta, entrariam vários tipos de ações, quais sejam: ações sócio-educativas, ações sócio-terapêuticas, ações periciais, ações de suporte sócio-

assistencial e integração de recursos sócio-comunitários, ações de acolhimento e apoio sócio-institucional.

O usuário deve entender e ser co-participante dos processos de atenção direcionados a ele. Segundo Valle (2001) isso depende da comunicação entre profissionais e usuários, comunicação que vai:

[...] estabelecendo uma nova forma de linguagem que desmorone a dominação técnica materializada através de ações distantes do universo do usuário [...], estimulando a participação social, demarcando uma abordagem baseada na 'agir comunicativo' entre usuários e profissionais. (VALLE, 2001, p. 114).

O profissional deve realizar ações que promovam a emancipação dos indivíduos, baseada em uma política de valorização do sujeito. Na área da saúde, isso significa desalienar o paciente e sua família quanto ao tratamento. Desta forma:

[...] é possível, sem imposição de regras de conduta, realizar um trabalho educativo que realmente capacite as pessoas, para que elas próprias possam encontrar as regras para suas vidas e projetá-las para valores que elas definam como positivos. As respostas não serão dadas pelos profissionais. O nosso papel é possibilitar a afirmação do sujeito [...]. (VALLE, 2001, p. 119).

Ao destacar a necessidade do Assistente Social na construção do saber e da vivência da prática a autora Iamamoto diz que demandas atuais exigem:

[...] um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua consciência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. Alimentado por uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano tem ampliado as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho neste momento de profundas alterações na vida em sociedade. O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo, capaz de entender o tempo presente, e os homens presentes, a vida presente, e nele atuar, contribuindo também para moldar os rumos de sua história. (IAMAMOTO, 1997, p. 106).

Com relação ao Serviço Social, Iamamoto (1999, p. 113) deixa claro que “[...] um dos maiores desafios que o Serviço social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalhos criativas e capazes de preservar e efetivar, a partir de

demandas do cotidiano” e (MARTINELLI, 1995 apud HOLLER; MACHADO, 2002, p. 186) complementa afirmando que:

[...] é indispensável que o profissional tenha claro que em toda a prática há um espaço de criatividade a ser explorado, há vias de transformação a serem acionadas, nenhuma prática é um bloco monolítico, impenetrável, sempre há caminhos críticos, vias de superação a serem trilhadas, porém a verdade é que só são encontradas por quem os procura pacientemente, por quem os constrói corajosamente.

Portanto, o que se percebe com este estudo é que a prática interdisciplinar do Assistente Social não é uma tarefa fácil, “exige esforços, implica embate, conflito com as outras áreas de saberes e principalmente ruptura com próprias práticas institucionalizadas” (MARTINELLI, 1995, apud HOLLER; MACHADO, 2002, p. 185). No entanto, a abordagem coletiva do problema permite, nesta relação de reciprocidade, realizar uma troca intensa de conhecimento, estabelecer relações que apresentam soluções que dificilmente poderiam ser encontradas isoladamente em uma especialidade.

Mas, para interagir em equipe interdisciplinar, o Serviço Social, assim como as demais especialidades, devem ter clareza de sua função e competência qualificada para contribuir no processo de trabalho e atendimento das demandas da equipe. Para Yamamoto (2001, p. 41), o “Assistente Social, mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações [...]”, que o torna uma “peça” importante no interior destas equipes.

Para Sá (2002, p. 68), “[...] na equipe interdisciplinar o Serviço Social trabalha como os demais técnicos de forma participativa, numa postura político-ideológico vinculada ao processo de conscientização, de organização [...]”.

O Serviço Social deve voltar sua atenção para o trabalho em equipe interdisciplinar, buscando continuamente o aperfeiçoamento das suas características e a abertura para reorganizar sua prática nas novas possibilidades de ação.

Destacamos o código de ética do Serviço Social, onde este diz que "Na relação dos assistentes sociais com os outros profissionais é seu dever incentivar, sempre que possível, a prática interdisciplinar e é vedado prejudicar deliberadamente o trabalho e a reputação de outro profissional".

No entanto, os problemas que hoje são enfrentados na área da saúde muitas vezes são "empurrados" somente para o Serviço Social, como por exemplo:

A escassez, quando não inexistência, de recursos materiais (medicamentos, alimentos, órteses, próteses), humanos (cuidadores em saúde, profissionais especializados) e institucionais/comunitários (abrigos, asilos, creches...) coloca problemas de resolubilidade das ações para todos os profissionais de saúde, que, não compreendem a repercussão da questão social sobre suas ações, imputam somente ao Serviço Social a necessidade de enfrentá-las. (CRESS, 2003, p. 18).

Por fim, a interdisciplinaridade consiste na atuação de vários profissionais de diversas áreas que trabalham para um fim em comum, cada um atuando na própria profissão e contribuindo para a atuação do outro. Sendo que todo o conhecimento deve ser valorizado e é preciso que existam relações de intersubjetividade, de interação e de co-propriedade, baseadas em uma atitude de diálogo, necessidade de respeito à autonomia e à criatividade a cada uma das áreas.

5 CONCLUSÃO

As três primeiras décadas deste século podem ser definidas como um período de hegemonia das políticas de saúde pública: "*modelo de atenção em saúde orientada predominantemente para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização*", tida como ideologia campanhista, contextualizada pelas extensas repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro, e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas.

No início dos anos 1960, como observa Nogueira (2002, p. 146), verifica-se “uma incipiente, descentralização do sistema de saúde, com a criação das secretarias estaduais e municipais. O público-alvo era a população excluída do sistema securitário, que crescia rapidamente devido ao êxodo rural verificado no período”.

Podemos dizer que a política de saúde nasceu da necessidade de o Estado garantir o mínimo de bem-estar econômico e social aos indivíduos, contendo assim as pressões que a sociedade vinha fazendo diante das desigualdades que enfrentavam. O Estado tinha como prioridade o mercado, desta forma dava condições para que o proletariado o fizesse expandir.

A crise no Estado brasileiro trás sua reforma. As Políticas Públicas são influenciadas pelas organizações internacionais que passam a influenciar nas funções do Estado e da Economia. Os organismos internacionais recomendam uma Reforma do Estado orientada para o mercado, o Banco Mundial articula-se no sentido de racionalizar os investimentos na área social, diminuindo assim o papel Estatal e aumentando as ações da área privada. O Estado passaria a atender apenas as classes vulnerabilizadas e a iniciativa privada serviria como uma alternativa na execução de políticas públicas.

Já na década de 80 surgiram propostas que trazia como alternativa de um modelo de saúde que tivesse como pano de fundo a democratização, com participação popular; a universalização dos serviços de saúde; a relevância do sistema público; e a descentralização.

Os princípios e diretrizes da nova ordem e concepção para o setor saúde foram construídos com a participação da sociedade, no processo de redemocratização do Estado brasileiro e no caso da saúde, particularmente do movimento da Reforma Sanitária, cujo marco inicial, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizado em 1986, que resultou na Constituição Federal de 1988 que trás a “saúde um direito de todos e dever do Estado”.

Neste sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe grandes contribuições para a estruturação do sistema de proteção social brasileiro. Nesta conferência, profissionais da saúde e militantes do Movimento Sanitário propuseram um novo modelo de assistência à saúde. A partir daí foi estruturado o SUS que se fundamentou numa nova concepção de saúde.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais - das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados).

No entanto o Capitalismo passa a não garantir mais condições dignas de sobrevivência, direito ao trabalho, à saúde e outros. O Banco Mundial passa a influenciar as políticas sociais do Brasil, onde percebemos a minimização do papel do Estado na execução dos serviços e ações em saúde, repassando essa responsabilidade para os próprios indivíduos. O mesmo propõe a focalização e a seletividade das ações do Estado e a privatização do setor saúde. A saúde, por exemplo, sofreu e vem sofrendo crises principalmente no aspecto financeiro.

Segundo Nogueira:

Em meados da década de 1980, o protagonismo das organizações da sociedade civil contribuiu decisivamente para alterar o rumo político nacional, levando a uma nova cidadania. Hoje, contrariando, o que se vem assistindo é a tentativa de construção de um caminho inverso. Em lugar dos sujeitos portadores de direitos, que se movimentavam em um espaço público construído naquela época, surgem os *parceiros sociais*, que substituem o setor público precariamente e de forma imprecisa. (NOGUEIRA. V. M. R., 2002 p. 184).

De acordo com a prática de estágio na Clínica Médica do Hospital Universitário que atende os serviços de alta complexidade, percebemos que os pacientes e seus familiares sem condições de arcar com os custos procuram o serviço público, no entanto tem dificuldades de

conseguir vaga e ser atendido. Dessa forma os que têm condições pagam por um sistema privado e os que não tem esperam por vagas no sistema público. Ressaltamos que é difícil ser atendido numa instituição pública, pois há limites de leitos. Mas as instituições privadas que prestam serviços de alta complexidade, que são financiadas pelo SUS, também têm limites nos seus atendimentos, pois não atendem a todos os procedimentos de alta complexidade.

Quanto a Alta Complexidade, constatamos que muitos foram os avanços em termos de legislação em política de saúde, na perspectiva do direito dos portadores de Neoplasia Maligna. Porém, há muitos desafios e conquistas a serem efetuados para a garantia dos mesmos.

Através de análise das portarias ministeriais sobre a política da alta complexidade em oncologia, percebemos a centralidade na questão financeira, uma busca no racionamento dos gastos. Também constatamos que foi difícil entender a dinâmica da alta complexidade em oncologia devida à forma técnica que trata muito a questão financeira e trás pouco sobre sua estruturação. Além da falta de referencial teórico, o fato de as Portarias serem de difícil acesso e de mudarem constantemente.

O câncer constitui uma quebra no estilo de vida, e afeta a percepção das pessoas sobre seu presente e principalmente de seu futuro. À volta da doença e a necessidade de realizar alguns procedimentos e tratamentos também vai afetar todo o funcionamento do paciente e de sua família em todos as dimensões. A construção de estratégias de enfrentamento, nessa situação de mudanças e alguns momentos de ameaça à vida, representa um caminho na obtenção de qualidade de vida.

Por isso ressalta-se a importância de uma equipe formada por profissionais que atuam nesta área, trabalhando em função do paciente e oferecendo suporte às famílias, buscando atendê-las em sua totalidade.

Os profissionais quando trabalham em equipe, entram num processo de amadurecimento buscando a distribuição do saber e igualdade do poder. A interdisciplinaridade quando trabalhada corretamente leva a um trabalho mais completo, em que todos se voltam para um único objetivo: o bem estar do paciente e a qualidade da assistência prestada. Esta equipe formada por um grupo de

peças com formação, competência e aptidões diferentes, buscam maximizar essas particularidades, com aproveitamento para atingirem um objetivo em comum no grupo, onde cada um com suas habilidades, seus conhecimentos tentam colocar os seus conhecimentos para um objetivo comum.

A participação do Assistente Social no trabalho interdisciplinar pode ser considerada uma conquista de espaço, devendo ser apresentada e estudada, a fim de que sirva não apenas como referencial, mas como agente motivador para que outros profissionais trilhem este caminho.

É necessário estar atento pra este espaço que cria a possibilidade de o Assistente Social expandir seu campo de atuação para áreas ainda desconhecidas ou pouco exploradas pela profissão. Nesta relação de troca de saberes, o Serviço Social tem a oportunidade de socializar com as demais áreas do conhecimento as suas reais especificidades e habilidades e, dependendo da competência do profissional, até rompendo com o “preconceito” que estas áreas historicamente atribuem à formação de Assistente Social.

O estudo realizado nos permitiu entender o processo histórico do conceito saúde e das políticas de saúde e trouxe contribuições significativas, primeiramente à minha formação profissional e também a reflexão sobre o processo de trabalho das assistentes sociais na área da saúde.

Quanto à interdisciplinaridade observamos através de pesquisa bibliográfica que suas propostas avançam em diversas áreas além da saúde.

A prática interdisciplinar não é uma tarefa fácil, pois exige dos seus membros uma troca mútua e uma visão ampla direcionada as ações desenvolvidas. Notamos que trabalhar em equipes formadas por diferentes profissionais se torna difícil devido à cultura de se trabalhar em profissões essencialmente disciplinares; é comum a presença de conflitos, mas, que, no entanto precisam ser superadas para que se alcance realmente uma prática interdisciplinar.

Através de estudos percebemos que a participação do Assistente Social no trabalho interdisciplinar pode ser considerada uma conquista de espaço e que muito contribuiu para um bom

diagnóstico e prognóstico junto aos pacientes com neoplasia maligna. Podemos afirmar que os desafios para a efetivação da interdisciplinaridade necessitam ser, assim como neste estudo, cada vez mais explorados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORDENAVE, Juan. *O que é comunicação*. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1998 com as alterações adotada pela EC de n. 1, de 1992, a n. 21 de 2000 e pelas EC de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 16. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, coordenação de Publicações, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer/cancer.html>>. Acesso em: 24 de jan. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.409, de 5 de agosto de 1998. Garanti acesso dos usuários do SUS nos serviços de alta complexidade. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3409.htm>>. Acesso em: 11 de jan. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535, de setembro de 1998. Institui os critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>>. Acesso em: 18 de dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l8080.htm>. Acesso em: 16 nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde (8.080/90). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pdgs/opas.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.479 de 1990. Resolve sobre a importância médico social da prevenção, detecção e tratamento do paciente oncológico. Disponível em: <http://reforsus.saude.gov.br/legisla/alta_cg/lei.htm>. Acesso em: dez. de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica (NOB/96). Disponível em: <<http://www.acssjr.hpg.ig.com.br/noas-2001.htm>>. Acesso em: 18 de maio 2003

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica (NOB//1996). Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/saude/sus.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Política de Gestão da SAS – Secretaria de Assistência a Saúde. Brasil gestão de 1998-2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/3%20politica%20.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 132, de 31 de janeiro de 2001. Permite fortalecer os mecanismos gerenciais para uma melhor operacionalização e acompanhamento das ações estratégicas, especialmente os de maior complexidade e custo. Disponível em: <http://reforsus.saude.gov.br/legisla/alta_cg/lei.htm>. Acesso em: 24 de nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001). Disponível em: <<http://www.acssjr.hpg.ig.com.br/noas-2001.htm>>. Acesso em: 18 de maio 2003.

_____. Ministério da Saúde. Financiamento da Assistência. Estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/5%20financiamento.htm>>. Acesso em: 16 de nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1289, de 16 de julho de 2002. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/download/PORT1289.do.htm>>. Acesso em: 18 de dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. INCA e Secretaria da Assistência a Saúde, lançaram em novembro de 2002 as bases técnicas para autorização de procedimentos de alta complexidade. Disponível em: <<http://www.fesehf.org.br/documentos/tabelas/manual%20de%20onco.htm>>. Acesso em: 18 de dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. A Constituição quanto à saúde na Seguridade Social. Disponível em: <<http://200.192.66.7/alesc/docs/especial/constituicao.doc>>. Acesso em: 12 de jan. 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*, Rio de Janeiro: Editora Cortez/Editora UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. *A política de saúde no Brasil: trajetória histórica*. In: BRAVO, M. I. S. Et. All (org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*, Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, p. 21-28, 2001.

COSTA, Maria Dalva Horácio. *O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais*. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.

COSTA, N. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

CAMILO, Maria Virginia Righetti Fernandes. *Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital-escola*. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 59, 1999.

CRESS, Conselho Regional de Serviço Social – 7ª Região. *O Serviço Social em Hospitais: orientações básicas*, p. 1-31, maio, 2003.

DAVEL, Eduardo; ROLLAND, David; TREMBLAY, Diane-Gabriela. *Comunicação e competências no contexto do trabalho em equipe*. *Arché: interdisciplinar*, Rio de Janeiro: Editora UCAM Ipanema, v. 9, n. 28, 2000.

DRAIBE, Sônia M. *O Welfare State no Brasil: característica e perspectivas*. *Revista Ampocs*, São Paulo, n. 12, 1988.

PEREIRA, Potyara A. P. *A Política Social no contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da Assistência Social*. *Revista Serviço Social e sociedade*, São Paulo: Cortez, ano 19, n. 56, p. 60-76, mar. 1998.

GURGEL, Lola. *Do Estado de bem-estar à incerteza....* *Revista Inscrita*, Brasília, n. 5, p. 13-17, 1999.

HADDAD, Eneide Gonçalves de Macedo. *Idosos. Do Assistencialismo ao Direito*. *Revista Inscrita*, Brasília, n. 6, p. 25-30, jun. 2000.

HOELLER, Carolina; MACHADO, Simoni C. V. Uma experiência no Laboratório de Ensino a distância da Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 181-188, jul/dez. 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas*, São Paulo: Cortez, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*, São Paulo: Cortez, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: *Capacitação em Serviço Social e política social*, Brasília: UNB-CEAD/CFESS/ABEPSS, Módulo I, 1999.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade. In: *Atribuições privativas do Assistente Social (a) em questão*. Cadernos do CFESS, 2001.

IANN, Octavio. Neoliberalismo. In: *Serviço Social globalização e sistema de saúde*. Simpósio, Serviço Social Hospitalar, São Paulo, v. 4, n. 1, 1997.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JÚNIOR, Aderson L. Costa. O papel da psicologia no atendimento a crianças com câncer. Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.unb.br/ip/labsaude/textos/o_papel.htmlv>. Acesso em: 18 de jan. 2004.

JUNIOR, Geraldo Biasoto. Recursos humanos e qualificação profissional: impasses e possibilidades. *Revista Formação: Formação técnica em saúde no contexto do SUS*, Brasília, v. 2, n. 5, p. 76-85, maio, 2002.

LAKATOS, Eva Maria. *Sociologia Geral*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1978.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, v. 1, n. 1, 1991.

MARTINELLI, M, L. et al. *O uno e múltiplo nas relações entre as áreas de saber*, São Paulo: EDUC/Cortez, 1995.

MEIRELLES, B, H, S. *Interdisciplinaridade: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento aos portadores do HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MIOTO, Regina Célia T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, ano 19, n. 56, p. 60-76, mar. 1998.

MÔNACO, Felipe de Farias. *Criatividade no contexto das equipes de trabalho: uma avaliação nas células de gestão autônoma e círculos de controle da qualidade na AMBEV – Filial/SC*. Dissertação de Mestrado em administração, Florianópolis, 2001.

MOTTA, Manuel Francisco Vasconcelos da; SOARES, Nina Rosa Ferreira. As Políticas de Saúde, os Movimentos Sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_políticas_de_s.html>. Acesso em: jan. 2004.

MOSCOVICI, Felá. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*, Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

NETO, Eleutério Rodrigues. A reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Incentivos à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*, Brasília: EIC, 1994.

NETO, Oswaldo França. Atendimento em equipe interdisciplinar. *Revista Saúde Sexo e Educação*, Rio de Janeiro: O Instituto, ano 8, n. 21, 1994.

NOGUEIRA, Maria da Graça F. *Nível de problemas, de expectativas e informações à respeito das condições de saúde do paciente ortopédico*. Tese de Mestrado em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1980.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. In: *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projetos Gerais*, Brasília: Ministério da Saúde/ FNS/ SPS, 1995.

_____. Política de Recursos Humanos em Saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. *Revista Formação: Formação técnica em saúde no contexto do SUS*, Brasília: Ministério da Saúde, v. 02, n. 5, p. 3-16, maio, 2002.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área de saúde. *Revista Katalysis: Departamento de Serviço social da UFSC*, Florianópolis, n. 1, p. 40-48, jun. 1997.

_____. *O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda*. Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NOTÍCIAS, ato médico. O trabalho do médico na equipe interdisciplinar e a não concentração das ações em suas mãos. Disponível em: <http://www.daihp.com/menu/noticias/ato_medico.htm>. Acesso em 24 de jan. 2004.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: *Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80*. In GUIMARÃES, R; TAVARES, R. (org), Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABRASCO, 1995.

OLIVEIRA, Helena Hartke de. In: *Serviço Social e Seguridade Social – Saúde Pública*. Tese 1 – Política Social de Saúde. 7ª Congresso Brasileiro de Assistente Sociais, São Paulo, maio, 1992.

OLIVEIRA, Raimundo Nonato da Cruz. O espaço público sócio-político da educação em Saúde Pública. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 36, 1991.

PIOLA, Sérgio Francisco. Perspectivas da descentralização na saúde pública. Disponível em: www.socwatch.org.vx/em/informelmpreso/pdfs/panorbrasileiroc_2002_bra.pdf. Acesso em 05 de fev. 2004.

PSICOLOGIA, Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Disponível em: <www.hanet.usp.br/incha/psicologia.htm>. Acesso em 07 de fev. 2004.

PRAZERES, Andréa Maria Arantes Scheidt. *A importância da participação dos familiares no processo de recuperação e tratamento do paciente*, 1991. 76 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

QUARESMA, Rosana do Socorro Maciel. Serviço Social e Saúde Mental numa compreensão dialógica. *Revista Centro Sócio-Econômico*: Universidade Federal do Pará, v.6, n. 1/2, jan/dez. 2002.

RAICHELIS, Raquel. 10 anos depois da Constituição Cidadã. *Revista Inscrita*, Conselho Federal de Serviço Social, ano 2, n. 3, p.19-26, nov. 1998.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RODRIGUES, Maria Lúcia. O serviço social e a perspectiva interdisciplinar. In: *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*, São Paulo: Cortez, p. 152-15, 1995.

SÁ, Jeanete L. Martins de. *Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SARMENTO, Hélder Bosk de Moraes. *Instrumento e Técnica em Serviço Social: elementos para uma rediscussão*, Rio de Janeiro: UERJ, 1986.

SANTOS, Ana Rita Ribeiro. Qualidade de Vida em Transplante de Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.miranet.com.br/medicina/livro/qual.htm>>. Acesso em: 18 de nov. 2003.

SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, V. M. R. Políticas de saúde – do projeto formal à prática concreta. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 44, 1994.

SIMIONATO, Ivete. Reforma do Estado abre caminho para o mercado. *Revista Inscrita*, Brasília, n. 4, p. 13-18, 1999.

SOUZA, Maria Luiza. *Questões Teóricas – Prática do Serviço Social: práticas de encaminhamentos*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1982.

SOUZA, R. O. *O modelo assistencial no Sistema Único de Saúde*. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*, Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, p. 57-62, 2001.

TEIXEIRA, L. A. A Morte e o Morrer: Considerações acerca do enfrentamento da morte pelos profissionais de saúde. *Em Pauta: cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, Rio de Janeiro, n. 7, p. 39-45, maio, 1996.

TEIXEIRA, S. F. (org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cotez/Abrasco, 1989.

TELLES, Vera. “Sociedade Civil e os caminhos (incertos) da cidadania”. In: São Paulo em Perspectiva. *Revista da Fundação Seade*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 7-14, abr/jun. 1997.

VALLE, Cristiane Nasser do. Práticas educativas na atenção secundária e terciária: possibilidades e limites. *Revista Libertas: Universidade Federal de Juiz de Fora: Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora: ed. UFJF*, v. 1, n. 1, p. 105-121, jan./jun. 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo de Saúde Mental. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 54, p. 132- 157, 1997.

ANEXO (S) .

ANEXO I

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PORTARIA Nº 65, DE 6 DE MAIO DE 1993

DO 86, de 10/5/93

O SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, no uso de suas atribuições e,

Considerando a Política de Descentralização do Sistema Único de Saúde,

Considerando que compete à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de Alta Complexidade,

Considerando a necessidade de estabelecer normas para o credenciamento de serviços que farão parte das redes integradas de assistência de Alta Complexidade, resolve:

1- Definir as seguintes áreas que irão compor as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade, objeto de credenciamento pela SAS:

- a) Cardiologia - cirurgia cardíaca, implante de marca-passo definitivo e estudo eletrofisiológico;
- b) Oncologia - clínica e cirúrgica;
- c) Ortopedia - próteses totais, ligamentares, não convencionais e bipolares;
- d) Oftalmologia - cirurgia de olho VII e VIII da Tabela de Grupos e Procedimentos Hospitalares do SIH/SUS;
- e) Transplante de órgãos.

2) Delegar às Secretarias Estaduais de Saúde, com base nas normas específicas de cada área:

- a) as visitas de identificação da capacidade técnica e operacional dos serviços que executam procedimentos de alta complexidade, ficando como responsabilidade da SES a abertura de processo administrativo específico;
- b) a indicação dos serviços que deverão ser credenciados e/ou descredenciados pela SAS de acordo com o Plano Estadual de Saúde;
- c) o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento desses procedimentos, contando com a participação/colaboração de setores representativos de prestadores e usuários.

3) Para o aperfeiçoamento das normas, a Secretaria de Assistência à Saúde poderá fazer uso de consultores ou comitês “ad-hoc”.

Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação revogando as Portarias MS/SAS 196/91 e 348/92.

ANEXO II

MINISTÉRIO DA SAÚDE

*PORTARIA Nº 3.409/GM, DE 05 DE AGOSTO DE 1998 *

O Ministério da Saúde no intuito de garantir acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e principalmente aos serviços de Alta Complexidade, lançou em 5 (cinco) de agosto de 1998 a Portaria nº 3.409/GM:

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando:

- a) a importância de garantir o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, aos serviços hospitalares de "alta complexidade", nem sempre disponíveis na localidade em que residem;
- b) os altos custos para implantação e manutenção da infra-estrutura e equipamentos desses serviços, além da escassez de recursos humanos especializados;
- c) que para a obtenção de um nível de qualidade adequado, muitas vezes é imprescindível a manutenção de um número mínimo de demanda, e, dessa forma, nem sempre é desejável a expansão numérica dos serviços de alta complexidade;
- d) o papel do Ministério da Saúde na otimização das tecnologias disponíveis e na avaliação da qualidade;
- e) o que preceitua a Lei 8080/90, em seu artigo 16, item III a, Seção II, com relação aos serviços de alta complexidade, resolve:

Art. 1º - Instituir a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade - CNNPHAC, para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados no SUS para alta complexidade não ofertados (ou ofertados com grande restrição de demanda) em seus municípios de residência;

Art. 2º - Definir, inicialmente, como Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, para efeito desta Portaria, os discriminados no anexo III.

Parágrafo Único - A Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, mediante estudos e avaliações, poderá ampliar a listagem dos procedimentos constantes do anexo citado;

Art. 3º - Não haverá acréscimos de quantitativos de cotas físicas de AIH, em decorrência desta Portaria;

§ 1º - Serão mantidos os tetos constantes da Portaria GM/MS/Nº 2971, de 09/06/98, publicada no D.O nº 112, de 16.06.98;

§ 2º - Em decorrência desta Portaria, o Ministério da Saúde acrescerá, mensalmente, os valores financeiros referentes aos pacientes atendidos e identificados pela Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, aos tetos estaduais e/ou municipais referidos no parágrafo 1º. Estes acréscimos, de forma alguma, serão incorporados de forma permanente aos tetos das U.F.;

Art. 4º - O acréscimo de valores citado no Parágrafo 2º do Art. 3º, será em decorrência de recursos financeiros próprios do Ministério da Saúde, destinados exclusivamente à Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade;

Art. 5º - Fixar o valor máximo de R\$ 45 milhões para atender à Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, para o ano de 1998 (de agosto a dezembro);

Art. 6º - A apresentação das AIH correspondentes aos atendimentos dos procedimentos referidos no Anexo I desta Portaria e na forma do Art. 4º, deverá ser feita pelo prestador de serviço, dentro dos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo SIH/SUS, lançando no campo caráter de internação da AIH o código 4;

Parágrafo Único - O Departamento de Informática do SUS - DATASUS fará a seleção dos procedimentos, por intermédio do caráter de internação e emitirá o relatório de crédito.

Art. 7º - O pagamento dos procedimentos constantes da CNCPHAC será efetuado nos mesmos prazos e pelo mesmo órgão gestor que efetua os créditos regulares do SIH/SUS.

Art. 8º - Quando o órgão gestor estadual ou municipal responsável pelo crédito aos prestadores receber diretamente do Fundo Nacional de Saúde o recurso para custeio da assistência hospitalar, os valores relativos às internações da CNCPHAC serão reembolsados, após o processamento nacional do SIH/SUS, por meio de transferência "fundo a fundo" complementar.

Art. 9º - O DATASUS deverá disponibilizar, via BBS, até o dia 30 de cada mês subsequente ao mês de realização dos procedimentos, arquivos contendo as AIH da CNCPHAC objeto desta Portaria, com identificação nominal e endereço dos pacientes por UF / município / hospital, de forma a serem acessadas pelos vários gestores estaduais e municipais de saúde.

Art. 10 - De posse desses dados, obtidos via BBS do DATASUS, além de outros mantidos nos seus sistemas de controle do SIH/SUS, os gestores estaduais e municipais deverão realizar processos de auditoria contínua dos procedimentos realizados.

Art. 11 - Durante a implantação da CNCPHAC, a SAS/MS, em conjunto com a representação dos gestores estaduais e municipais, deverá fazer avaliações do mesmo, propondo reformulações em sua sistemática operacional.

Art. 12 - Fica instituída a Ficha de Cadastro de Hospitais Participantes do sistema de alta complexidade, na forma do anexo IV, que deverá ser preenchida pelo prestador e devolvida pelo gestor a SAS/MS, no prazo de um mês, a partir da publicação desta Portaria.

Parágrafo Único - Todos os hospitais participantes do sistema de alta complexidade em Cirurgia Cardíaca, Implante Dentário Osteointegrado, Lesões Láblio-Palatais, Epilepsia, Câncer, Ortopedia, Neurocirurgia e Transplantes, deverão realizar o preenchimento da ficha constante do anexo II, visando à constituição de uma base de dados que permita o planejamento da integração dos demais procedimentos de alta complexidade a CNCPHAC.

Art. 13 - A SAS e o DATASUS, bem como a Secretaria Executiva, deverão adotar todas as medidas necessárias para a efetiva operacionalização desta Portaria.

Art. 14 - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação. (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 3.409, de 5 de agosto de 1998. Garanti acesso dos usuários do SUS nos serviços de alta complexidade. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3409.htm>>. Acesso em: 11 de jan. 2004).

ANEXO III

MINISTÉRIO DA SAÚDE

***PORTARIA Nº 3.409/GM, DE 05 DE AGOSTO DE 1998 ***

LISTA DOS PROCEDIMENTOS CONSTANTES DA CÂMARA NACIONAL DE COMPENSAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE:

EPILEPSIA

- 81.001.01.0 - Exploração Diagnóstica da Epilepsia
- 40.001.04.0 - Tratamento Cirúrgico da Epilepsia

IMPLANTE OSTEOINTEGRADO ORAL

- 44.001.03.7 - Implante Dentário Osteointegrado I (uma unidade)
- 44.002.03.3 - Implante Dentário Osteointegrado (duas unidades)
- 44.003.03.0 - Implante Dentário Osteointegrado (três unidades)
- 44.004.03.6 - Implante Dentário Osteointegrado (4 a 6 unidades)
- 44.005.03.2 - Implante Dentário Osteointegrado (mais de 7 unidades)

LESÕES LÁBIO – PALATAIS

- 33.000.00.0 – Cirurgia Multipla em Lesões Láblio-Palatais ou Crânio-Faciais
- 38.040.02.6 - Palatoplastia completa
- 38.041.02.2 - Palatoplastia com enxerto ósseo ou retalho
- 38.042.02.9 - Palatoplastia parcial
- 38.043.02.5 - Palato-labioplastia Uni ou Bilateral (por estágio)
- 38.046.02.4 - Cirurgia Ortognática para Maxilar ou Maxilar/Mandibular
- 38.047.02.0 - Cirurgia Ortognática tipo Le Fort III
- 44.020.03.1 - Tratamento Ortodôntico em Lesões Láblio-Palatais
- 44.021.03.8 - Reabilitação Protética Ortodôntica em Lesões Láblio-Palatais
- 37.040.01.4 - Implante Coclear
- 38.012.08.1 - Rinoplastia em pacientes com Lesões Láblio- Palatais
- 38.013.08.8 - Septoplastia em pacientes com Lesões Láblio-Palatais
- 38.014.09.2 - Alongamento de columela em pacientes com Lesões Láblio-Palatais

- 44.040.03.2 - Implante Osteointegrado Extra- Oral
- CIRURGIA CARDÍACA**
- 32.013.01.9 - Marca Passo (troca de gerador de estímulo)
- 32.014.01.5 - Marca-Passo Cardíaco (epicárdico)
- 32.015.01.1 - Marca-Passo Cardíaco (intracavitário)
- 32.016.01.8 - Pericardiectomia
- 32.018.01.0 - Valvotomia Cardíaca sem uso de extracorporea
- 32.011.01.6 - Cirurgia de Coronária com extra- corporea
- 32.019.01.7 - Valvoplastias
- 32.020.01.5 - Implante de prótese Valvular
- 32.031.02.5 - Ventriculoseptoplastia (pós infarto do miocárdio)
- 32.023.01.4 - Coronarioplastia
- 32.024.01.0 - Valvoplastia Pulmonar
- 32.025.01.7 - Valvoplastia Aórtica
- 32.026.01.3 - Valvoplastia Mitral
- 32.027.01.0 - Aortoplastia de Coarctação
- 32.030.01.0 - Estudo Eletrofisiológico I
- 32.003.04.8 - Anastomose Sistêmico- Pulmonar
- 32.021.04.6 - Cura Cirúrgica da PCA
- 32.021.01.1 - Correção de Cardiopatia Congênita com uso de CEC.
- 32.031.01.7 - Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico

TRANSPLANTES

- 46.800.01.8 - Transplante de Coração
- 46.801.01.4 - Transplante de Pulmão
- 46.802.01.0 - Transplante de Medula Óssea Autologo
- 46.100.02.4 - Transplante de Medula Óssea Alogênico aparentado
- 46.803.01.7 - Transplante de Medula Óssea Alogênico não aparentado
- 47.800.01.1 - Retransplante de coração
- 47.800.08.9 - Retransplante de Fígado
- 47.801.01.8 - Retransplante de Pulmão
- 31.802.01.0 - Transplante Renal Receptor - Doador Vivo
- 31.805.01.9 - Transplante Renal Receptor – Doador Cadáver
- 47.805.01.3 - Acompanhamento pós transplante de rim(s), fígado, pulmão(s) ou coração
- 47.807.01.6 - Acompanhamento pós transplante de córnea (bi / unilateral)
- 62.001.00.0 - Busca Ativa de Doador de Órgão
- 46.800.08-5 - Transplante de Fígado
- 36.010.02-2 - Transplante de córnea
- 36.015.02-4 - Transplante de córnea em reoperações
- 36.016.02-0 - Transplante de córnea em cirurgias combinadas

ANEXO IV

FICHA DE CADASTRO DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES DO SISTEMA DE ALTA COMPLEXIDADE - CÂMARA NACIONAL DE COMPENSAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE:

Hospital :

CGC/MF :

Endereço :

Município : U.F. CEP TEL DDD() –

CIRURGIA CARDÍACA

Número de leitos cirúrgicos (da Cirurgia Cardíaca):

Número de sala (s) cirúrgica(s) da especialidade:
IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO
Número de leitos para a especialidade:
Número de equipes odontológicas p/ os procedimentos de implante:
LESÕES LABIO PALATAIS
Número de leitos para a especialidade:
Número de equipes odontológicas para os procedimentos de alta complexidade:
EPILEPSIA
Número de leitos cirúrgicos p/ especialidade:
Número de leitos clínicos para a especialidade:
CÂNCER
Número de leitos cirúrgicos p/ oncologia
Número de leitos clínicos p/ especialidade (adulto)
Número de leitos clínicos p/ especialidade (até 12 anos)
NEUROCIRURGIA
Número de sala(s) cirúrgica(s) p/ especialidade:
Número de leitos p/ especialidade:
Realiza cirurgia estereotáxica
Realiza microcirurgia
Possui residência médica na especialidade (credenciada MEC):
ORTOPEDIA
Número de salas cirúrgicas para a especialidade Ortopedia: .
Credenciado nas sub-especialidades:
TRANSPLANTES
Credenciado para Transplantes de:
Rim () Medula Óssea () Coração () Pulmão () Córnea () Fígado ()
Possui equipe (médico , assistente social, psicólogo,etc) para captação de doadores de órgãos :
Possui equipe para avaliação de morte cerebral :

ANEXO IV

ANÁLISE DO LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC/QUIMIOTERAPIA

1- Número do Prontuário

Verificar se consta o número do prontuário do paciente.

2- Identificação da Unidade

Verificar se está devidamente preenchido o nome do hospital ou serviço que está prestando assistência ao paciente e solicitando o(s) procedimento(s).

3 - CGC

Verificar se está devidamente preenchido o número do CGC da unidade prestadora de serviço.

4 - Dados do Paciente

4.1- Nome do Paciente

Verificar se o nome do paciente está completo e legível. O nome do paciente deverá ser grafado igualmente em todas as APAC inicial e de continuidade.

4.2 – Nome da mãe

Verificar se o nome da mãe do paciente está completo e legível. O nome da mãe deverá ser grafado igualmente em todas as APAC inicial e de continuidade.

4.3 - CPF do Paciente

Verificar se consta o CPF do paciente e se está devidamente informado.

4.4 - Nome do Responsável

Verificar se consta o nome do responsável, no caso de pacientes menores ou incapacitados.

4.5 - Endereço

Verificar se o endereço de origem do paciente está completo e legível, constando de rua, número, complemento e bairro. Nota: No caso de pacientes que necessitam se deslocar para outra cidade para submeter-se ao tratamento, o endereço deverá ser o domiciliar de origem e não onde ele se encontra hospedado, mesmo que seja na casa de parentes.

4.6 - Município

Verificar se está devidamente preenchido o nome do município de origem do paciente.

4.7 - UF

Verificar se consta o nome da unidade da federação, com a abreviatura oficial.

4.8 - CEP

Verificar se consta o código de endereçamento postal (CEP) completo.

4.9 - Data do Nascimento

Verificar se a data de nascimento está informada e se a idade do paciente é compatível com o(s) procedimento(s) solicitado(s), conforme disposto na tabela de procedimentos (adulto ou criança e adolescente - até 18 anos de idade).

4.10 - Sexo

Verificar se o sexo é compatível com o órgão de localização primária do tumor .

5 – Laudo Médico

5.1- CPF do médico

Verificar o campo do CPF do médico responsável pelo paciente está preenchido.

5.2 - Nome do Médico

Verificar se o nome do médico está completo e legível.

5.3 - Código(s) do(s) Procedimento(s) Solicitado(s)

Verificar se o(s) código(s) do(s) procedimento(s) está(ão) de acordo com a idade do paciente, a localização do tumor e a tabela de procedimentos do SIA-SUS. Atentar para a compatibilidade dos códigos principais e secundários.

6 - Identificação Patológica do Caso

6.1- Localização do Tumor

Verificar se consta o nome do órgão de origem do tumor primário. Quando esta origem não puder ser determinada, a notação é de "localização primária desconhecida", de "localização não especificada" ou de "localização mal definida", conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (C80, na CID-10).

6.2 - CID-10

Verificar se o tumor está classificado conforme a CID-10. Cada código topográfico corresponde a uma letra e dois números, relativos ao órgão, mais um terceiro número, relativo à região anatômica do órgão da qual se originou o tumor. Nota: Quando inexistir o terceiro número, anotar o zero. O código da CID deve ser compatível com a localização primária do tumor informada. Já o código morfológico contém a letra M e cinco números, devendo ser procurado em Morfologia das Neoplasias, ao final do volume I da CID-10.

6.3 - Linfonodos Regionais Acometidos

Verificar a informação quanto a linfonodos regionais: se eles estão, ou não, acometidos pelo tumor ou se esta avaliação não pôde ser feita. Comparar esta informação com a do estágio e com a descrição do código de procedimento. Alguns procedimentos de quimioterapia especificam a situação de invasão linfática, sendo dela dependentes para autorização.

6.4 - Localização de Metástase(s)

Verificar a informação sobre o(s) órgão(s) acometido(s) por lesão(ões) secundária(s). Comparar esta informação com a do estágio, recordando-se que pode haver laudo com estágio de 0 a III com metástase(s) informadas, significando isto recidiva tumoral ou, como no caso de tumor de testículo, da classificação de metástase já como em estágio III (por inexistir o estágio IV). Ao contrário, no caso de tumores da cabeça e pescoço, poderá haver estágio IV sem metástases. O procedimento 29.171.01-6 – Inibidor da osteólise só é compatível com lesão óssea de mieloma múltiplo ou de metástases ósseas (ver em 6 - Quimioterapia, o sub-item 3 de 6.1.6).

6.5 - Estádio (UICC)

Verificar se o tumor tem o estadiamento clínico (0, I, II, III, IV) incluído na publicação TNM – Classificação dos Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (ver Notas 2 do sub-item 5.5 de Estadiamento). A menção a subcategorias de T, N e M e de estadiamento patológico só pode ser exigida naqueles casos previstos na tabela de procedimentos do SIA/SUS. O estadiamento clínico, em algarismos romanos, é de preenchimento obrigatório para os tumores incluídos no TNM da UICC.

Observações:

a) É importante ter-se em mente que o estadiamento clínico é determinado ao tempo do diagnóstico e antes de qualquer procedimento terapêutico seja realizado. Uma vez estabelecido o estágio, este será imutável, ao longo de toda a vida do paciente, mesmo que a sua doença recidive no local do tumor primário ou à distância. Neste caso, o estágio permanece o mesmo, mas deve ser acrescido do símbolo “r”.

b) Por isso, no caso de recidiva, pode haver a informação de estádios I, II ou III, com metástases, situação cuja análise é feita com base nas datas de diagnóstico e de tratamentos anteriores e o atualmente solicitado, seja este de continuidade, ou não.

c) Para alguns tumores, o estadiamento é feito cirurgicamente, como é o caso dos tumores epiteliais malignos de ovário. Nestes casos o estadiamento e a primeira conduta terapêutica (a cirurgia) podem constituir um único procedimento.

6.6 - Estádio (outro sistema)

Verificar se a classificação usada não está incluída no sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer. Somente em caso de a classificação do tumor não constar do Sistema TNM é que se deve preencher este campo, que não será transferido para a APAC formulário nem magnética.

6.7- Grau Histopatológico

Verificar o grau de diferenciação tumoral constante do laudo do exame cito- ou histopatológico, quando aplicável. No caso de tumores sólidos, os graus são grafados como GX, G1, G2, G3, G4, conforme as definições contidas no TNM - Classificação dos Tumores Malignos. No caso de alguns tumores, como as leucemias e linfomas, o tipo celular já determina a diferenciação tumoral. Este item também só deverá ser exigido como campo de preenchimento obrigatório, nos casos previstos na tabela de procedimentos do SIA-SUS (neoplasia maligna epitelial de ovário e sarcoma de partes moles, por exemplo), mas não em caso de linfomas, cujo grau é determinado pelo tipo celular, incluído na descrição dos procedimentos.

6.8 - Diagnóstico Cito- ou Histopatológico

Verificar se consta a denominação do tumor conforme dado no laudo do exame cito- ou histopatológico. É obrigatório anexar cópia deste laudo. Nota: A lista morfológica da CID-10, já referida no item 6.2, contém as denominações tumorais e suas compatibilidades.

6.9 - Data do Diagnóstico

Verificar se a data da emissão do diagnóstico cito- ou histopatológico é anterior às demais datas informadas no Laudo Médico. Nota: A data do diagnóstico poderá ser a do diagnóstico clínico que justificou o início do tratamento solicitado, inclusive o de emergência, ainda sem confirmação patológica de malignidade.

7- Tratamento(s) Anterior(es)

Verificar se houve, ou não, tratamento(s) anterior(es), e quais foram (cirurgia, quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia) Não confundir o(s) tratamento(s) anterior(es) com a continuidade do tratamento atual solicitado.

7.1- Data de Início

Caso tenha havido tratamento(s) anterior(es), verificar a(s) data(s) do início deste(s). Esta(s) data(s) deve(m) ser igual(ais) ou posterior(es) à do diagnóstico e anterior(es) à do início do tratamento atual solicitado.

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO GLOBAL

8 - Tratamento Solicitado

8.1- Continuidade de Tratamento

Verificar se o tratamento solicitado já vem sendo feito ou se se trata de início de tratamento.

8.2 - Data do Tratamento Solicitado

Verificar se a data do início do tratamento solicitado é posterior a de tratamento(s) anterior(es), caso este(s) tenha(m) sido informado(s) no campo Tratamento(s) Anterior(es), ou igual ou posterior à do Diagnóstico, conforme o item 6.9.

8.3 - Via

Verificar qual(ais) via(s) de administração do(s) de administração marcada(s). As siglas utilizadas significam: IV – intravenosa, SC – subcutânea, IM – intramuscular, VO – via oral, IT – intratecal e IVES – intravesical. Estas vias devem ser compatíveis com os procedimentos da tabela do SIA-SUS: Os códigos de quimioterapia de adulto ou de criança e adolescente são compatíveis com IV, SC, IM, VO e IT. A IVES só é compatível para o código da Quimioterapia Intravesical, especificada em Procedimentos Especiais, de cobrança isolada. A via IT pode ser de cobrança isolada ou combinada com os códigos compatíveis previstos na Portaria SAS 296/99.

8.4 - Finalidade

Verificar se consta a finalidade do tratamento, se curativa, paliativa, para controle temporário de doença, prévia (neoadjuvante ou citorrredutora) ou adjuvante (profilática). A finalidade do tratamento deve ser compatível com o(s) tratamento(s) anterior(es) e com o(s) código(s) da tabela de procedimentos do SIA-SUS.

8.5 - Esquema (sigla ou abreviatura)

Verificar se consta o esquema terapêutico. O(s) nome(s) dos medicamentos deve(m) ser expressos por meio de siglas. Pode-se optar por denominar abreviadamente o esquema terapêutico. Atentar que a quimioterapia e a hormonioterapia, quando combinadas, deverão ser autorizadas de forma seqüencial e não simultânea.

8.6 - Números Total de Meses

Verificar se o tempo total previsto do tratamento está informado em meses. O número total de meses poderá ser igual, mas nunca menor do que o número de ciclos de quimioterapia. O número total de meses corresponde ao número de meses de competência que o tratamento demandará, e não ao número de ciclos de quimioterapia. O sistema de pagamento da quimioterapia é por média e mensal, e não por aplicação, fase ou ciclo.

8.7- Meses já Autorizados

Verificar se consta o número total de meses de tratamento já transcorridos, em caso de continuidade do tratamento atual solicitado.

9 – Data do Laudo

Verificar se consta a data do preenchimento do laudo médico. Esta deve ser posterior a todas as outras datas constantes do Laudo Médico e compatível com a data de início do tratamento e as datas da APAC inicial e de APAC de continuidade, se houver. Devem constar dois algarismos para especificar o dia, mês e o ano. Nota: A data do laudo poderá ser igual à do início do tratamento solicitado, se este não for de continuidade.

9.1- Assinatura e Carimbo do Médico

Verificar se consta a assinatura e o carimbo do profissional responsável pelo caso, cujos dados devem ser compatíveis com os do campo CPF do Médico e Nome do Médico, conforme os itens 5.1 e 5.2. O carimbo deve também conter o número do registro do Médico no respectivo Conselho Regional de Medicina.

ANEXO VI

ANÁLISE DO LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC/RADIOTERAPIA

1- Número do Prontuário

Verificar se consta o número do prontuário do paciente.

2- Identificação da Unidade

Verificar se está devidamente preenchido o nome do hospital ou serviço que está prestando assistência ao paciente e solicitando o(s) procedimento(s).

3 - CGC

Verificar se está devidamente preenchido o número do CGC da unidade prestadora de serviço.

4 - Dados do Paciente

4.1- Nome do Paciente

Verificar se o nome do paciente está completo e legível. O nome do paciente deverá ser grafado igualmente em todas as APAC inicial e de continuidade.

4.3 – Nome da mãe

Verificar se o nome da mãe do paciente está completo e legível. O nome da mãe deverá ser grafado igualmente em todas as APAC inicial e de continuidade.

4.3 - CPF do Paciente

Verificar se consta o CPF do paciente e se está devidamente informado.

4.4 - Nome do Responsável

Verificar se consta o nome do responsável, no caso de pacientes menores ou incapacitados.

4.5 - Endereço

Verificar se o endereço de origem do paciente está completo e legível, constando de rua, número, complemento e bairro. Nota: No caso de pacientes que necessitam se deslocar para outra cidade para submeter-se ao tratamento, o endereço deverá ser o domiciliar de origem e não onde ele se encontra hospedado, mesmo que seja na casa de parentes.

4.6 - Município

Verificar se está devidamente preenchido o nome do município de origem do paciente.

4.7 - UF

Verificar se consta o nome da unidade da federação, com a abreviatura oficial.

4.8 - CEP

Verificar se consta o código de endereçamento postal (CEP) completo.

4.9 - Data do Nascimento

Verificar se a data de nascimento está informada e se a idade do paciente é compatível com o(s) procedimento(s) solicitado(s), conforme disposto na tabela de procedimentos (adulto ou criança e adolescente - até 18 anos de idade).

4.10 - Sexo

Verificar se o sexo é compatível com o órgão de localização primária do tumor .

5 – Laudo Médico

5.1- CPF do médico

Verificar o campo do CPF do médico responsável pelo paciente está preenchido.

5.2 - Nome do Médico

Verificar se o nome do médico está completo e legível.

5.3 - Código(s) do(s) Procedimento(s) Solicitado(s)

Verificar se o(s) código(s) do(s) procedimento(s) está(ão) de acordo com a idade do paciente, a localização do tumor e a tabela de procedimentos do SIA-SUS. Atentar para a compatibilidade dos códigos principais e secundários.

6 - Identificação Patológica do Caso

6.1- Localização do Tumor

Verificar se consta o nome do órgão de origem do tumor primário. Quando esta origem não puder ser determinada, a notação é de "localização primária desconhecida", de "localização não especificada" ou de "localização mal definida", conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (C80, na CID-10).

6.2 - CID-10

Verificar se o tumor está classificado conforme a CID-10. Cada código topográfico corresponde a uma letra e dois números, relativos ao órgão, mais um terceiro número, relativo à região anatômica do órgão da qual se originou o tumor. Nota: Quando inexistir o terceiro número, anotar o zero. O código da CID deve ser compatível com a localização primária do tumor informada. Já o código morfológico contém a letra M e cinco números, devendo ser procurado em Morfologia das Neoplasias, ao final do volume I da CID-10.

6.3 - Linfonodos Regionais Acometidos

Verificar a informação quanto a linfonodos regionais: se eles estão, ou não, acometidos pelo tumor ou se esta avaliação não pôde ser feita. Comparar esta informação com a do estágio e com a descrição do código de procedimento. No Anexo II deste Manual (que corresponde ao Anexo VIII da Portaria SAS 296/99), algumas localizações especificam a invasão linfática, sendo dela dependentes para autorização.

6.4 - Localização de Metástase(s)

Verificar a informação sobre o(s) órgão(s) acometido(s) por lesão(ões) secundária(s). Comparar esta informação com a do estágio, recordando-se que pode haver laudo com estágio de 0 a III com metástase(s) informadas, significando isto recidiva tumoral. Ao contrário, no caso de tumores da cabeça e pescoço, poderá haver estágio IV sem metástases.

6.5 - Estádio (UICC)

Verificar se o tumor tem o estadiamento clínico (0, I, II, III, IV) incluído na publicação TNM – Classificação dos Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (ver Notas 2 do subitem 5.5 de Estadiamento). A menção a subcategorias de T, N e M e de estadiamento patológico só pode ser exigida naqueles casos previstos na tabela de procedimentos do SIA/SUS. O estadiamento clínico, em algarismos romanos, é de preenchimento obrigatório para os tumores incluídos no TNM da UICC.

Observações:

a) É importante ter-se em mente que o estadiamento clínico é determinado ao tempo do diagnóstico e antes de qualquer procedimento terapêutico seja realizado. Uma vez estabelecido o estágio, este será imutável, ao longo de toda a vida do paciente, mesmo que a sua doença recidive no local do tumor primário ou à distância. Neste caso, o estágio permanece o mesmo, mas deve ser acrescido do símbolo “r”.

b) Por isso, no caso de recidiva, pode haver a informação de estádios I, II ou III, com metástases, situação cuja análise é feita com base nas datas de diagnóstico e de tratamentos anteriores e o atualmente solicitado, seja este de continuidade, ou não.

c) Para alguns tumores, o estadiamento é feito cirurgicamente, como é o caso dos tumores epiteliais malignos de ovário. Nestes casos o estadiamento e a primeira conduta terapêutica (a cirurgia) podem constituir um único procedimento.

6.6 - Estádio (outro sistema)

Verificar se a classificação usada não está incluída no sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer. Somente em caso de a classificação do tumor não constar do Sistema TNM é que se deve preencher este campo, que não será transferido para a APAC formulário nem magnética.

6.7- Grau Histopatológico

Verificar o grau de diferenciação tumoral constante do laudo do exame cito- ou histopatológico, quando aplicável. No caso de tumores sólidos, os graus são grafados como GX, G1, G2, G3, G4, conforme as definições contidas no TNM - Classificação dos Tumores Malignos. No caso de alguns tumores, como as leucemias e linfomas, o tipo celular já determina a diferenciação tumoral. Este item também só deverá ser exigido como campo de preenchimento obrigatório, nos casos previstos na tabela de procedimentos do SIA-SUS (neoplasia maligna epitelial de ovário e sarcoma de partes moles, por exemplo), mas não em caso de linfomas, cujo grau é determinado pelo tipo celular, incluído na descrição dos procedimentos.

6.8 - Diagnóstico Cito- ou Histopatológico

Verificar se consta a denominação do tumor constante do laudo do exame cito ou histopatológico. É obrigatório anexar cópia deste laudo. Nota: A lista morfológica da CID-10, já referida no item 6.2, contém as denominações tumorais.

6.9 - Data do Diagnóstico

Verificar se a data da emissão do diagnóstico cito- ou histopatológico é anterior às demais datas informadas no Laudo Médico. Nota: A data do diagnóstico poderá ser a do diagnóstico clínico que justificou o início do tratamento solicitado, inclusive o de emergência, ainda sem confirmação patológica de malignidade.

7- Tratamento(s) Anterior(es)

Verificar se houve, ou não, tratamento(s) anterior(es), e quais foram (cirurgia, quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia) Não confundir o(s) tratamento(s) anterior(es) com a continuidade do tratamento atual solicitado.

7.1- Data de Início

Caso tenha havido tratamento(s) anterior(es), verificar a(s) data(s) do início deste(s). Esta(s) data(s) deve(m) ser igual(ais) ou posterior(es) à do diagnóstico e anterior(es) à do início do tratamento atual solicitado.

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO GLOBAL

8 - Tratamento Solicitado

8.1- Continuidade de Tratamento

Verificar se o tratamento solicitado já vem sendo feito ou se se trata de início de tratamento.

8.2- Tipo

Verificar se está marcado qual o tipo irradiação proposta: externa ou braquiterapia (intra-cavitária ou intersticial). Esta informação deve ser compatível com o aparelho utilizado e com o código da tabela de procedimentos do SIA-SUS.

8.3- Associação

Esta informação deve ser compatível com a informação sobre Tratamento(s) Anterior(es). Verificar se está marcada se a radioterapia está associada a outro tratamento e em que seqüência ela se associará a este (pré, pós e per-operatória, pré, pós e per-quimioterapia e pré ou pós-irradiação interna ou braquiterapia). Caso não haja associação, a marcação deverá ser ao lado do termo "exclusiva".

8.4- Finalidade

Verificar se está marcada qual a finalidade da radioterapia, se curativa ou paliativa, se prévia, adjuvante, anti-álgica ou anti-hemorrágica. Atentar para as definições dadas no item 6.2.2 deste Manual.

8.5 - CID Topográfico/Área Irradiada

Verificar se está(ão) informado(s) o(s) código(s) da CID-10 referentes à(s) localização(ões) da(s) lesão(ões) irradiada(s). Pode-se autorizar até três códigos/áreas para irradiação simultânea; podendo ser um código de localização principal (primária) e dois de localização secundária (metástase) ou todos de localização secundária. Nota 1: Artificio utilizado para incorporar-se a informação sobre a(s) área(s) irradiada(s). Nota 2: A irradiação simultânea de mais de uma área requer informações em separado de todos os itens seguintes de preenchimento sobre cada área. Ver o item 6.2.3.2 deste Manual.

8.6- Aparelho Utilizado

Verificar se está informado que tipo de equipamento ou fonte de radiação que será utilizado. Esta informação deve estar de acordo com as compatibilidades e o código de procedimento principal da tabela de procedimentos do SIA/SUS.

8.7- Dose/Área /Dia

Verificar se está anotada a dose, em centigrays (cGy), a ser aplicada por dia, por área. Geralmente, a dose feita por dia varia de 180 a 200 cGy. Áreas diferentes devem ter informada a dose/área separadamente. (Usar o verso da folha.)

8.8- Número de Campos - Área - Dia

Verificar se está anotado o número de campos tratados num dia de irradiação. Este número de campos poderá ser 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 (no geral, de 2 a 3) por área. Áreas diferentes devem ter informado o número de campos/área separadamente. (Usar o verso da folha do laudo.)

8.9- Número Total de Dias/Área

Verificar se está anotado o número total de dias previstos de tratamento por área. Geralmente, o tempo médio de tratamento de um tumor primário é de 4 a 5 semanas, o que equivale de 20 a 25 dias (média de 4 semanas ou 20 dias). Áreas diferentes devem ter informado o número total de dias/área separadamente. (Usar o verso da folha.)

8.10- Número de Check-Films

Verificar se está informado o número de check-films a serem feitos, por área. Ver a tabela de procedimentos radioterápicos do SIA/SUS, a Portaria SAS 296/99 que a regulamenta e o item 6.2.3.4 deste Manual. Atentar para as compatibilidades deste procedimento de código secundário com os códigos principais.

8.11- Número de Inserções

No caso de braquiterapia de alta taxa de dose, deve estar assinalado o número de inserções a serem feitas. Ver a tabela de procedimentos do SIA/SUS (câncer do colo uterino/máximo de quatro

inserções/paciente) e a PT SAS 54, de 18/02/00 (câncer de endométrio, vagina e vulva/máximo de quatro inserções/paciente). Atentar, na portaria que regulamenta a tabela de procedimentos radioterápicos, para as compatibilidades deste procedimento com outros códigos principais, tornados secundários a ele.

8.12- Datàs (início e término)

Verificar se estão informadas a data do início e a data prevista para o término da radioterapia, usando dois algarismos para especificar dia, mês e ano. Áreas diferentes devem ter informadas ambas as datas/área separadamente. (Usar o verso da folha.) Nota: Estas datas referem-se ao planejamento terapêutico global e não aos dias de início e término da radioterapia aplicada dentro do mês de competência.

8.13- Máscara

Verificar se está assinalada e se é compatível com a localização do tumor e com o código do procedimento principal. Ver o item 6.2.3.4 deste Manual.

8.14- Número de Blocos Personalizados

Verificar se está anotado o número de blocos personalizados e se o código é compatível com a localização do tumor e com o código do procedimento principal. Ver o item 6.2.3.4 deste Manual.

8.15- Número Total de Campos Previstos

Verificar se está anotado o número total de campos previstos para o tratamento. Este número jamais será maior e nem obrigatoriamente igual ao número máximo de campos inclusos no Anexo II – Número máximo de campos de radioterapia de tumores malignos. Nota: Áreas diferentes devem ter informado o número de campos/área separadamente. (Usar o verso da folha.) Neste caso, o campo No total de campos previstos pode ser a soma dos números totais de campos/área calculados separadamente. Ver o item 6.2.3 deste Manual.

8.16- Número de Campos já Pagos

Verificar se está anotado o número de campos já pagos do total previsto para o tratamento, em caso de continuidade da radioterapia. Este número corresponde à soma dos campos aplicados no(s) mês(es) da(s) competência(s) anterior(es). A autorização, e pagamento, só se referem aos campos aplicados dentro do mês da competência, cujo número não pode ser maior do que o possível para o número de dias úteis deste mês. Ver o item 6.2.3 deste Manual.

9- Data do Laudo

Verificar se consta a data do preenchimento do laudo médico. Esta deve ser posterior a todas as outras datas constantes do Laudo Médico e compatível com a data de início do tratamento e as datas da APAC inicial e de APAC de continuidade, se houver. Devem constar dois algarismos para especificar o dia, mês e o ano. Nota: A data do laudo poderá ser igual à do início do tratamento solicitado, se este não for de continuidade.

9.1- Assinatura e Carimbo do Médico

Verificar se consta a assinatura e o carimbo do profissional responsável pelo caso, cujos dados devem ser compatíveis com os do campo CPF do Médico e Nome do Médico, conforme os itens 5.1 e 5.2. O carimbo deve também conter o número do registro do Médico no respectivo Conselho Regional de Medicina.

ANEXO VII

Controle de Autorização de QT e RT

Hospital/Serviço _____
Nome do doente _____
D. Nasc. _____ Sexo ____ Local do Tu. Primário _____
Estádio _____ Tipo Patológico _____
QT Previsão da Duração Global do Tratamento (meses) _____
RT Previsão do Número Total de Campos _____
Código(s) de procedimento(s) _____

01. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

02. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

03. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

04. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

05. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

06. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

07. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

08. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

09. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

10. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

11. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

12. Mês/Ano ___ / ___ / ___ / ___ / RT (nº campos realizados) _____
 QT esquema terapêutico): _____
 Médico (usar o carimbo) _____

ANEXO VIII

Motivos de Recusa de Autorização de Procedimentos

Mês _____	Ano _____	Freq.	%
Motivos de Glosa			
Código incompatível-----			
Data de nascimento incompatível-----			
Diagnóstico de doença benigna-----			
Droga não citostática isolada-----			
Estadiamento incompatível-----			
Laudo Médico incompletamente preenchido (*)-----			
Nome incompleto-----			

Sem anátomo-patológico-----
Sem código da CID ou localização do tumor-----
Sem data de nascimento-----
Sem esquema terapêutico-----
Sem estadiamento-----
Sem especificação da área-----
Sem número de campos-----
Tratamento de duração indeterminada-----
Tratamento de duração incompatível-----
Sem duração do tratamento-----
Outros

(*) Exceto pelos outros motivos aqui relacionados

ANEXO IX

Instrumentos legais do SUS-ONCO

PT MS/GM 3.535/98, de 02/09/98, republicada em 14/10/98 - Estrutura dos centros de alta complexidade em Oncologia – CACON.

PT MS/GM 255/99, de 31/março/99, publicada em 01/04/99 – Alteração da MS/GM 3.535/98 (habilitação profissional e revogação do item 8.2)

PT MS/SAS 113/99, de 31/março/99, publicada em 01/04/99 – Regulação relativa ao item 8.2 alterado da MS/GM 3.535/98, passando-se a (re)cadastrear serviços isolados de quimioterapia (QT) ou de radioterapia (RT).

PT MS/GM 3.536/98, republicada em 02/12/98 – Procedimentos quimioterápicos e radioterápicos da tabela do SIA-SUS - Definição da lógica. (Revogada pela PT MS/GM 63, de 18/05/99, mas de novo validada pela

PT MS/GM 838, de 30/06/99) – Substituída pelas PT MS/SAS 295 (retificada, para a partir da competência de agosto/99 – códigos de 04 dígitos) e

PT MS/SAS 296 (para a partir da competência de outubro/99 – códigos de 08 dígitos), ambas de 15/07/99, publicadas em 16/07/99.

PT MS/SAS 401, de 30/07/99, DOU 02/08/99 – Tempo de permanência hospitalar de procedimentos cirúrgicos oncológicos pediátricos.

PT MS/SAS 145/98, de 02/09/98 - Descrição e custos dos procedimentos de QT e RT.

PT MS/SAS 034/99 (substituiu a 146/98), republicada em 31/03/99 – Procedimentos quimioterápicos e radioterápicos que exigem internação; e internação para quimioterapia e radioterapia.

PT MS/SAS 171/98 – Classificação dos centros de assistência oncológica e de profissionais, para efeito de cadastramento no SIA-SUS.

PT MS/SAS 184/98, de 16/10/98 - Exclusão de medicamentos excepcionais para Oncologia, que passaram a ser do âmbito do sistema APAC – Autorização para procedimentos de alta complexidade. Retificada no DOU de 03/11/98.

PT MS/SAS 205/98, de 09/11/98 – Codificação e valores de marcadores tumorais (receptor hormonal do câncer de mama, PSA, imunohistoquímica e imunofenotipagem).

PT MS/GM 531, de 30/04/99 - Destinação específica de recursos para as áreas básica e de média e alta complexidade, e hospitalar.

PT CONJUNTA MS-SE/SAS 01, de 05/05/99 – Programação de recursos, inclusive Fideps, para a Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar. (PT MS/SAS 184/99, de 30/04/99 – Revogada.)

PT MS/SAS 190, de 05/05/99, DOU de 07/05/99 – Exclui os códigos 759-5, 894-0 e 930-0, da Portaria MS/GM 3.536/98 e MS/SAS 145/98.

PT MS/SAS 409, de 05/08/99, DOU de 06/08/99 – APAC para medicamentos excepcionais.

PT Conjunta MS–SE/SAS 44, de 11/10/99 – Iodoterapia do Câncer de Tiróide, como procedimento de internação.

PT MS/SAS 544, de 10/09/99, DOU de 17/09/99 – Cobrança fora da faixa etária e tempo médio de permanência.

PT CONJUNTA MS-SE/SAS 54, de 14/12/99, DOU de 15/12/99 – Procedimentos de Medicina Nuclear.

PT CONJUNTA MS-SE/SAS 56, de 28/12/99 , DOU de 29/12/99 – Financiamento de procedimentos cirúrgicos oncológicos.

PT MS/GM 1.478, de 28/12/99, DOU de 29/12/99 – Organização da assistência oncológica.

PT MS/GM 1.479, de 28/12/99, DOU de 29/12/99 – Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade.

PT MS/GM 1.480, de 28/12/99, DOU de 29/12/99 - PT GM/MS 1.481, de 28/12/99, DOU de 29/12/99, Medicamentos excepcionais (FAEC). Não suspende a PT MS/SAS 184, de 16/ 10/98, retificada no DOU de 03/11/98.

PT MS/SAS 54, de 18/02/00 – Braquiterapia de alta taxa de dose para câncer de endométrio, vagina e vulva.

PT MS/SAS 96, de 27/03/00, DOU de 28/03/00 – Procedimentos exclusivos de unidades especificamente cadastradas em Patologia Clínica, Radioterapia, Quimioterapia, Transplantes, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radiologia Intervencionista, Cardiovascular, Cirurgia Oncológica, etc.

RESOLUÇÃO – RDC 34, de 20/04/00, DOU de 24/04/00 – Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre o uso de Talidomida exclusivo em Mieloma Múltiplo.

PT MS/SAS 130, de 25/04/00, DOU de 26/04/00 – Utilização de código de cirurgia reparadora/reconstrutiva para implante peniano em UPS habilitadas em alta complexidade em Oncologia.

PT CONJUNTA MS-SE/SAS 19, de 30/08/00, DOU de 31/08/00 – Transferência de procedimentos radioterápicos para o FAEC.

PT MS/GM 1.312, de 30/11/00, republicada em 06/06/06 -- Cadastramento de laboratório de histocompatibilidade.

PT MS/GM 1.313, de 30/11/00, republicada em 06/06/06 – Relação de laboratórios autorizados para cadastramento.

PT MS/GM 1.314, de 30/11/00, publicada em 04/12/00 – Procedimentos relativos a transplantes de órgãos e de medula óssea e outros precursores hematopoéticos.

PT MS/GM 1.315, de 30/11/00, publicada em 04/12/00 – Tipificação e registro de doadores voluntários de medula óssea.

PT MS/GM 1.316, de 30/11/00, publicada em 04/12/00 – Regulamento técnico para transplante e cadastramento de centros de transplante de medula óssea e outros precursores hematopoéticos.

PT MS/GM 1.317, de 30/11/00, publicada em 04/12/00 – Hospital-Dia em caso de transplante de medula óssea e outros precursores hematopoéticos.

PT MS/GM 44, de 10/01/2001, publicada em 27/01/2001 -- Regulamento técnico para cadastramento de Hospital Dia no SUS.

PT MS/GM 627, de 24/04/2001 , republicada em 27/04/01-- Define a lista de procedimentos estratégicos e de alta complexidade cujo financiamento dar-se-á pelo FAEC -Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

PT SAS/MS nº 431, de 03 de outubro de 2001, publicada em 05/10/2001, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do Adulto. Retificação publicada em 29/10/2001.

PT SAS/MS nº 432, de 03 de outubro de 2001, publicada em 05/10/2001, que estabelece os procedimentos da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS relacionados ao tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do Adulto em suas diferentes fases.

PT MS/SAS nº 482 de 22 de outubro de 2001, publicada em 24/10/2001, que determina às unidades cadastradas no Sistema Único de Saúde e classificadas como CACON I, II ou III ou ainda como Serviço Isolado de Quimioterapia que, ao utilizarem os procedimentos estabelecidos na Portaria SAS/MS Nº 432, de 03 de outubro de 2001, enviem, ao Instituto Nacional de Câncer/INCA, cópia da respectiva Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, emitida para cada paciente, acompanhada do correspondente laudo médico. Tornada insubsistente pela Portaria MS/SAS nº 515 de 06 de novembro de 2001.

PT MS/SAS nº 515 de 06 de novembro de 2001, publicada em 07 /11 2001, no Diário Oficial nº 213, que determina às unidades cadastradas no Sistema Único de Saúde e classificadas como CACON I, II ou III ou ainda como Serviço Isolado de Quimioterapia que, ao utilizarem qualquer dos procedimentos estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 432, de 03 de outubro de 2001, enviem ao Instituto Nacional de Câncer/INCA cópia da respectiva APAC-I - Formulário emitida pelo órgão autorizador para cada paciente, acompanhada de cópia do correspondente laudo médico. Torna insubsistente a Portaria SAS/MS Nº 482, de 22 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial nº 204, de 24 de outubro de 2001. Revogada pela PT SAS/MS Nº 772, de 18/10/2002, publicada no DOU Nº204 - Seção 1, de 21/10/2002.

PT GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002 – Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde – SUS.

PT MS/GM nº 585 de 21 de março de 2002, publicada em 25/03/2002, que inclui, na relação de procedimentos estratégicos do SIA/SUS, os procedimentos 29.071.11.9 - Fase Crônica de Leucemia Mieloide Crônica – Cromossoma Philadelphia positivo ao exame de citogenética (Controle Sanguíneo e citogenético) – 2ª linha, 29.071.14.3 - Fase de Transformação de Leucemia Mieloide Crônica – Cromossoma Philadelphia positivo ao exame de citogenética (sem tratamento anterior de 2ª Linha em fase crônica) – 1ª Linha e

ANEXO X

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direitos dos doentes de câncer

Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente (LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social)

O que é amparo assistencial ao idoso e ao deficiente?

De acordo com a lei, é o benefício que garante um salário mínimo mensal ao idoso com idade mínima de 67 anos que não exerça atividade remunerada e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e sua vida independente.

O doente de câncer possui direito ao amparo assistencial?

Sim. O doente de câncer que sofre de deficiência ou com idade superior a 70 anos possui direito a uma renda mensal, desde que comprove a impossibilidade de garantir seu sustento e que a sua família também não tenha essa condição, não esteja vinculado a nenhum regime de previdência social e não receba benefício de espécie alguma. Mesmo em estado de internação, tanto o idoso como o deficiente possuem direito ao benefício. O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito a pensão a herdeiros ou sucessores. O beneficiário não recebe 13º salário.

Quando a família é considerada incapaz de manter o doente?

Quando a renda mensal de seu integrantes, dividida pelo número destes, é inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo. Esse cálculo considera o número de pessoas que vivem no mesmo domicílio: o cônjuge, o(a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos.

Como fazer para conseguir o benefício?

Para solicitar o benefício, o doente deve fazer exame médico pericial no INSS e conseguir o Laudo Médico que comprove sua deficiência. Também deverá encaminhar um requerimento à Agência da Previdência Social com a apresentação dos seguintes documentos:

1. Número de identificação do trabalhador - NIT (PIS/PASEP) ou número de inscrição do Contribuinte.
1. Individual/Doméstico/Facultativo/Trabalhador Rural;
2. Documento de Identificação do requerente (Carteira de Identidade e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social);
3. Cadastro de Pessoa Física (CPF) do requerente, se tiver;
4. Certidão de Nascimento ou Casamento;
5. Certidão de Óbito do esposo(a) falecido(a), se o requerente for viúvo(a);
6. Comprovante de rendimentos dos membros do grupo familiar;
7. Curatela, quando maior de 21 anos e incapaz para a prática dos atos da vida civil;

8. Tutela, no caso de menores de 21 anos filhos de pais falecidos ou desaparecidos;
Formulários:
Requerimento de Benefício Assistencial - Lei 8.742/93;
Declaração sobre a Composição do Grupo e da Renda Familiar do Idoso e da Pessoa Portadora de Deficiência;
Procuração (se for o caso), acompanhada de identificação do procurador.

Qual é a duração do benefício?

A renda mensal deverá ser revista a cada dois anos para avaliação das condições do doente e comprovação da permanência da situação de quando foi concedido o benefício. O pagamento do benefício cessa no momento em que ocorrer a recuperação da capacidade de trabalho ou em caso de morte do beneficiário, não dando direito aos dependentes de requerer o benefício de pensão por morte.

Para mais informações ligue para o PREVfone (0800 78 0191)

Fonte: Previdência Social

Aposentadoria por invalidez

O doente de câncer pode solicitar a aposentadoria por invalidez?

Sim, desde que o doente seja considerado inapto para o trabalho. De acordo com a previdência social, possui direito ao benefício o segurado que for considerado incapaz de trabalhar e não esteja sujeito à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença.

O doente de câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que tenha a qualidade de segurado, isto é, que seja inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS).

Quando o doente começa a receber o benefício?

Caso o segurado esteja recebendo o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez começará a ser paga a partir do dia imediato ao da cessação do auxílio-doença.

Quando o doente não estiver recebendo o auxílio-doença, o benefício começará a ser pago a partir do 16º dia de afastamento da atividade ou a partir da data da entrada do requerimento, se entre o afastamento e a entrada do requerimento decorrerem mais de 30 dias.

Para os trabalhadores autônomos, o benefício começará a ser pago a partir da data da entrada do requerimento, quando requerido após o 30º dia do afastamento da atividade.

Quando o benefício deixa de ser pago?

O benefício deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade para o trabalho; quando volta voluntariamente ao trabalho ou quando solicita e tem a concordância da perícia médica do INSS.

Para mais informações ligue para o PREVfone (0800 78 0191)

Fonte: Previdência Social

Auxílio-doença

O que é auxílio-doença?

Auxílio-doença é o benefício mensal a que tem direito o segurado, inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS), quando fica incapaz para o trabalho (mesmo que temporariamente) em virtude de doença por mais de quinze dias consecutivos.

O doente de câncer tem direito ao auxílio-doença?

Sim, desde que fique impossibilitado de trabalhar para seu sustento. Não há carência para o doente receber o benefício, desde que ele seja segurado do INSS. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica do INSS.

Como fazer para conseguir o benefício?

O doente deve comparecer ao Posto da Previdência Social mais próximo de sua residência para marcar a perícia médica. É muito importante levar a Carteira de Trabalho ou os documentos que comprovem a sua contribuição ao INSS, além da declaração ou exame médico que descreva seu estado clínico.

Quando o doente começa a receber o benefício?

O segurado empregado começa a receber o benefício a partir do 16º dia de afastamento da atividade. Já os demais segurados recebem a partir da data do início da incapacidade ou de entrada do requerimento, quando requerido após o 30º dia do afastamento da atividade.

Para mais informações ligue para o PREVfone (0800 78 0191)

Fonte: Previdência Social

Isenção de imposto de renda na aposentadoria

O doente de câncer tem direito à isenção de imposto de renda na aposentadoria?

Sim. Os doentes de câncer estão isentos do imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive as complementações. (RIR/1999, art. 39, XXXIII; IN SRF nº 15, de 2001, art. 5º, XII). Mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação ficando isento o doente de câncer que recebeu os referidos rendimentos. (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV).

Como fazer para conseguir o benefício?

Para solicitar a isenção, o doente deve procurar o órgão que paga a aposentadoria (INSS, Prefeitura, Estado, etc) com requerimento e comprovar a doença mediante laudo pericial a ser emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, sendo fixado prazo de validade do laudo pericial, nos casos passíveis de controle. (Lei nº 9.250, de 1995, art. 30; RIR/1999, art. 39, §§ 4º e 5º ; IN SRF nº 15, de 2001, art. 5º, §§ 1º e 2º)

Quais são os documentos necessários para solicitar o benefício?

Os documentos necessários para o requerimento são:

1. Cópia do Laudo Histopatológico;
2. Atestado médico que contenha:
 - Diagnóstico expresso da doença;
 - CID (Código Internacional de Doenças);
 - Menção ao Decreto nº 3000 de 25/03/99;
 - Estágio clínico atual da doença e do doente;
 - Carimbo legível do médico com o número do CRM Conselho Regional de Medicina).

Quando o doente começa a estar isento do imposto de renda?

Após a solicitação e realizada a perícia médica, caso o pedido seja aceito, a isenção de imposto de renda para os doentes aposentados é automática. É importante saber que só terá direito ao pedido de isenção os doentes aposentados.

Fonte: Receita Federal

Isenção de ICMS na compra de veículos adaptados

O que é ICMS?

ICMS é o imposto estadual sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços. Cada Estado possui a sua própria legislação que regulamenta o imposto. Confira na lei estadual se existe uma menção para a concessão de isenção do imposto na compra de veículos especialmente adaptados e adquiridos por deficientes físicos.

Quais são os documentos necessários para a solicitação de isenção do ICMS na compra de veículo adaptado?

No Estado de São Paulo, por exemplo, o doente deve comparecer ao Posto Fiscal da área de sua residência, apresentar o requerimento em duas vias e os seguintes documentos:

1. Declaração expedida pelo vendedor do veículo na qual conste:

- o número do CIC ou CPF do comprador;
- que o benefício será repassado ao doente;
- que o veículo se destinará a uso exclusivo do doente, impossibilitado de utilizar modelo de carro comum por causa e sua deficiência.

2. Original do laudo da perícia médica fornecido pelo Departamento Estadual de Trânsito do Estado de sua residência que ateste e especifique:

- a incapacidade do doente para dirigir veículo comum;
- a habilitação para dirigir veículo com características especiais;
- o tipo de deficiência, a adaptação necessária e a característica especial do veículo;

3. Cópia autenticada da Carteira de Habilitação que especifique no verso as restrições referentes ao motorista e a adaptação realizada no veículo. Para solicitar a declaração descrita acima, o doente deve entregar ao vendedor:

1. Cópia autenticada do laudo fornecido pelo DETRAN

2. Documento que declare, sob as penas da lei, o destino do automóvel para uso exclusivo do doente, devido à impossibilidade de dirigir veículos comuns por causa de sua deficiência.

Fonte: Posto Fiscal Eletrônico da Secretaria de Fazenda do Estado de São Paulo

Isenção de IPI na compra de veículos adaptados

Quando o doente de câncer possui direito de solicitar a isenção de IPI na compra de veículos?

O IPI é o imposto federal sobre produtos industrializados. O direito à isenção ao doente de câncer apenas acontece quando este possui deficiência física nos membros superiores ou inferiores, impossibilitando o doente de dirigir veículos comuns. É necessário que o doente solicite ao médico os exames e o laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência.

Quais veículos podem ser adquiridos com isenção de IPI?

Automóveis de passageiros ou veículos de uso misto de fabricação nacional, movidos a combustível de origem renovável. O veículo precisa apresentar características especiais, originais ou resultantes de adaptação, que permitam a adequada utilização do veículo por pessoas portadoras de deficiência física, admitindo-se, entre tais características, o câmbio automático ou hidramático (acionado por sistema hidráulico) e a direção hidráulica.

A adaptação mencionada anteriormente poderá ser efetuada na própria montadora ou em oficina especializada. O IPI incidirá normalmente sobre quaisquer acessórios opcionais que não constituam equipamentos originais do veículo adquirido.

O benefício somente poderá ser utilizado uma vez, exceto se o veículo tiver sido adquirido há mais de três anos, caso em que o benefício poderá ser utilizado uma segunda vez.

Como fazer para conseguir a isenção?

De acordo com a Lei nº 10.182, de 12/02/2001 (restaura a vigência da Lei nº 8.989, de 24/02/1995, que dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis destinados ao transporte autônomo de passageiros e ao uso de portadores de deficiência), para solicitar a isenção o doente deve:

1. obter, junto ao Departamento de Trânsito do Estado onde residir, os seguintes documentos:

- laudo de perícia médica, atestando o tipo de deficiência física e a total incapacidade para conduzir veículos comuns, indicando o tipo de veículo, com as características especiais necessárias, que está apto dirigir, de acordo com resolução do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN;

- carteira nacional de habilitação com a especificação do tipo de veículo, com suas características especiais, que está autorizado a dirigir, conforme o laudo de perícia médica, de acordo com resolução do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN;

2. apresentar requerimento em três vias na unidade da Secretaria da Receita Federal de sua jurisdição, dirigido à autoridade fiscal competente a que se refere o art. 6º, ao qual serão juntadas cópias autenticadas dos documentos citados acima. O Delegado da Receita Federal ou Inspetor da Receita Federal de Inspeção de Classe "A", com jurisdição sobre o local onde reside o doente, são as autoridades responsáveis pelo reconhecimento da isenção.

As duas primeiras vias permanecerão com o doente e a outra via será anexada ao processo. As vias do doente devem ser entregues ao distribuidor autorizado da seguinte forma:

a) a primeira via, com cópia do laudo de perícia médica, será remetida pelo distribuidor autorizado ao fabricante ou ao estabelecimento equiparado a industrial;

b) a segunda via permanecerá em poder do distribuidor. É importante que, na nota de venda do veículo, o vendedor faça a seguinte observação:

I - "ISENTO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS - Lei nº 8.989, de 1995", o caso do inciso I do art. 9º; ou

II - "SAÍDA COM SUSPENSÃO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS - Lei

nº 8.989, de 1995", no caso do inciso II do art. 9º.

Fontes: Receita Federal e Federação Nacional da Distribuição de Veículos Automotores

Isenção de IPVA para veículos adaptados

O que é IPVA?

É o imposto estadual referente à propriedade de veículos automotores. Cada Estado tem a sua própria legislação que regulamenta o imposto. Confira na lei do seu Estado se existe a regulamentação sobre a isenção do imposto a veículos especialmente adaptados e adquiridos por deficientes físicos.

Caso o doente já tenha adquirido veículo anterior com isenção, o que deve fazer para transferi-la para o novo veículo?

No caso do veículo anterior, o doente deve ter cópia do comprovante de Baixa de Isenção. Para o carro novo, o doente deverá providenciar uma cópia de nota fiscal da compra e requerimento do Registro Nacional de Veículos Automotores (RENAVAM), com a etiqueta da placa do veículo.

Quitação do financiamento da casa própria

Quando o doente de câncer pode solicitar a quitação do financiamento?

O doente com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença, possui direito à quitação desde que esteja inapto para o trabalho e que a doença determinante da incapacidade tenha sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel.

Qual valor pode ser quitado?

Ao pagar as parcelas do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH), o proprietário também paga um seguro que lhe garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte. Em caso de invalidez, o seguro quita o valor correspondente ao que o doente deu para o financiamento.

A entidade financeira que efetuou o financiamento do imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável pelo seguro.

Saque do FGTS

O doente de câncer pode realizar o saque do FGTS?

Sim. O FGTS pode ser retirado pelo trabalhador que tiver neoplasia maligna (câncer) ou pelo trabalhador que possuir dependente doente de câncer.

Quais são os documentos necessários para o saque do FGTS?

Os documentos necessários são:

1. Documento de identificação;
2. carteira de trabalho;
3. comprovante de inscrição no PIS/PASEP;
4. original e cópia do Laudo Histopatológico (estudo em nível microscópico de lesões orgânicas) ou Anatomopatológico (estudo das alterações no organismo pela patologia), conforme o caso;
5. atestado médico* que contenha:
 - diagnóstico expresso da doença;
 - CID (Código Internacional de Doenças);
 - menção à Lei 8922 de 25/07/94;
 - estágio clínico atual da doença e do doente;
 - CRM e assinatura, sobre carimbo, do médico.
6. Comprovante de dependência, se for o caso.

* A validade do atestado médico é de 30 dias.

Qual é valor a ser recebido na retirada do FGTS?

O valor recebido será o saldo de todas as contas pertencentes ao trabalhador, inclusive a conta do atual contrato de trabalho. No caso de saque por câncer, persistindo os sintomas da doença, o saque na conta poderá ser efetuado enquanto houver saldo, sempre que forem apresentados os documentos necessários.

Fonte: Caixa Econômica Federal

Saque do PIS

O doente de câncer pode realizar o saque do PIS?

Sim. O PIS pode ser retirado na Caixa Econômica pelo trabalhador cadastrado que tiver neoplasia maligna (câncer) ou o trabalhador que possuir dependente doente de câncer.

Quais são os documentos necessários para o saque do PIS?

Para efetuar o saque são necessários os seguintes documentos:

1. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP;
2. carteira de trabalho;
3. documento de identificação;
4. atestado médico fornecido pelo médico que acompanha o tratamento do doente, com as seguintes informações: diagnóstico expresso da doença; estágio clínico atual da doença/doente; CID (Classificação Internacional da Doença); menção à Resolução 01/96, de 15/10/1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS-PASEP; carimbo que

identifique o nome/CRM do médico; cópia do exame histopatológico ou anatomopatológico que comprove o diagnóstico; comprovação da condição de dependência do doente, quando for o caso.

Qual valor tem o doente a receber?

O trabalhador receberá o saldo total de quotas e rendimentos.

Fonte: Caixa Econômica Federal

Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/orientacoes/faq.html>. Acesso em dez. 2003.

ANEXO XI

FICHA DE CADASTRO DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES DOS SIPAC'S – CÂMARA NACIONAL DE COMPENSAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE:

Hospital:

CGC/MF:

Endereço:

Município: U.F CEP TEL DDD()-

CIRURGIA CARDÍACA

Número de leitos cirúrgicos (da cirurgia cardíaca):

Número de sala (s) cirúrgica (s) da especialidade:

IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO

Número de leitos para a especialidade:

Número de equipos odontológicos p/ os procedimentos de implante:

LESÕES LABIO PALATAIS

Número de leitos para a especialidade:

Número de equipos odontológicos para os procedimentos do SIPAC

EPILEPSIA

Número de leitos cirúrgicos p/ especialidade:

Número de leitos clínicos para a especialidade:

CÂNCER

Número de leitos cirúrgicos p/ oncologia

Número de leitos clínicos p/ especialidade (adulto)

Número de leitos clínicos p/ especialidade (até 12 anos)

NEUROCIRURGIA

Número de sala (s) cirúrgica (s) p/ especialidade:

Número de leitos p/ especialidade:

Realiza cirurgia estereotáxica

Realiza microcirurgia

Possui residência médica na especialidade (credenciada MEC):

ORTOPEDIA

Número de salas cirúrgicas para a especialidade Ortopédia:

Credenciado nas sub – especialidades: Mão

TRANSPLANTES

Credenciado para Transplantes de:

Rim () Medula Óssea () Coração () Pulmão () Cómea () Fígado ()

Possui equipe (médico, assistente social psicólogo, etc) para captação de doadores de órgãos:

Possui equipe para avaliação de morte cerebral: