



A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA ONCO-HEMATOLOGIA DO HU-UFSC: um relato de experiência.

Aline Ayres de Hollanda¹
Ana Paula dos Santos²
Patrícia Fraga³

RESUMO

O presente artigo busca apresentar o relato de experiência no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), na alta complexidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), especificamente no atendimento à área de onco-hematologia. Tem como finalidade discorrer sobre o Serviço Social na saúde, através da experiência vivenciada no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), especificamente no atendimento à Onco-Hematologia.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; saúde; residência multiprofissional; onco-hematologia.

1 INTRODUÇÃO

O presente relato objetiva discorrer sobre a experiência profissional do Serviço Social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), que é realizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), especificamente no atendimento à Onco-Hematologia. A escolha de detalhar sobre essa área de concentração, dentro das várias especificidades da alta complexidade se deu devido à atuação e articulação das Assistentes Sociais que compõem a autoria desse relato, no período compreendido entre março e julho de 2019.

Busca-se trazer uma breve contextualização acerca da inserção do Serviço Social na saúde, além de ressaltar a vivência em uma instituição hospitalar com a carga horária de 60h semanais, bem como, evidenciar as particularidades da atuação do Serviço Social no HU/UFSC e na Onco-Hematologia.

¹ Assistente Social Residente do Programa RIMS- HU/UFSC - Alta Complexidade

² Assistente Social Residente do Programa RIMS- HU/UFSC - Alta Complexidade

³ Assistente Social do HU/UFSC - Alta Complexidade .



O Serviço Social se insere no campo da saúde desde a sua concepção enquanto profissão especializada na divisão social e técnica do trabalho. No entanto, até a década de 1960, sua construção teórico-metodológica orientava-se por perspectivas de bases tecnicistas e funcionalistas, de cunho conservador. Nos anos 60, inicia-se um movimento de ruptura da profissão, que buscava superar antigas abordagens, a partir da aproximação com outras áreas do saber como a sociologia, a filosofia e principalmente a teoria marxista.

Esse processo perdurou até a década de 80, onde a transcurso da reconceitualização atingiu seu ponto alto após longos estudos e debates realizados pela categoria profissional, dando início à alteração das bases teórico-metodológicas, ético-políticas e teórico-operativas da profissão, que define como direção política e ideológica “[...] o compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora com vistas à construção de uma nova ordem societária” (NOGUEIRA; SARRETA, 2016, p.02), que é incorporada no Código de Ética Profissional em 1993.

A conjuntura do país no período em que o Serviço Social alterava suas bases teóricas era marcada pelo final da ditadura militar e decurso da redemocratização, calcada pela pressão e efervescência dos movimentos sociais que lutavam pela garantia e ampliação dos direitos, onde destaca-se o Movimento de Reforma Sanitária, que tinha como bandeira de luta a universalização do acesso à saúde, compreendendo-a como um direito de todos e dever do Estado. Um dos marcos desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu em Brasília no ano de 1986.

A 8ª CNS tinha como objetivo fomentar discussões entre os profissionais e usuários sobre a formulação de um novo sistema de saúde, de modo a contribuir com os debates sobre o tema na futura constituinte (CHAGAS; TORRES, 2008). O relatório final dessa conferência, trouxe como produto de um dos vários debates ocorridos na ocasião, um conceito mais abrangente em relação a saúde, compreendendo-a como. “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde” (Ibid,n-p.).

Conforme destacam Bravo e Matos (2009), o Serviço Social manteve-se a margem desse processo, entretanto, recebeu influências dessa conjuntura, ainda que a preocupação central da categoria nesse período era a direção profissional a ser alcançada a partir da reformulação de suas bases teóricas.

A década de 1980 demarca, portanto, o início de uma nova etapa para o Serviço Social Latino Americano que vem em construção até os dias atuais e, foi também um período histórico de efervescência das lutas dos movimentos sociais da classe trabalhadora como o movimento pela Reforma Sanitária. Tais lutas tiveram como



consequência a promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada um grande avanço na medida em que expressa a ampliação das políticas públicas, principalmente no que tange à seguridade social, alicerçada pelo ‘tripé’ Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Ainda que o Serviço Social não tenha participado ativamente do Movimento da Reforma Sanitária, efetivou contribuições significativas para a consolidação das políticas de Seguridade Social. Conforme determinação do Conselho Federal de Serviço Social, “[...] a perspectiva de seguridade social pautada no projeto ético-político da categoria é concebida como parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2010, p. 18).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde é compreendida enquanto uma política de caráter universal, não contributiva, materializada a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8080/1990 (BRAVO; MATOS, 2009). Essa política possui treze princípios estruturantes, quais sejam, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas; a igualdade da assistência à saúde; o direito à informação; a divulgação de informações de saúde; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa; a integração em nível executivo das ações de saúde; a conjugação dos recursos de todas as ordens entre União, Estados, DF e Municípios; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

Partindo desse princípio, e, ao ler Mioto e Nogueira (2006), é possível perceber que a atuação do Serviço Social nesta área está estruturada nos princípios de integralidade, equidade e universalidade dispostos na LOS. Sendo assim, a categoria profissional entende essa política como um direito universal, público e gratuito, fundamentando sua intervenção a partir da compreensão em sua totalidade, não apenas no aspecto biológico, mas também a partir das determinações econômicas, ambientais e sociais que causam danos relacionados à saúde, ou que contribuam com a produção desta.

2 O SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ALTA COMPLEXIDADE

Com as alterações no âmbito da Política de Saúde e, seguindo as tendências de renovação crítica em seu interior o Serviço Social passa a gradativamente construir uma nova forma de atuação. E, com isso, abandona o olhar biomédico pautado na saúde



enquanto ausência de doenças e passa a compreendê-la enquanto “*produto e parte do estilo de vida e das condições de existência*” (MIOTO; NOGUEIRA 2006, p. 13). Relacionada, portanto, diretamente a forma de inserção humana na sociedade e dos múltiplos determinantes que perpassam a vida social dos indivíduos, tais como, condições de habitação, alimentação, higiene, trabalho, lazer, entre outros. Conforme o conceito de saúde elaborado no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira a saúde em seu sentido mais abrangente, como referido anteriormente:

[...] é a 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. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (AROUCA, 1987, p. 382).

A partir desta nova compreensão a respeito da saúde, atualmente o Serviço Social se insere nos diversos espaços da política, como unidades básicas, hospitais, ambulatorios e CAPS. Ou seja, nos níveis primário⁴, secundário⁵ e terciário⁶ de atenção à saúde. Neste sentido, é importante salientar que a atenção terciária compreende os serviços de alta complexidade do SUS, que conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, estão organizados em rede que são:

[...] assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2017).

A atenção em alta complexidade diz respeito ao conjunto de procedimentos que, no contexto do sistema público de saúde, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando proporcionar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os

⁴ Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

⁵ Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

⁶ Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo.
Referência: SUS de A a Z (BRASIL, 2009)



aos níveis de atenção básica e de média complexidade. Orientando-se pela modalidade de ensino em serviço, a RIMS/HU é uma modalidade de Pós-Graduação lato sensu, e encontra-se estruturada em três áreas de concentração – Atenção em Urgência e Emergência, Atenção em Alta Complexidade e Atenção em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

Conta com profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Psicologia. E tem como pressupostos: a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade, o conceito ampliado de saúde, a integralidade, as noções de rede de cuidados e a educação permanente em saúde (UFSC, 2013). Foi instituída pelo Art. 13 da lei nº 11.129, de 30 de JUNHO DE 2005.

Na realidade institucional do HU/UFSC, a alta complexidade em saúde constitui-se de serviços de internação e ambulatoriais, quais sejam: unidades de internação: Clínica Médica I, Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica I, Clínica Cirúrgica II, Unidade de Terapia Intensiva (UTI). E, unidades ambulatoriais: Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Vascular, Implante Coclear, Quimioterapia, Transplante Hepático e Unidade de Tratamento Dialítico.

Além do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, o hospital conta ainda com o Programa de Residência Médica, que segue diretrizes e normativas distintas, de acordo com o preconizado na Lei nº11.129/2005:

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

Neste sentido, problematizamos a exclusão da categoria médica do rol das profissões que compõem a RIMS e os demais programas de âmbito nacional, como se esta categoria dentro dos espaços de saúde não atuasse ou devesse atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar. São compreendidas ainda pela resolução no 287 de 08 de outubro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde, profissões da saúde as quais podem fazer parte da residência multiprofissional: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

No desenvolvimento da estruturação da residência existe o papel do preceptor e do tutor, os quais devem ser destacados e diferenciados, sendo conforme a resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012, implícitos à instituição de um programa de Residência Multiprofissional. Conforme o Regimento Interno da RIMS HU/UFSC de 2011,



Art. 15º - A preceptoria caracteriza-se pela orientação e supervisão dos residentes quanto as suas atividades de educação em serviço, individuais e coletivas; articulando com a tutoria e avaliando o desempenho dos mesmos, segundo as estratégias metodológicas estabelecidas pelo curso (RIMS, 2011).

Já a tutoria, se caracteriza como espaço para “desenvolvimento do conteúdo teórico da formação dos residentes, de modo geral e específico, individual e coletivo, articulando-se com a preceptoria para a avaliação dos residentes” (RIMS, 2011, p.8). A carga horária para a tutoria deve ser explicitada, organizada e pactuada entre tutores e residentes, sendo comunicada aos preceptores. Entretanto, conforme explicitado em reunião do Grupo de Apoio Pedagógico (GAP) em 05 de Julho de 2019, deve ocorrer semanalmente, com carga horaria de 1h por semana e/ou uma vez ao mês no período de 4hrs.

De acordo com o Projeto Pedagógico da RIMS/HU, para viabilização da proposta do programa de Residência Multiprofissional, é fundamental que a Educação Permanente se faça presente, de modo que envolva o conjunto de profissionais que fazem parte do programa (tutores, preceptores e supervisores) em capacitações e seminários que abordem temas comuns às diversas profissões e as Políticas de Saúde, tendo como objetivo qualificar a atuação junto aos residentes (UFSC, 2010).

A partir da inserção no programa RIMS/HU enquanto Assistentes Sociais residentes, acompanhadas pelas profissionais do Setor de Serviço Social do hospital, ocorreu a aproximação com a onco-hematologia, especialidade da alta complexidade em saúde, ênfase de imersão da residência, a qual como explicitado anteriormente foi escolhida para a construção do presente relato, devido à diversidade de contextos vivenciados pelas duas residentes acompanhadas pela Assistente Social do hospital, que compõem a autoria desse trabalho, ocorridas no período de 07 de março a 28 de abril de 2019 e 17 de junho a 04 de agosto do mês referido ano.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ONCO-HEMATOLOGIA

O Serviço Social do HU/UFSC atua junto aos pacientes com diagnóstico ou sob investigação de doenças onco-hematológicas. Os atendimentos profissionais se dão tanto à usuários internados quanto àqueles que se encontram em acompanhamento ambulatorial no Ambulatório de Quimioterapia. O processo de trabalho compreende a realização de atendimento tanto ao usuário (a) quanto à família e/ou rede de apoio social e tem como objetivo articular junto aos demais profissionais de saúde, ações que possibilitem acesso ao tratamento, garantindo o direito à saúde.

Além do desenvolvimento de ações direcionadas à atenção às necessidades sociais em saúde na perspectiva da integralidade e proteção social por meio da



articulação intersetorial com os variados serviços que materializam as políticas sociais e, portanto, extrapolam a esfera da Política de Saúde.

Destaca-se o importante papel do trabalho multiprofissional para uma assistência integral ao usuário e família, bem como, a realização do atendimento gradual e contínuo, com vistas ao estabelecimento de vínculos entre profissionais, usuários e rede de apoio dado o longo período de tratamento e as fragilidades sociais, físicas e emocionais as quais estes indivíduos são expostos.

O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na área de onco-hematologia tem como objetivo, portanto, mediar as relações sociais inerentes ao usuário em processo de adoecimento, com o objetivo de proporcionar-lhe melhor qualidade de vida. Nesta direção, a atuação profissional busca assegurar o acesso aos benefícios e serviços sócio assistenciais. Realizar os encaminhamentos para a rede de serviços, programas e benefícios sociais. Orientar sobre os direitos previdenciários, assistenciais, trabalhistas e demais direitos sociais da pessoa com câncer.

Assim, pode-se afirmar com base na experiência cotidiana de atendimento à usuários (as) e familiares no HU/UFSC que as ações profissionais do Serviço Social neste âmbito destinam-se ao atendimento às variadas demandas sócio assistenciais dos usuários (as).

A realização de ações de caráter sócio educativo mediadas através do diálogo e incitação à reflexão crítica cuja intencionalidade direciona-se a proporcionar a usuário (a) e família condições de exercer controle e conhecimento frente seu processo de tratamento; a viabilização de condições de acesso a rede de proteção social; o acolhimento e a atenção humanizada. E, ainda, a atenção profissional qualificada que tenha como foco a manutenção da autonomia do sujeito, de forma a encontrar junto ao mesmo soluções que lhe possibilitem o máximo possível de qualidade de vida durante o tratamento.

Fazem parte da rotina de trabalho do assistente social na onco-hematologia:

- a. A visita aos leitos dos pacientes internados para realização de entrevistas e acolhimentos com vistas ao acompanhamento e identificação de sua realidade social, econômica e cultural.
- b. O atendimento a usuários que realizam tratamento quimioterápico a nível ambulatorial.
- c. A orientação e realização de encaminhamentos para abertura de processo de Tratamento fora de domicílio (TFD) quando houver indicação de Transplante de Medula Óssea (TMO), buscando com isso, promover as condições indispensáveis como passagens e diárias para continuidade/seguimento do tratamento.



d. O atendimento ao usuário (a) e familiares encaminhados ao TMO atuando como intermediador no processo de encaminhamento ao TMO, através de contatos frequentes como hospital de referência; para agendamento de casa de apoio para o período de permanência na cidade onde se encontra localizado o centro transplantador.

e. A realização de contatos com outras instituições, visando garantir o acesso do paciente e seus familiares aos recursos da comunidade que possam auxiliá-lo de forma a amenizar as dificuldades enfrentadas durante o tratamento.

f. A viabilização do retorno ao município de origem no momento da alta hospitalar, ou encaminhamento ao atendimento ambulatorial no pós-operatório ou pós-tratamento.

g. O acolhimento e orientações aos de usuários que tenham ido a óbito.

h. A discussão cotidiana e participação em reuniões junto a equipe multiprofissional.

As ações desenvolvidas na Onco-Hematologia do HU/UFSC pelo Serviço Social, assemelham-se às atividades desenvolvidas por profissionais que atuam na mesma área, em outras instituições como explícito no trecho a seguir:

Dentre as ações desenvolvidas pelo assistente social, destacam-se as de cunho socioeducativo, cujo objetivo é formar uma rede articulada de apoio ao paciente, dentro e fora da Hospital e extrapolando suas ações para a comunidade local e regional. No atendimento aos pacientes submetidos ao TMO, as ações do serviço social se iniciam desde o primeiro contato do paciente e familiares com a Unidade de transplante e continua durante todas as fases do procedimento, a níveis ambulatorial e hospitalar, até a reintegração do paciente a sua comunidade, que é o objetivo final do processo (ANDERS; SOLER, et al, 2000 p. 481).

Também é recorrente na atuação do profissional do Serviço Social ações relacionadas a garantir a permanência dos familiares nas instituições hospitalares para acompanhamento do tratamento realizado. Devido às especificidades e condicionalidades das políticas públicas que preconizam o direito à essa permanência, presencia-se na prática diversos desafios e impasses quanto ao custeio de diárias, viabilização de casas de apoio, espaços adequados nas instituições, que acabam muitas vezes por inviabilizar o direito ao acompanhante. Sobre esse aspecto, busca-se criar estratégias e articulações que visem garantir o direito referido, sendo muitas vezes necessário a parceria com instituições voluntárias, devido à indisponibilidade do Estado.

Atualmente são acompanhados pela equipe de onco-hematologia do HU/UFSC cinco pacientes com idade inferior a 18 anos. Esses têm garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Nº 8.069, conforme artigo 12:

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais



ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990).

Entretanto, evidencia-se uma contradição relacionada ao acesso deste direito quando o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943, que aprova a consolidação das Leis do Trabalho, afirma em seu Art. 473 inciso XI que a garantia de liberação para acompanhar filhos em consultas e tratamentos é de apenas um dia por ano e para acompanhar filho de até seis anos em consulta médica. Já a legislação da saúde nem cita a questão. Ou seja, a permanência de um responsável pelas internações é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e cobrada de forma quase que obrigatória por parte das instituições hospitalares, mas não é garantida na legislação trabalhista. O direito a acompanhante passa a ser dever dos familiares e acarreta muitas vezes na perda de emprego destes, trazendo grandes prejuízos à situação socioeconômica da família.

Esta questão se intensifica quando a internação é para o TMO. No caso do serviço realizado no HU/UFSC, os usuários aptos a realizar o transplante são encaminhados para o Hospital Amaral Carvalho, localizado em Jaú - SP. Esse processo necessita de transporte aéreo e terrestre, bem como de hospedagem e alimentação. Esse processo é realizado por repetidas vezes, em função das consultas pré-transplante e pós-transplante. A internação para o TMO é longa, no caso de usuários adolescentes, é obrigatório a permanência de um responsável legal, isso muitas vezes ocasiona na perda do vínculo formal de trabalho por parte dos responsáveis, bem como no abandono deste vínculo perante a complexidade do processo de tratamento da doença.

Além dos cinco pacientes com idade inferior a dezoito anos, atendemos no total 74 pacientes novos na onco-hematologia, sendo estes apenas os que realizam internações e começaram tratamento do período de janeiro a julho. Destes 74, 16 são pessoas com menos de 30 anos. Estes usuários estão em idade laboral, muitos deles estudantes, com perspectivas, planos e desejos de uma vida longa antes do diagnóstico. Isso também perpassa diretamente a atuação do Serviço Social, na medida que no ambiente hospitalar, o Serviço Social é a profissão que faz o intermédio da internação, do tratamento e da realidade dos usuários.

Diante o exposto, evidencia-se a complexidade e os desafios dessa experiência, que convoca os profissionais do Serviço Social que atuam nesse âmbito a estarem em constante qualificação profissional, comprometidos com o conhecimento da realidade dos usuários e das legislações pertinentes às suas demandas. A partir disso, é possível vislumbrar estratégias, limites e possibilidades de intervenção de maneira a contribuir para a promoção da saúde em seu contexto ampliado.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da inserção profissional em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que oferece a educação em serviço, ou seja, proporciona uma prática orientada, transmite uma segurança maior a/ao profissional recém formada/o, viabilizando não só um processo de educação permanente como também a construção coletiva de saberes e instrumentais necessários ao atendimento das necessidades e demandas que permeiam o ambiente hospitalar.

As demandas que chegam ao Serviço Social no atendimento à onco-hematologia ultrapassam os encaminhamentos e articulações com os demais serviços e políticas públicas. Nos convocam a exercitar a empatia, a buscar compreender as subjetividades de cada usuário, relato e configuração familiar que é atendida. Acompanhamos internações longas, tratamentos dolorosos, vínculos fragilizados, direitos inviabilizados. Presenciamos a ausência do Estado em seus processos burocráticos e cada vez mais escassos de acesso à benefícios de políticas de direito. A dor, o sofrimento e a morte perpassam nossa atuação de modo inerente.

Assistimos a desconstrução de sonhos, valores e objetivos de vida, o que torna o cotidiano profissional nessa área, pesado emocionalmente e nos convoca à criação de artifícios para o atendimento das mais diversas necessidades individuais e sociais que se apresentam.

A relevância da atuação da/o Assistente Social na onco-hematologia é iminente. Conseguimos a partir de uma série de técnicas, instrumentos e mediações, tornar a permanência hospitalar do usuário e de seu acompanhante menos onerosa a partir da instrumentalização dos mesmos quanto às possibilidades de acesso à direitos de cunho socioeconômicos e socioeducacionais. Viabilizamos a articulação com as políticas de Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação, Habitação entre outras, na perspectiva do atendimento integral, acionando todas as possibilidades, contribuindo para que o processo da doença seja também um processo de saúde, de qualidade de vida, de exercício da cidadania e de defesa e preservação da dignidade humana.

Durante a construção deste relato, experienciamos a dor da perda de uma usuária a qual estávamos estritamente vinculadas. Expectativas frustradas são sempre difíceis de serem digeridas. Mas a certeza da realização de um atendimento de excelência dentro das possibilidades existentes, nos oferece o amadurecimento necessário para uma atuação cada vez mais qualificada, além de nos trazer, enquanto profissionais, humanas e empáticas, a força para continuarmos com um trabalho tão necessário à população.



5 Referências

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Democracia e Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Constituição (2012). **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012**. Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2012. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192>.

_____. Consolidação das Leis do Trabalho. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de MAIO de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, 1943 Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm

_____. **RESOLUÇÃO Nº 287, DE 08 DE OUTUBRO DE 1998**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1998 Disponível em:
http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf

_____. Constituição (1990). Lei nº 8080, de 19 de julho de 1990. **Política Nacional de Saúde**. Brasília, 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

_____. Constituição (1990). LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente** e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>

_____. Constituição (2012). Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. **Programas de Residência Multiprofissional em Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192>.

_____. **Assistência Especializada**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em:
<http://www.saude.gov.br/component/content/article/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>

_____. **RESOLUÇÃO Nº 287, DE 08 DE OUTUBRO DE 1998**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1998 Disponível em:
http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf

BRAVO, M. I. S; MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CHAGAS, J.; TORRES, R. **OITAVA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: o SUS ganha forma**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>



MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

NOGUEIRA, D.; SARRETA, F. O. **A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: desafios atuais**. Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Belo Horizonte, 2009.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RIMS/HU). **Regimento do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC**. Florianópolis, 2011.

Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/wp-content/uploads/sites/22/2015/01/Regimento-RIMS-aprovado-em-29.04.11.pdf>

_____. **Projeto Pedagógico**. Florianópolis, 2010. Disponível em:

http://www.hu.ufsc.br/setores/rims/wp-content/uploads/sites/22/2015/01/residencia_multiprofissional_projeto_2011.pdf.

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (COREMU). **REGIMENTO GERAL DA COREMU/UFSC**. Florianópolis, 2017. Disponível em:

<http://coremu.ufsc.br/2017/06/19/minuta-regimento-interno/>