

O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DO CÂNCER I FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19

Social Work of the Hospital of Cancer I during the Covid-19 pandemic

por: Fernanda Sofieti Netto¹, Cecília Maria Valter Costa², Renata Cristina Mendes Lima³, Fabiana Felix Ribeiro.⁴

RESUMO

O presente artigo é fruto de uma pesquisa realizada no ano de 2020 com parte da equipe do Serviço Social do Hospital do Câncer I (HC I), uma das unidades do Instituto Nacional de Câncer (INCA). O objetivo era analisar a atuação das assistentes sociais durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19), refletindo sobre as mudanças na rotina hospitalar, bem como identificar as principais demandas e as respostas da categoria. A pesquisa é qualitativa e a referência teórico-metodológica tem como base o método crítico dialético. Concluiu-se que, houve a piora na qualidade de vida dos usuários, que buscaram ainda mais pelos atendimentos e o Serviço Social, apesar de ter agregado novas tarefas, manteve a defesa de suas atribuições privativas e competências profissionais.

Palavras-chave: COVID-19; Serviço Social; Oncologia.

ABSTRACT

This article is the result of research conducted in 2020 with part of the Social Work team of Hospital Cancer I (HC I), a unit at National Cancer Institute (INCA). The objective of this study was to analyze the performance of social workers during the pandemic of the new coronavirus (COVID-19), reflecting on changes in hospital routine, as well as identifying the main demands and responses of the Social Work. The research is qualitative and the theoretical-methodological reference is based on the dialectical critical method. It was concluded that there was a deterioration in the quality of life of patients, who sought even more care and Social Work, despite having added new tasks, maintained the defense of their private attributions and professional competences.

Keywords: COVID-19; Social Work; Oncology.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado do Trabalho de Conclusão de Residência, do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia e Física Médica, ofertado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A motivação de escrever sobre o processo de trabalho das assistentes sociais durante este momento de intensa crise no âmbito da saúde em nível global, surgiu a partir de indagações e observações enquanto assistente social residente no Hospital do Câncer I, uma das unidades do INCA.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), no dia 7 de junho de 2021, no Brasil há o registro de 472.531 óbitos e 16.907.425 infectados⁵. Os rebatimentos no país mostram-se mais intensos, se comparados a outros países, seja pelas formas de enfrentamento ao vírus por parte dos governantes ou pelas desigualdades socioeconômicas. Conforme Demenech et al. (2020, p.10), as condições desiguais entre os indivíduos é maléfica, pois os mais pobres são os mais afetados “seja

¹ Assistente social, mestre em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ e especialista em oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional do INCA. E-mail: fe.sofieti@gmail.com

² Assistente social, funcionária pública, do Hospital do Câncer I/Instituto Nacional de Câncer – MS. Mestre em Serviço Social pela ESS/UFRJ. E-mail: cecilia.costa@inca.gov.br

³ Assistente Social do Instituto Nacional de Câncer/INCA, Especialista em Serviço Social e Saúde pela FSS/UERJ, mestre em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ. E-mail: renata.lima@inca.gov.br

⁴ Doutoranda IBICT/UFRJ. Mestre e especialista ICICT/FIOCRUZ. Graduada em Serviço Social ESS/UFRJ. Assistente social do Instituto Nacional de Câncer/INCA E-mail: fabiana.ribeiro@inca.gov.br

⁵ Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em: 7 jun. 2021.



10 | O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DO CÂNCER I FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19

pela distribuição desigual de oportunidades [...], seja por meio de efeitos contextuais que prejudicam a capacidade de uma localidade de responder adequadamente a essa crise sanitária”.

No caso do INCA, como centro de referência para o tratamento oncológico de alta complexidade -integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), verifica-se como preocupante a condição de saúde da população que é submetida a tratamentos que alteram a proteção imunológica. Um estudo brasileiro publicado no *Journal of Clinical Oncology*⁶, realizado entre os meses de março e julho de 2020 com 198 pacientes oncológicos com COVID-19, demonstrou que a taxa de mortalidade deles é maior quando está associada a alguns fatores, tais quais: idade avançada (60 anos de idade ou mais), pessoas que tratam tumores malignos no trato respiratório, histórico de tabagismo e que tenham o câncer em estágio avançado.

Tal realidade reflete no Hospital do Câncer I⁷, que é a unidade que concentra o maior número de clínicas, tratando de adultos e crianças com vários tipos de tumores, também realizando exames, tratamentos e cirurgias (INCA, 2021). Com a pandemia do COVID-19, o hospital e seus profissionais tiveram que se adaptar aos novos protocolos, visando a diminuição do contágio e, principalmente, a proteção dos pacientes imunodeprimidos.

Sendo assim, no dia 16 de março de 2020, foram deliberadas medidas de segurança pela direção do HC I, que suspenderam algumas cirurgias, marcações, exames e consultas de controle. A partir desse momento, começou o processo de restrição de visita aos usuários internados, entretanto, a suspensão total aconteceu no dia 9 de abril, haja vista que a alta rotatividade poderia acarretar o aumento dos níveis de contaminação. Ao que se refere à concessão da autorização para acompanhante⁸, anteriormente, era ampla, no sentido que usuários não contemplados por lei tinham a possibilidade de permanecer com acompanhante no período da internação, mediante a avaliação dos profissionais de saúde. No entanto, a partir da última data, os acompanhantes foram restritos às situações previstas em lei, ou seja, usuário maior de 60 anos de idade, menor de 18 anos ou considerado pessoa com deficiência, bem como sem suspeita ou confirmação para COVID-19⁹. Contudo, no decorrer dos meses, os surtos de contaminação na enfermaria desencadearam o endurecimento das medidas de permanência de acompanhante, até mesmo nos casos que o usuário tinha direito.

Considerando os aspectos apresentados, tornou-se importante um estudo que evidenciasse as atividades realizadas pelas assistentes sociais¹⁰ do HC I, frente a este período totalmente novo no país e no mundo. É válido reforçar que o Serviço Social do HC I está na “linha de frente”, pois entendemos que esta expressão não se refere somente àqueles profissionais que realizam procedimentos direto nos corpos dos usuários, mas também, outras ações essenciais de atendimento

⁶ FERRARI, Bruno et al. Determinants of COVID-19 Mortality in Patients With Cancer From a Community Oncology Practice in Brazil. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00444>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

⁷ Localizado na Praça da Cruz Vermelha, área central do Rio de Janeiro. Atendimentos das clínicas da pediatria, tumores na cabeça e pescoço, aparelho respiratório e digestivo, dermatologia, hematologia, urologia, quimioterapia e radioterapia (INCA, 2021). Ressalta-se o fato da direção geral do INCA ser estabelecida no mesmo prédio.

⁸ Previstos em lei: Estatuto do Idoso, Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

⁹ Nas clínicas de adultos, passou a não ser permitido o revezamento de acompanhantes. Somente na clínica da pediatria, o rodízio era permitido a cada 7 dias.

¹⁰ Na equipe do HC I só tem um assistente social homem, portanto, quando houver referência ao trabalho das profissionais do Serviço Social, o texto será escrito no gênero feminino, respeitando a maioria formada por mulheres e para não identificá-lo.



direto e próximo a essas pessoas, como as assistentes sociais que atuam de forma a mobilizar toda uma rede de serviços, recursos e políticas públicas tendo em vista viabilizar condições para acesso e continuidade do tratamento. Ademais, as assistentes sociais são reconhecidas como profissionais da saúde, conforme consta na Resolução nº 218, de 6 de março de 1997¹¹, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999¹².

A pesquisa propõe analisar a atuação das assistentes sociais durante a pandemia do novo coronavírus no HC I, refletindo sobre as mudanças na rotina hospitalar vivenciadas pela equipe, bem como identificar as principais demandas que se apresentam para o Serviço Social e suas respostas. Considera-se que o conhecimento advindo desta experiência possa contribuir para o enfrentamento de situações adversas que requerem maior grau de compreensão da realidade, em consonância com as condutas éticas da profissão.

2. MÉTODO

A referência teórico-metodológica da pesquisa tem como base o método crítico dialético, cujo objetivo é ir além da aparência do fenômeno chegando a sua essência, por meio de aproximações. Fundamenta-se na visão materialista e histórica da sociedade, considerando o objeto em sua totalidade (NETTO, 2011).

Segundo Netto (2011), esse método consiste em uma forma de se pesquisar fenômenos sociais, os considerando como algo contraditório, dinâmico, complexo e, que possui características do período histórico em que ele se encontra. O objeto e o sujeito mantêm uma relação de implicação, tendo o primeiro uma natureza objetiva a vontade do sujeito.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa no dia 5 de outubro de 2020, sob CAAE 38157820.2.0000.5274. A pesquisa respeitou as orientações determinadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12¹³.

Considerando os objetivos da pesquisa, foram selecionados materiais impressos e on-line referentes às categorias de análise: COVID-19, Serviço Social, oncologia e ainda, informações oficiais da instituição nesse período pandêmico. Ademais, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as assistentes sociais do HC I, entre os dias 14 de outubro e 6 de novembro de 2020. Foi adotada uma leitura qualitativa das fontes, assim como as informações obtidas nas entrevistas.

O critério de seleção das assistentes sociais que participaram da entrevista foi pelas que estiveram exercendo suas atividades desde quando houve o decreto de número 46.9666¹⁴, de 11 de março de 2020, sobre as ações de enfrentamento ao novo coronavírus - deste modo, excluindo as que tiveram licença por mais de 30 dias ou que ficaram em trabalho remoto. A orientadora, assim como as duas coorientadoras e uma residente (que não fazia parte da equipe do HC I inicialmente) também não participaram.

¹¹ Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html>. Acesso em: 14 ago. 2020.

¹² Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 14 ago.2020.

¹³ Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2021.

¹⁴ Disponível em: <<https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMTk%2C>>. Acesso em: 19 jul. 2020.



A entrevista semiestruturada foi realizada individualmente com sete assistentes sociais. Antes de iniciá-la, as participantes foram informadas sobre os objetivos e os riscos envolvidos, e em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Deste modo, a análise das entrevistas fundamentou-se na hermenêutica-dialética, tendo em conta a sua compreensão da realidade, entendendo os fenômenos como parte do todo, estando situados historicamente (MINAYO, 2004).

Assim a hermenêutica e a dialética apresentam-se como momentos necessários na produção da racionalidade. [...] leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico (MINAYO, 2004, p. 227).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, tendo sido feita a categorização do conteúdo obtido. Dessa maneira, a verificação concentrou-se em três eixos temáticos, dialogando com as falas das assistentes sociais e a literatura. Tais eixos são respectivamente: a reorganização do serviço, as demandas apresentadas para o Serviço Social e as respostas da categoria às solicitações.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Serviço Social emerge e se institucionaliza no Brasil como profissão na década de 1930, no período de consolidação do capital monopolista e expansão das ações estatais, com uma função social de atuar no enfrentamento das expressões da questão social¹⁵ por meio das políticas sociais. Entretanto, tal expansão permitia a reprodução do capital, garantindo a conservação da força de trabalho -ameaçada pela superexploração (NETTO, 2011). Esse constante tensionamento entre o Estado e a classe trabalhadora, exigiu um profissional interventivo diante das mazelas geradas/aprofundadas pela produção capitalista.

Historicamente, passa-se da caridade tradicional levada a efeito por tímidas e pulverizadas iniciativas das classes dominantes, nas suas diversas manifestações filantrópicas, para a centralização e racionalização da atividade assistencial e de prestação de serviços sociais pelo Estado, à medida que se amplia o contingente da classe trabalhadora e sua presença política na sociedade. Passa o Estado a atuar sistematicamente sobre as sequelas da exploração do trabalho expressas nas condições de vida do conjunto dos trabalhadores (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 85).

Para Iamamoto e Carvalho (2014, p. 89), tal terreno mostra-se fértil para o surgimento de profissionais do Serviço Social, pois está “vinculado ao crescimento das grandes instituições de prestação de serviços sociais e assistenciais, geridas ou subsidiadas pelo Estado”. Sendo assim, o profissional é capaz de atuar em diversos campos, buscando evidenciar os direitos e benefícios dos usuários.

O principal marco das políticas públicas no Brasil, foi a Constituição Federal de 1988, que

¹⁵ “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 84).

trouxe importantes avanços, como o reconhecimento do tripé da Seguridade Social, composto pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social. A primeira, afirma que todos os cidadãos têm direito à saúde, sendo o Estado responsável por garanti-lo; a assistência social é focalizada aos que necessitam de auxílio governamental para sua subsistência. Por fim, segundo Behring e Boschetti (2011, p. 157), a previdência social segue a “lógica do seguro”, pois para ter acesso ao direito é necessário ter contribuído financeiramente. Dito isto, é notória a atuação das assistentes sociais nessas políticas.

Segundo Matos (2020, p. 3), na área da saúde o Serviço Social visa identificar os determinantes sociais da saúde¹⁶ “que atravessam o processo saúde-doença para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa”. Dessa forma, entende-se que a escuta ativa auxilia na intervenção profissional, sendo fundamental a participação do usuário durante todo o processo de identificação e encaminhamento das demandas. O profissional, em parceria com o usuário, é capaz de contribuir no processo de construção da consciência crítica, evidenciando que o mesmo não está sendo tutelado mas orientado para que possa realizar suas próprias escolhas diante da sua vivência sobre a realidade.

Sobre esta relação, é axiomático expor o artigo 5º do maior norteador da atuação das assistentes sociais, o Código de Ética Profissional:

Das Relações com os/as Usuários/as Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as: [...] b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código (Código de Ética, 1993, p.29).

Além disso, é importante ressaltar que a comunicação deve ser de forma eficiente para que as orientações sejam compreendidas. Conforme Silva (2021, p. 99) apresenta, as condutas do profissional “incidem sobre comportamentos e atitudes da população, tendo na linguagem seu principal instrumento”. Exemplificando esse aspecto, na clínica dos tumores de cabeça e pescoço, muitos usuários são traqueostomizados¹⁷ e alguns não conseguem nem emitir som. Com o uso obrigatório da máscara, a leitura labial tornou-se impossível, fazendo com que a profissional utilizasse mais estratégias de comunicação para além da verbal.

Como observado na pesquisa, a pandemia gerou impactos em todos os setores da sociedade e o processo de trabalho do Serviço Social também foi afetado. Tendo como base o conteúdo coletado e analisado, o artigo é estruturado em três eixos, conforme exposto na seção anterior.

Antes de abordarmos os eixos, é necessário evidenciar o perfil das profissionais que participaram da pesquisa: 6 mulheres e 1 homem, entre 29 e 56 anos de idade. Referente a raça/cor, 4

¹⁶ “Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e FILHO, 2007, p. 78).

¹⁷ “A traqueostomia (TQT) é um procedimento cirúrgico onde ocorre a abertura da parede anterior da traqueia, fazendo uma comunicação da mesma com o meio externo, com o objetivo de dar ao paciente uma possibilidade para respirar”. Disponível em: <<https://www.cpaps.com.br/blog/traqueostomia-o-que-e-para-que-serve-modos-ventilatorios/>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

14 | O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DO CÂNCER I FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19

declararam-se pardas ou pretas e as outras 3 brancas. Sobre o local de residência, 4 são da zona norte, 1 da zona sul, 1 da zona oeste e 1 reside em outro município. No que diz respeito à situação conjugal e familiar, 5 profissionais são casadas, 2 são solteiras e 1 vive em regime de união estável e 5 têm filhos. Há a predominância da formação em instituições públicas, pois somente 2 possuem graduação em universidade privada e o tempo de formada é entre 6 e 31 anos. Todas as entrevistadas têm pós-graduação: 1 lato sensu em nível de especialização, 3 são mestras, 1 doutora e 2 doutorandas. Das 7 entrevistadas, apenas 1 é residente, enquanto as demais são servidoras públicas. Em relação a clínica de atuação antes da pandemia, 2 eram referência no abdômen, urologia e plástica, 2 na pediatria, 2 na oncologia e hematologia de adultos e 1 não tinha clínica definida, ou seja, revezava em todas.

4. REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Com a pandemia, o INCA estabeleceu novos protocolos de contenção da disseminação do vírus e o serviço teve que ser reorganizado, pois as práticas habituais de trabalho não poderiam mais continuar da mesma forma. A distribuição por clínicas na enfermaria mudou devido aos rearranjos frequentes de leitos e andares reservados para casos de internação clínica, cirúrgicas e COVID-19. Tal organização no HC I tem oscilações, considerando os índices de contaminação, variando a quantidade de leitos direcionados para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Vale destacar que inicialmente a avaliação social nesse espaço foi suspensa, porém, a atualização de dados e informações sobre a rede de suporte, acolhimento e orientações, principalmente considerando-se a restrição da entrada da família no hospital, permaneceu.

Assim sendo, a reestruturação institucional e as medidas de controle de propagação do vírus alteraram a organização de trabalho das assistentes sociais, que atendiam por clínicas (trabalho de referência para a equipe assim como para os usuários desde 2015), tanto no ambulatório (pacientes agendados e atendimentos extras) como na enfermaria, onde é realizado o atendimento aos usuários recém-internados, acompanhamentos e demandas espontâneas, assim como, a verificação das altas médicas -na qual a atuação da profissional é determinante, visto que requer abordagens familiares em casos de acompanhamento ou acionamento de políticas sociais, como o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), para viabilizar a operacionalização da alta hospitalar através do transporte disponibilizado pela prefeitura do município de origem do usuário.

O Serviço Social organizava-se de modo a priorizar o atendimento o mais próximo a data de matrícula na instituição, através da avaliação social -que é um instrumento privativo do Serviço Social, cujo objetivo é conhecer o usuário, sua rede de suporte para assim, orientá-lo e encaminhá-lo aos direitos e benefícios socioassistenciais.

Segundo a Entrevistada 6, havia uma *“maior organização dos fluxos de atendimento, previsibilidade das demandas, tranquilidade, maior integração multidisciplinar”* e os atendimentos ambulatoriais eram feitos com a *“porta fechada”*, como informa a Entrevistada 5. Na pediatria existiam duas *staffs* de referência, uma residente e outra assistente social que estava participando do *“processo de cobertura”* (Entrevistada 3) que estava ocorrendo em formato de rodízio entre a equipe, devido a grande demanda da clínica e a defasagem do número de assistentes sociais.



Além disso, algumas funcionárias afastaram-se por licença médica e houve a unificação de todas as clínicas -passou a não ter profissionais de referência. Abaixo, ressaltamos alguns depoimentos a respeito da reorganização para algumas assistentes sociais:

A gente se organizou dentro do que era possível, né enquanto equipe [...] choque inicial [...] muito angustiada, com uma certa falta de direção [...] no início a gente ficou meio que sem saber o que fazer (Entrevistada 7).

Não foi caótico como poderia ter sido (Entrevistada 4).

Como eu já estava nessa função de cobertura, eu não senti tanto, talvez, quanto outras pessoas [...] porque eu não tinha uma clínica de referência. [...] não fez muita diferença pra mim. [...] acho que foi bom. [...] todo mundo acaba tendo uma noção desse todo (Entrevistada 3).

Em relação à clínica da pediatria, houve impactos por não ter mais a profissional que participava do rodízio nem uma das *staffs*, que se ausentou por motivo de licença. Vale ressaltar que por conta das particularidades de tal clínica, é a única que funciona com profissionais de referência e manteve o direito a acompanhante assegurado por lei, apesar da restrição de não poder haver revezamento entre eles inferior a 7 dias, nem visita. Por isso, os familiares procuravam o Serviço Social na expectativa da flexibilização, haja vista que, segundo a Entrevistada 5 a “*centralidade de acompanhar fica justamente sobre a mãe ou a avó*”.

Conforme citado anteriormente, o INCA orientou a suspensão das agendas ambulatoriais aos usuários sem necessidade de acompanhamento imediato, temporariamente no início da pandemia. Desta forma, o Serviço Social passou a realizar teleatendimentos e, nos ambulatórios, permanecia recebendo demandas espontâneas. Entretanto, tendo em vista a segurança do usuário e da profissional, os atendimentos ocorreram com a porta da sala aberta, mesmo assim, respeitando o sigilo profissional -medida esta respaldada pela nota do Conselho Federal de Serviço Social (2020)¹⁸.

Nesses atendimentos presenciais, observou-se o aumento de atendimentos por demanda espontânea, haja vista a piora das condições de vida da população usuária. Ademais, relatavam sobre as dificuldades de acesso ao hospital, seja pelo fechamento das fronteiras municipais, a redução da frota de ônibus e bloqueio do cartão do passe livre. Para a Entrevistada 5, “*muito nos angustiou [...] você não ter para onde encaminhar e isso, de alguma forma refletiu sim no tratamento oncológico*”.

Diante disso, houve uma grande mobilização entre as profissionais do Serviço Social, atuantes de diversos campos a nível estadual, que utilizaram um grupo no aplicativo *WhatsApp* para “*socializar [...] informações de funcionamento da rede*” (Entrevistada 5), que atua sobre as demandas imediatas que surgem no exercício profissional. No documento publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009, p. 17) intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, é pontuado que uma das ações que o profissional pode fazer é justamente “estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais”.

¹⁸ Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>>. Acesso em: 2 fev.2020.



No início da pandemia, o INCA voluntário, terceiro setor atuante dentro do INCA desde 2001, suspendeu as atividades por uma semana e depois, passou a funcionar com horário restringido. Lembrando que a mediação entre os usuários e o INCA voluntário é realizado pelas assistentes sociais, que fazem, em atendimento, a avaliação social ou o acompanhamento que pode culminar no encaminhamento para recursos oferecidos como: bolsa de alimentos, auxílio-transporte, pacotes de fraldas e absorventes, cadeiras de rodas e higiênica. A Entrevistada 7, fez a reflexão sobre este momento: “*you fica sem a possibilidade de acesso às políticas públicas e sem a possibilidade de acesso às ações voluntárias. Eu acho que o INCA voluntário foi uma luta importante*”. Depois da conversa em equipe e a elaboração de um documento de sensibilização para o retorno das atividades, os usuários puderam voltar a contar com tais recursos.

Existe uma dicotomia nesse ponto, pois ao mesmo tempo em que há a preponderância na luta por direitos via políticas públicas e sociais, em situações extremas de não cobertura do poder público acerca das necessidades de saúde dos usuários, o voluntariado ocupa esse espaço. Isto é a contradição e a complexidade da realidade, “*eu acho que a pandemia trouxe para a gente o limite da vida e [...] atravessou a nossa relação com o nosso trabalho, com as equipes principalmente com o nosso usuário*” (Entrevistada 7, grifo nosso).

Outro serviço ofertado que também cessou nos primeiros meses da pandemia foi a hospedagem na Casa Ronald (apenas mantiveram em isolamento quem já estava na casa), voltada para crianças e adolescentes acompanhadas de um familiar. Devido a mobilização da equipe da pediatria, a Casa arcou com a hospedagem em quartos de um hotel próximo ao hospital: “*com muitas provocações da própria equipe a gente conseguiu de alguma forma sensibilizar o Instituto Ronald sobre a importância da hospedagem para a continuidade do tratamento oncológico*” (Entrevistada 5). A Casa Ronald voltou a hospedar, porém, com critérios que acabaram impactando no trabalho das assistentes sociais da clínica:

Hoje mesmo eu recebi um caso [...] de uma criança com dificuldade de adesão ao tratamento por conta dessa dificuldade que encontra de hospedagem [...] ela precisa ficar aqui pelo menos três dias por conta do tratamento, mas a Casa Ronald colocou como critério para a permanência, o mínimo cinco dias. Então isso tem sido um grande entrave para o nosso trabalho, acaba refletindo no nosso trabalho (Entrevistada 5).

Nas clínicas de adulto, as profissionais de referência e as residentes dividiam-se nos ambulatórios e enfermarias, no entanto, após a unificação das clínicas, foi decidido que o atendimento nas enfermarias seria realizado prioritariamente na parte da manhã de forma presencial. Devido a falta inicial de equipamento de proteção individual para todos, os altos níveis de contaminação e visando evitar aglomeração, “*a gente tomou a decisão de sair da enfermaria por conta do processo mesmo de risco de infecção e a gente entender que deveria trabalhar de outra forma*” (Entrevistada 7). Essa mesma entrevistada ressalta que “*a organização do livro foi fundamental*”, pois nele é possível organizar os atendimentos da enfermaria, verificando as novas internações e acompanhamentos para que haja o atendimento direto com o usuário ou seu familiar.

Tendo a suspensão de visitas e a restrição da permanência de acompanhante, o Serviço Social implementou teleatendimento a todos os familiares de usuários internados, com o intuito de viabi-



lizar as orientações sobre acesso a direitos sociais, conhecer a rede apoio e informar sobre a rotina hospitalar no contexto de pandemia.

Segundo a Entrevistada 7, foi uma decisão muito discutida e acertada:

porque com certeza essa, pra mim, era uma lacuna que ficaria [...] acho que a gente tomou isso como uma forma da gente manter esse contato com essa referência, que para mim sempre foi assim para o processo de hospitalização, sempre foi fundamental e, a partir disso, a gente conseguiu ir obtendo também algum nível de informação que desse para a gente algum norte em relação à internação daquele usuário, no sentido de identificar se há alguma situação que pode, eventualmente, necessitar da nossa intervenção durante a internação.

A fala desta profissional coaduna com as reflexões de Matos (2020, p. 4) a respeito da reestruturação dos serviços: “temos – a partir da função social da nossa profissão nos serviços de saúde – analisar em que podemos e devemos nos inserir e também em que precisamos apresentar proposições”.

A Entrevistada 7 destaca também a integração da equipe, permitindo que o acompanhamento do usuário tivesse como referência o Serviço Social e não “*cada profissional, individualmente*”. Isso proporcionou o maior destaque das assistentes sociais pelas outras categorias, estimulando “*conversas com a equipe multiprofissional*” (Entrevistada 3), pois todas eram capazes de dar respostas às demandas apresentadas. Tal contato é muito importante, inclusive pautado nos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009, p. 17), objetivando “a interdisciplinaridade da atenção em saúde”. Ressaltando que diferentemente da Entrevistada 3, a Entrevistada 7 que trabalhava em uma clínica distinta, afirmou que antes da pandemia “*já tinha uma certa dificuldade com a questão inter e da conversa multi, a pandemia para mim, cristalizou a fragmentação*” que impactou na alta hospitalar do usuário. O que foi agravado pelo fato da saída da profissional de referência na enfermaria, como vemos abaixo:

se eu tô dentro da enfermaria, eu consigo acompanhar o paciente e eu vou saber nesse contato com equipe a condição dele, a condição de dependência e a perda da autonomia dele, né. Fora da enfermaria, da forma como a gente está organizada, mesmo que eu passe por lá para ver as altas e conversar com alguns profissionais, [...] só chega para mim aquilo que os outros profissionais percebem e não aquilo que eu avalio (Entrevistada 7).

Para ela, o modelo de organização funcionou muito bem por um tempo mas uma nova organização deve ser repensada, pois em seu entendimento, no início parecia o trabalho realizado no serviço de emergência porque “*é a natureza da não referência, do não vínculo e aí, trabalhar dessa forma [...] numa instituição de oncologia, com a complexidade que ela apresenta é um desafio*”. A enfermaria teve a maior perda, se comparada aos atendimentos ambulatoriais, pois um maior número de usuários internaram sem ter realizado a avaliação social -por mais que a equipe tivesse conseguido assegurar o acesso à informação de acesso aos direitos sociais.

A Entrevistada 7 e a Entrevistada 5 apontam para os reflexos na saúde mental da equipe, que geraram um “*sofrimento psíquico*”. A primeira relembra os primórdios do novo coronavírus no hospital, com a falta de equipamento de proteção individual para as equipes. Somente no dia 8 de



18 | O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DO CÂNCER I FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19

abril de 2020, o INCA divulgou um documento no qual a orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) era que todos os profissionais de saúde deveriam utilizar máscaras cirúrgicas nas dependências do hospital. Outro ponto apresentado foi o discurso salvacionista, referindo-se aos profissionais de saúde como heróis mas, ao mesmo tempo, esses tendo que lidar com seus medos diante de uma doença ameaçadora. Para ela, esses fatores não foram considerados como deveriam pelo INCA, que tempos depois ofereceu o Serviço de Psicologia on-line para os servidores. A Entrevistada 5 também fala sobre o medo de adoecer por conta da COVID-19 e acrescenta que a intensificação do trabalho em tempos de pandemia contribuiu de forma significativa para o adoecimento mental.

Em relação ao processo de trabalho atualmente, *“segue com uma indefinição grande”* (Entrevistada 2); *“angustiante”*, pois atende um quantitativo maior de demanda espontânea, não tem período fixo na enfermaria e tem que *“trabalhar com o curto prazo”* (Entrevistada 4); *“hoje está bem melhor do que estava no início”*, referindo-se a rede intersetorial que voltou a dar suporte (Entrevistada 5); *“Está mais tranquilo [...]o pânico inicial passou”*, além do retorno das pessoas afastadas e a clínica já ter adaptado-se a *“dinâmica da covid”* (Entrevistada 6); *“precisa ser repensado”* para não gerar *“desassistência”* (Entrevistada 7). Essas são algumas das falas que expressam a questão abordada, pois não há um consenso na equipe de que a situação está melhor ou pior, pois ao mesmo tempo em que há uma intensificação do trabalho por conta da complexidade das situações ocasionadas pela pandemia, após a melhor compreensão do que é o novo coronavírus e seus impactos, parece que as trabalhadoras estão sabendo lidar melhor com as situações que surgem. No entanto, a atual organização é insustentável a longo prazo, segundo a Entrevistada 7.

5. DEMANDAS APRESENTADAS PARA O SERVIÇO SOCIAL

Os usuários atendidos pelo Serviço Social sentiram um grande efeito do novo coronavírus em suas condições de vida. Para além do medo do tratamento paralisado/atrasado ou adoecer em decorrência do vírus, a maioria perdeu a sua fonte de renda e buscou o Serviço Social para obter orientações sobre o que fazer, quais opções concretas que poderiam acessar.

Lembrando que tanto a natureza das demandas identificadas assim como os encaminhamentos realizados em relação aos direitos e benefícios socioassistenciais continuam praticamente iguais como era antes da pandemia. A diferença é a urgência das questões que acarretaram no maior número de atendimentos, em sua maioria não agendados.

As principais demandas foram por orientações a respeito do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS), auxílio-doença, aposentadoria, passe livre, TFD, isenção de impostos, hospedagem, ajuda de custo para o transporte -garantindo que o usuário consiga manter o tratamento e bolsa de alimentos. Essa última foi a responsável pelo maior número de solicitações, tanto de usuários em tratamento como em controle.

Atualmente está um pouco melhor por conta do auxílio emergencial que as pessoas passaram a receber e conseguiram sanar as questões em relação à alimentação. As pessoas estavam chegando aqui falando que



não tinha nada para comer porque não conseguiram mais trabalhar, fazer os bicos delas, não estavam sendo chamadas ou não estavam conseguindo vender as coisas que elas vendiam e ficaram desesperadas... fazer faxina, fazer um bico... passaram a perder essa pequena renda e muita gente não tem benefício por conta do BPC que está demorando. Então assim, no início foi muito difícil esse negócio da bolsa de alimentos com o INC. Voluntário fechado... a gente passou mais bocados aqui com as famílias por conta disso. Depois que reabriu e com o auxílio emergencial as coisas melhoraram (Entrevistada 6).

Na tentativa de amenizar o aumento da pobreza na população e garantir uma renda mínima durante a pandemia, após conflitos e tensões políticas, o Governo Federal concedeu um benefício financeiro a partir de abril de 2020, chamado de Auxílio Emergencial, aos “trabalhadores informais, desempregados, microempreendedores individuais (MEIs) de famílias de baixa renda e trabalhadores intermitentes inativos por conta da chegada da Covid-19 ao país”¹⁹.

De acordo com a Entrevistada 2,

A pandemia tem um recorte social muito grande e o Serviço Social precisa entender isso para além da crise sanitária e ideológica que a gente vive, [...] talvez seja a doença que tenha mais facetas políticas e sociais. A pandemia tem o potencial de reconfigurar as expressões da questão social que se apresentam na saúde.

Assim, prosseguindo com a reflexão, a entrevistada 2 aponta que o impacto do novo coronavírus “*cria todo um campo de trabalho*” para a categoria profissional, pois há o aprofundamento da questão social, demonstrando que sobre os mais atingidos existe o recorte de classe social, o qual está intimamente ligado à questão racial.

Com a suspensão das visitas, a recomendação institucional para não haver a troca de acompanhantes aos usuários internados nas clínicas de adulto e a dificuldade de acesso às informações sobre o seu estado clínico, para os familiares o Serviço Social foi visto como um canal “de ouvidoria” e como a categoria que poderia flexibilizar as normas. Da mesma forma, profissionais de outras áreas consideravam responsabilidade das assistentes sociais administrar as novas solicitações que surgiram pelas restrições institucionais.

No contato telefônico com os familiares, são realizadas as orientações da rotina hospitalar, esclarecimentos sobre direitos e benefícios sociais e, caso não haja atendimento de primeira vez registrado com o Serviço Social é realizada a coleta dos dados mais relevantes, tais quais: estado civil, nome completo da(o) companheira(o), identificação da rede de apoio e situação socioeconômica, além de fornecer “*canais de comunicação com a instituição, porque tem demandas que por mais que o usuário coloque pra gente, não é a gente que vai dar essa resposta, não cumpre a gente, não é competência nossa*” (Entrevistada 3).

Para a Entrevistada 2, a principal demanda é de familiares querendo “*informações dos pacientes para se despedir*”, pois estão morrendo pelo avanço do câncer. Fala corroborada pela Entrevistada 7, a qual, inclusive, lhe gerou um desconforto emocional: “*o que tem sido mais difícil para mim [...] é você ouvir da família e do usuário frases do tipo ‘Eu só queria segurar na mão do Fulano’ e você se sentir impotente, não poder fazer nada*”.

¹⁹ Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/600-dias/arquivos-de-600-dias/cidadania-auxilio-emergencial-chega-a-60-da-populacao-brasileira>>. Acesso em: 05/01/2021.



De acordo com a Entrevistada 2, criou-se no imaginário coletivo e institucional que os acompanhantes eram os responsáveis por trazerem o novo coronavírus para o hospital, sendo que existe

um andar inteiro que a gente chama de “COVID Free”, né, livre de COVID, ou seja, porque todos os pacientes que vão para este andar seriam testados. Ok. Eu pego dois ônibus para vir para cá todo dia, nunca fui testada por esta Instituição. Como é que é COVID Free? Então a gente fecha a porta para o acompanhante, porque o acompanhante traz o vírus para dentro do hospital. E os funcionários?

Reflexão compartilhada pela Entrevistada 7:

As equipes passaram a olhar as famílias como responsáveis pela contaminação... trazer contaminação e risco aos pacientes e aos próprios servidores e não passaram pela reflexão de que, assim como as famílias estão circulando, nós, profissionais de saúde, também estamos circulando e muitos circulam, inclusive, em vários vínculos.

Outra observação feita pela Entrevistada 2, refere-se à pobreza ainda mais acentuada dos usuários que gerou mais requerimentos por *“cesta básica, dinheiro de passagem, até porque todas as instituições que forneciam os bilhetes fecharam”*(no início da pandemia). Após o entendimento das equipes do Serviço Social do INCA, defendendo a continuidade do tratamento dos usuários e seu acesso ao transporte público, foi acordado com a Secretaria de Estado de Transportes (SETRANS) a gratuidade -enquanto durar a pandemia- aos usuários que mostrassem o cartão de consultas, laudo médico ou o comprovante de retirada de medicamentos na farmácia. Na prática, o relato dos usuários é que especialmente nos ônibus da baixada fluminense, esse benefício não foi respeitado.

Ressalta-se também que, durante a pandemia, as assistentes sociais foram convocadas para realizarem tarefas que vão contra ao que os órgãos que regem a profissão, respectivamente o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), defendem. Como foi algo recorrente com toda a categoria, foi publicado pelo CFESS a Orientação Normativa n.3/2020, na qual destacamos três tópicos:

4. O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente.
5. Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal.
6. Da mesma forma, não cabe ao /à assistente social a divulgação de boletins médicos, nem tampouco o atendimento prévio de pacientes, visando realizar a triagem das suas condições clínicas para acesso aos serviços de saúde.

Na alínea h, do artigo 2 do Código de Ética, há o reforço que foi mencionado acima: “ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis”. Não é porque o momento é atípico, no qual muitas coisas estão sendo alteradas, significa que os profissionais devem acatar tudo o que é solicitado, desconsiderando seu dever ético.

É um dever do assistente social “participar de programas de socorro à população em situação



de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades”, como apresentado no artigo 3, alínea D do Código de Ética. Entretanto, é necessário impor limites ao que é proposto, nos atendo as “atribuições privativas e competências profissionais” (MATOS, 2020, p. 3).

De acordo com a Entrevistada 5, no início da pandemia houve solicitações equivocadas ao Serviço Social, tais quais:

triagem clínica de pacientes, muitas vezes convocando o Serviço Social para participar no processo de aferição de temperatura... com muito desses discursos salvacionistas que muitas vezes deturpam o papel do Serviço Social, com demandas do tipo que é o Serviço Social que muitas vezes tem que informar para aquela família que tá impossibilidade de visitar a criança, que ligam ou demandam para o Serviço Social para informações clínicas. Essas demandas, de certa forma, refletiram no Serviço Social e foi muito difícil nesse período, [...] fez com que a gente cada vez mais pudesse revisitar o nosso trabalho profissional à luz das competências e atribuições profissionais.

A triagem clínica foi direcionada à turma da Residência Multiprofissional, porém, respeitando os preceitos éticos, nenhuma assistente social participou da atividade. Respalhando tal atitude, foi redigido um documento voltado à Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), explicando os motivos e colocando-se à disposição para atividades que estivessem em consonância com as atribuições e competências profissionais.

Foram identificadas também outras demandas equivocadas do INCA:

a mesma queria que as assistentes sociais fossem porta-voz de suas decisões, e nós assumimos isso de alguma forma [...] decisões com essas famílias e na expectativa de que a gente realizasse um convencimento [...] buscasse adesão [...] ao que a instituição estava propondo [...] assumimos isso com outro objetivo, que era o de garantir que as famílias pudessem [...] acesso à informação. O INCA não deu respostas então os familiares ligavam para o Serviço Social como se fosse a ouvidoria. Conflito de interesses entre a instituição e usuários e familiares. Outras categorias acham que o Serviço Social que deve autorizar ou não determinadas coisas. Demandas equivocadas também: O INCA queria que buscássemos os pertences dos pacientes, ligar para falar sobre a transferência (Entrevistada 7).

Em meio aos tensionamentos, a equipe procurou dialogar entre si, com profissionais de outras categorias e representantes da direção, na tentativa de solucionar os problemas que apareciam.

6. RESPOSTAS DA CATEGORIA ÀS SOLICITAÇÕES

A Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993) é o documento que orienta a atuação das assistentes sociais e em seu artigo 4, evidencia algumas competências da(o) profissional: “encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”.

Salientamos também a alínea d do artigo. 8 do Código de Ética: “São deveres do/a assistente social [...] empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais”. Mesmo diante do contexto caótico provocado pelo novo coronavírus, as profissionais continuam atuantes na defesa dos direitos aos atendidos. Segundo a Entrevistada 7,



“nós somos os profissionais do acesso... acesso aos direitos, principalmente [...] como você contribui para viabilizar os acessos aos direitos, como você contribui para que esse usuário [...] não tenha novamente os seus direitos negados?”.

Dito isso, devido às solicitações que surgiram para o Serviço Social, os encaminhamentos realizados foram para o INCAvoluntário -principalmente para a concessão da bolsa de alimentos e pacotes de fraldas-, para a Secretaria Municipal de Saúde de diversos municípios para que os usuários pudessem cadastrar-se no TFD, orientações de como e onde fazer o passe livre (vale social e riocard especial), atendimento para outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos para a solicitação de laudos e informações a respeito dos usuários internados e psicólogas para acompanhamentos), suporte ao usuário para se cadastrar no “Meu INSS” e ter acesso às informações e requerimentos sobre direitos e benefícios socioassistenciais, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) para fazer o Cadastro Único e para a inscrição em programas de transferência de renda para aqueles que são considerados mais necessitados, elaboração de documentação de pós-óbito solicitado pela(o) cônjuge do(a) usuário(a) que faleceu e deseja receber a pensão por morte.

Além disso, devido a demora da resposta do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sobre as solicitações de auxílio-doença ou BPC/LOAS, por exemplo, que há meses encontram-se “em análise”, as assistentes sociais oferecem os canais de comunicação com a Defensoria Pública União, que em tempos de pandemia, está funcionando de forma diferenciada. Conforme Matos (2020, p. 6) expõe: “Apropriar-se dessas informações e socializá-las constitui-se numa competência profissional fundamental”.

Outra questão deste momento é o direito à informação clínica dos usuários internados por parte dos familiares. O Serviço Social, rotineiramente, recebe ligações solicitando por tais informações, porém, orienta que o interessado entre em contato com a clínica e fornece os telefones, para que assim, possa conversar com um médico. Eventualmente, esse fluxo não se efetiva, então há o esclarecimento sobre o acesso ao canal de comunicação dos usuários com a instituição, pela ouvidoria.

Sendo assim, identifica-se que as respostas da categoria também estão em consonância com o contexto vivenciado, pois devido às articulações coletivas foi possível lutar para que direitos, benefícios e acesso a informações de qualidade fossem mantidos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama socioeconômico de uma parcela expressiva da população brasileira se agravou e na oncologia, o adoecimento crônico e seus rebatimentos na vida das pessoas - usuários e rede de suporte, foram expressivamente potencializadas. Conforme visto, a ausência de renda foi um fator preocupante, o que demandou uma procura intensa por recursos fornecidos pelo voluntariado, como bolsas de alimentos e auxílio transporte. Durante os atendimentos, mesmo os que receberam o auxílio emergencial relataram ter outros gastos e demonstravam aflição com o momento que acabasse, pois significava o medo e a angústia de não conseguir manter as condições básicas de sustentação da vida.

Na pesquisa, segundo as reflexões das entrevistadas, fica evidente o conjunto de desafios de uma equipe qualificada, inserida no campo da saúde, frente às transformações no cenário social,



bem como a importância da sua atuação para analisar e responder às demandas, baseando-se no Projeto Ético-Político.

As dificuldades no que tange ao gerenciamento das informações pela instituição alinhadas com as recomendações das autoridades sanitárias, ao mesmo tempo buscando operacionalizar as mudanças no cotidiano dos serviços, na correlação de forças entre a garantia dos direitos dos usuários e as medidas restritivas, resultaram em mudanças profundas nas formas de organização do trabalho das equipes de saúde. Talvez ainda não tenhamos a real dimensão desses processos, haja vista que a pandemia não cessou.

8. REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. 9. ed. - São Paulo: Cortez, 2011. - (Biblioteca básica do serviço social; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 218, de 06 de Março de 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html>. Acesso em: 14 ago. 2020.

_____. Código de Ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9 ed. Brasília. Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 14 nov. 2020.

_____. Regulamentação da Profissão. Lei N° 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2020.

_____. Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999. Ementa: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

_____. Auxílio Emergencial chega a 60% da população brasileira. Publicado em: 21 ago. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/600-dias/arquivos-de-600-dias/cidadania-auxilio-emergencial-chega-a-60-da-populacao-brasileira>>. Acesso em: 5 jan. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf> Acesso em: 12 dez. 2020.

_____. CFESS divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus. 18 de Março de 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>>. Acesso em: 2 set. 2020.

_____. Orientação Normativa n. 3/2020. Dispõe sobre as ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. 31 de março de 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

DEMENECH, Lauro Miranda et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. Rev. bras. epidemiol. vol. 23. Rio de Janeiro, 2020. Epub. Oct 05, 2020. <http://doi.org/10.1590/1980-549720200095>.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto N° 46.966 de 11 de março de 2020. Disponível em: <<https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMTk%2C>>. Acesso em: 19 jul. 2020.



24 | O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DO CÂNCER I FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19

FERRARI, Bruno et al. Determinantsof COVID-19 Mortality in PatientsWithCancerFrom a CommunityOncologyPractice in Brazil. Published in JournalofClinicalOncology. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00444>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global. Brazil. Postado em: 7 jun. 2021. Disponível em: <<https://covid19.who.int/region/amro/country/br>>. Acesso em: 7 jun. 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41. ed. - São Paulo: Cortez, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Hospital do Câncer I. Brasil. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/atendimento-inca/hospital-do-cancer-i>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MATOS, Maurílio Castro de. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. Rio de Janeiro. 2020.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. - São Paulo: Hucitec, 2004.

NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e serviço social. 8. ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA. Welison Matheus Fontes da Silva. Serviço Social e COVID-19 reflexões críticas. In: Serviço Social em Perspectiva. Montes Claros (MG), volume 5, número 1. jan./jun.2021. I ISSN 2527-1849.

Traqueostomia: o que é, para que serve e modos ventilatórios. CPAPS. Disponível em: <<https://www.cpaps.com.br/blog/traqueostomia-o-que-e-para-que-serve-modos-ventilatorios/>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

