

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM  
HECI  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL -  
ATENÇÃO AO CÂNCER**

PATRICK ROSA DE OLIVEIRA

**MEU LAR É A RUA! O INDIVÍDUO EM SITUAÇÃO DE RUA NO  
TRATAMENTO ONCOLÓGICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A  
SUA AUTONOMIA FRENTE AO CENÁRIO MORALIZADOR**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES  
JANEIRO/2021

# MEU LAR É A RUA! O INDIVÍDUO EM SITUAÇÃO DE RUA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A SUA AUTONOMIA FRENTE AO CENÁRIO MORALIZADOR

MY HOME IS THE STREET! THE INDIVIDUAL IN STREET SITUATION IN ONCOLOGICAL TREATMENT: A REFLECTION ON ITS AUTONOMY IN FRONT OF THE MORALIZING SCENERY

OLIVEIRA, Patrick Rosa<sup>1</sup>  
RIBEIRO, Gustavo Zigone de Oliveira<sup>2</sup>  
MOREIRA, Maitê Peccini<sup>3</sup>

## RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido a partir da formação em serviço realizada por assistente social residente, durante o exercício profissional em uma unidade de internação oncológica de um hospital de alta complexidade do estado do Espírito Santo. A experiência vivenciada, de agosto de 2019 a março de 2020, cumpre exigência curricular no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em atenção ao câncer promovida pelo Hospital Evangélico e o Centro Universitário São Camilo, da cidade de Cachoeiro de Itapemirim/ES. Teve como objetivo conhecer os principais fatores que impulsionam as situações de rua, os desafios encontrados durante o acesso ao tratamento oncológico e os desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar durante o processo de saúde e doença dos pacientes que possuem as ruas como endereço principal. Este trabalho constitui-se um relato de experiência, descritivo e qualitativo que demonstra a experiência do profissional de Serviço Social como integrante de equipe multiprofissional, de modo a contribuir para sua área de atuação em um campo especializado da saúde.

**Palavras-Chave:** Autonomia; Situação de Rua; Câncer; Alta Complexidade.

<sup>1</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES e Centro Universitário São Camilo-ES, graduado em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo - patrick.oliveira07@hotmail.com.

<sup>2</sup> Orientador: Enfermeiro Mestre em Administração de Empresas pela FUCAPE-ES. Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim- ES - gustavo.ribeiro@heci.com.br.

<sup>3</sup> Co-Orientadora: Especialista em Atenção ao Câncer pelas Instituições Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-HECI e Centro Universitário São Camilo-ES, graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES – maitepeccinim@hotmail.com.

## ABSTRACT

This study was developed based on in-service training carried out by a resident social worker, during professional practice in an oncology inpatient unit of a highly complex hospital in the state of Espírito Santo. The experience, from August 2019 to March 2020, fulfills the curricular requirement in the Multiprofessional Residency Program in Health with emphasis on cancer care promoted by Hospital Evangelic and Centro Universitario São Camilo, in the city of Cachoeiro de Itapemirim / ES. It aimed to know the main factors that drive the street situations, the challenges encountered during access to cancer treatment and the challenges faced by the multidisciplinary team during the health and disease process of patients who have the streets as their main address. This work is an experience report, descriptive and qualitative that demonstrates the experience of the Social Service professional as a member of a multidisciplinary team, in order to contribute to his area of expertise in a specialized field of health.

**Key words:** Autonomy; Street situation; Cancer; High Complexity.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto das inquietações vivenciadas no exercício profissional como assistente social inserido no programa de Residência Multiprofissional em Saúde, eixo Atenção ao Câncer em um Hospital de Alta Complexidade referência em tratamento oncológico do Sul do Estado do Espírito Santo. Nesse contexto, através da técnica de abordagem social alinhada com a escuta ativa, através dos relatos dos usuários internados na enfermaria de tratamento oncológico foi possível conhecer o histórico social de cada indivíduo, o que ocasionou a situação de rua e os desafios enfrentados por eles durante o tratamento oncológico.

Através das abordagens realizadas no decorrer do exercício profissional do Serviço Social observou-se que vários são os motivos que ocasionam a situação de rua: medos, relações de conflitos, uso abusivo de álcool e outras drogas, que acarretam relações fragilizadas com a família, comunidade e com o trabalho.

Conforme Varando e Adorno (2004), as pessoas que sobrevivem na pobreza e distante de uma suposta rede de proteção social experimentam vínculos sociais extremamente frágeis que tendem a se fortalecer ou se fragilizarem de acordo com as

suas dificuldades. Neste sentido, o intuito desse trabalho consiste em evidenciar o indivíduo em situação de rua, aquele que é considerado como parte excluída da sociedade e apontar toda problemática que os envolvem no que se refere ao uso abusivo de drogas e o desgaste na relação com suas famílias.

Conforme afirma Silva et al. (2012) a presença das pessoas em situação de rua incomoda, desconcerta e compõe o trinômio oriundo do termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação. Assim, os dilemas sociais foram enunciados como exclusão, em contraponto ao antigo emprego do termo utilizado para se referenciar a grupos historicamente marginalizados (pessoas em sofrimento psíquico, alcoolistas e todos aqueles que deveriam beneficiar-se das políticas específicas de proteção social). Estar em situação de rua também significa desenvolver estratégias de compensação para lidar com as perdas, aprender a utilizar outros recursos e novas formas de organização que ressignifiquem a relação estabelecida com a cidade e com a sociedade (SILVA, et al, 2012, p. 26).

Por isso, a pretensão deste estudo é trazer à discussão os desafios enfrentados pelos usuários em situação de rua no tratamento oncológico em um hospital de alta complexidade e demonstrar os desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar em desenvolver o trabalho com as pessoas no estado de extrema pobreza. Dessa forma, de acordo com (Sá, 2005) a sociedade (re) inclui aqueles que ela exclui, através de estratégias nas quais esses “excluídos” tenham uma participação ativa, isto é, não como meros “objetos de assistência”, mas como sujeitos.

Outro ponto importante de complexidade na realidade destes usuários é o consumo do álcool e de substâncias psicoativas que provocam impactos profundos nas suas relações sociais e familiares. Quando o uso da droga se torna frequente, a pessoa deixa de sentir prazer em outros aspectos da vida, como o convívio com parentes e amigos, e toda a dinâmica familiar e social é afetada por esse comportamento, fragilizando os relacionamentos, distanciando-os do trabalho, ocasionando o distanciamento social em diversos aspectos.

Considerando que o público-alvo do Serviço Social por vezes encontram-se fragilizados psicologicamente pela carência que estão submetidos, cabe ao profissional de

Serviço Social, realizar o acompanhamento contínuo e intensivo, através da abordagem social (anamnese social), acolhimento, podendo assim, conhecer o histórico social e clínico dos pacientes. Para conseguir sucesso nos encaminhamentos, é necessário possuir conhecimento dos instrumentos teóricos, metodológicos e éticos políticos da profissão, utilizando a mediação como recurso nas intervenções.

Com isso, é preciso considerar cada indivíduo em sua totalidade e os aspectos biopsicossociais que influenciam no processo de saúde e doença. O intuito é proporcionar um atendimento intensivo e qualificado visando oportunizar orientações em defesa dos direitos sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde.

O método escolhido para elaboração desta pesquisa deu-se através da escuta dos indivíduos internados no serviço de oncologia em um Hospital de Alta Complexidade, em situação de rua, através de abordagens sociais, nos anos de 2019 e 2020. A referida pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência com a finalidade de compartilhar as ricas experiências na unidade de internação oncológica em um hospital de alta complexidade. De acordo com a UFJF (2016) o relato de experiência configura-se em um texto que possui como objetivo descrever precisamente uma dada experiência que seja capaz de contribuir consideravelmente para sua área de atuação. O relato deve trazer reflexões, a partir da vivência sobre a qual se insere.

Além disso, o embasamento teórico deste artigo deu-se através de buscas bibliográficas e eletrônicas. Os termos usados para a produção deste artigo foram população de rua e moradores de rua, que são indivíduos os quais seu refúgio e vivência são nas ruas cuja história pode vir a ser irreversível.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho tem como objetivo geral identificar e analisar os desafios enfrentados pelos usuários em situação de rua no tratamento oncológico em um hospital de alta complexidade. A investigação diante deste objetivo requer o aprofundamento do estudo sistemático da produção já existente sobre Serviço Social e política de saúde,

bem como do envolver da política social de seguridade social no Brasil e do desenrolar da contrarreforma do Estado capitalista, identificando os rebatimentos desses processos na política de saúde em detrimento da Política Nacional para Indivíduos em Situação de Rua e no trabalho do Assistente Social neste campo.

Diante do objeto de estudo, concordamos que é a estrutura e dinâmica deste que devem comandar os procedimentos do pesquisador. Assim, e exatamente, porque o objeto não está dado, será a incorporação do método crítico-dialético que possibilitará o desvelamento do real, ultrapassando a aparência fenomênica e nos permitindo realizar aproximações sucessivas que propiciam ao pesquisador, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações.

Nesse sentido, foram utilizados instrumentos coerentes com o objetivo proposto. Seguiremos numa pesquisa bibliográfica a fim de delimitar o contexto histórico, as conquistas e quais são os desafios postos para o Serviço Social na política de saúde. Para além disso, será realizado uma breve análise da Política Nacional para os Indivíduos em Situação de Rua, visto que na prática profissional do Serviço Social é necessário conhecer, compreender e estudar as políticas que visam garantir direitos aos usuários atendidos.

Conforme afirma Canzonieri (2011), a pesquisa bibliográfica, visa realizar a busca de referências teóricas publicadas em livros, artigos científicos, teses e dissertações com o intuito de coletarmos informações e obtermos conhecimento prévio sobre o tema.

A referida pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência com a finalidade de compartilhar as ricas experiências na unidade de internação oncológica em um hospital de alta complexidade.

Como técnica de registro dos dados foi realizada anotações, fichamentos e ficha de resumo. Esses procedimentos facilitaram o processo de interpretação dos desafios encontrados no exercício profissional do Serviço Social com o público mencionado. Foi necessário construir uma interpretação marxista do objeto estudado, tendo em conta apanhar dos traços particulares de seu desenvolvimento aquilo que é expressão dos movimentos mais gerais que atravessam a profissão num dado momento histórico. As observações foram realizadas na clínica oncológica durante a vivência da hospitalização

dos usuários em situação de rua para o tratamento oncológico nos anos de 2019 e 2020.

## **1 BREVE CONCEITO DE POPULAÇÃO DE RUA: A GENUÍNA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL E EXCLUSÃO**

A existência de pessoas vivendo em situação de rua processa-se por um longo período histórico. De acordo com Simões Júnior (1992), há registros de grupos habitando as ruas e vivendo da mendicância desde a antiguidade, durante as civilizações gregas e romanas, durante a Idade Média e, por fim, na era industrial, onde houve maior repressão ao crescimento de atividades que fazem relação com a mendicância. O termo “população em situação de rua” é recente, e vem sendo utilizado para se referir a um grupo populacional bastante heterogêneo, sobretudo se forem consideradas as diferentes realidades nacionais e internacionais (ADORNO; VARANDO, 2004). No caso do Brasil, o termo tenta abarcar a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas à “ausência de moradia”, como outros países utilizam.

De acordo com o Art. 1º do decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, em seu parágrafo único, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, inexistência de moradia convencional regular, que utilizam os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. Mais adiante, no Art. 5º, o decreto estabelece os princípios da política. Sendo eles:

São princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além da igualdade e equidade: Respeito à dignidade da pessoa humana, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2009, p.19).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009)

preconiza como objetivo assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda. Os fatores que levam uma pessoa a sair ou abandonar seu núcleo familiar e/ ou seu domicílio são variados, e muitos apresentam experiências desestruturais, como ausência de emprego e renda, perda do ente querido, violência, perda de autoestima, uso de álcool e outras drogas e doença mental. Com essa carga de desilusão e situação exclusiva a população em situação de rua deve ser tratada como uma expressão da questão social<sup>4</sup>.

De acordo Silva (2009) são múltiplos os acontecimentos que proporcionam a situação de rua, sendo caracterizado, como o desemprego, egressos dos sistemas penitenciários e psiquiátricos, migrantes e os conhecidos “trecheiros” (pessoas que transitam de uma cidade a outra a pé, pedindo caronas ou se deslocando com passagem concebida por entidades assistenciais).

O desemprego e o subdesemprego colocam-se como uns dos maiores desafios para os sujeitos em situação de rua. Esse fenômeno vem crescendo e se espalhando a cada dia no mundo moderno e obriga a todo instante o trabalhador a buscar formas de especialização para se manter na concorrência do capitalismo.

Segundo Silva (2004), o marco inicial de constituição de um sistema de proteção social no Brasil situa-se no período compreendido entre 1930 e 1943, período de grandes transformações socioeconômicas. Nessa mesma época, o Estado passou a assumir, mais extensivamente, a regulação direta no campo da educação, saúde, previdência, programas de alimentação e nutrição, habitação popular, saneamento e transporte coletivo.

A pobreza, a exclusão e a desigualdade são os grandes desafios da sociedade. A população em situação de rua é popularmente compreendida como pessoas excluídas da sociedade, e como consequência desse processo de pauperismo muitos desses

<sup>4</sup> A “questão social” diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos” (IAMAMOTO, 2001, p. 16-17).



indivíduos de rua que outrora foram trabalhadores, tem constantemente seus direitos violados, contrariando o que assegura a Constituição Federal de 1988 quando declara:

Art.5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e a prosperidade (BRASIL, 1988, p. 6).

Essa realidade é característica do processo de exclusão social presente em nosso país, fruto de origens econômicas, pela falta de pertencimento social, de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda da autoestima, acarretando assim problemas que geram consequências na saúde geral das pessoas, em especial a saúde mental, que por vezes relaciona-se com o mundo do tráfico de drogas, relativiza valores e estabelece padrões e perspectivas de emancipação social muito restritos.

Dessa forma é necessário analisarmos essa questão com um olhar crítico, assim afirma Castel (1997):

Não se trata de uma crise pontual, mas de um processo de desestabilização da condição salarial. A vulnerabilidade das massas e, de forma mais aguda, a exclusão social de grupos específicos é resultado da desagregação progressiva das proteções ligadas ao mundo do trabalho. Consistem em processos de “desfiliação”, ou da fragilização dos suportes de sociabilidade (CASTEL, 1997, p. 15).

Na sociedade atual, muitas pessoas não podem contar com uma moradia fixa, realidade que reflete no acesso à saúde e educação. Sendo assim, residir nas ruas, põe o indivíduo a essas violações de direito, uma vez que o Estado não consegue responder sobre todas as expressões da questão social.

Segundo Silva; Yazbek; Giovanni (2004), a questão social hoje é colocada a partir da produção e distribuição de riquezas. Traduzida pela erosão dos sistemas de proteção social, pela vulnerabilidade das relações sociais e pelo questionamento da intervenção do Estado. Nesse aspecto a controvertida noção de exclusão social tem protagonizado debates e o seu enfrentamento constitui tema prioritário em todo o mundo.

A questão social tem um significado mais amplo que a comumente usados pelos estudiosos. Ela resulta das particularidades assumidas pelos modos de produção e pelos modos como se constituiu cada sociedade, das quais se pode inferir um conjunto de elementos válidos para a Região como um todo. Ela é fruto das desigualdades e injustiças que se estruturam, ocasionadas pelas profundas assimetrias nas relações sociais, expressas, principalmente, pela concentração de poder e de riqueza em

certos setores e classes (CASTEL, 2004, p. 25).

A questão social diz respeito aos vínculos históricos, que amalgamam cada sociedade, e às tensões e contradições que levam à sua ruptura. Ela é parte construtiva dos componentes básicos da organização social Estado, nação, cidadania, trabalho, etnia e gênero, entre outros.

Outras expressões da questão social como: saúde, saneamento, habitação, acesso à terra, as mudanças na divisão social do trabalho, a passagem do fordismo à acumulação flexível, o questionamento do regime do assalariado, ao lado de uma visão estreita do social, são fatores que, na década perdida dos anos 80, aumentaram a pobreza na América Latina (CASTEL, 2004, p. 28).

Diante disso, a sociedade lida com mazelas do sistema capitalista que interferem drasticamente na vida dos indivíduos em diversas áreas. Para Yamamoto (2010) a questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização.

Desta forma, a questão social tem sido um objeto de intervenção profissional dos assistentes sociais, que de acordo com o CFEES (2013), pressupõe compreender como as expressões da questão social se expressam no cotidiano profissional.

“A ampliação exponencial das desigualdades de classe, densas de disparidades de gênero etnia, geração e desigualdade distribuição territorial radicaliza a questão social em suas múltiplas expressões coletivas inscritas na vida dos sujeitos, densa de tensões entre o consentimento e rebeldia” (IAMAMOTO, 2009, p. 343).

Estamos inseridos em uma sociedade marcada pela desigualdade social e supervalorização do capital em detrimento do respeito aos direitos inalienáveis do ser humano, e assim, a população em situação de rua pode ser considerada como umas das mais dramáticas manifestações da questão social. De acordo com Silva et al. (2004), além de sua situação de extrema vulnerabilidade social ela tem sido alvo de atos de violência que expressam a barbárie e está presente na sociedade brasileira nos dias atuais.

A realidade da população em situação de rua põe em evidência o caráter

destrutivo do sistema capitalista que cria esta situação de extrema pobreza e ao mesmo tempo provoca não só atos de crueldade, citados anteriormente, como indignação, medo e temor em outros setores sociais, que se sentem ameaçados diante da ocupação de um espaço público por pessoas que não gozam do direito de um espaço privado de moradia. Por isto, entendemos que estamos diante de um fenômeno social (SILVA, et al., 2009, p. 21).

À vista disso, residir na rua é decorrente e visível do agravamento da questão social, ou seja, da divisão da sociedade em classes e apropriação desigual da riqueza socialmente produzida.

O avanço industrial e o desenvolvimento do sistema capitalista em sua busca desenfreada pelo lucro e a exigência de qualificação profissional tem contribuído para o aumento do fenômeno da população em situação de rua. Conforme Nunes (2016) geralmente, os fatores que os levam a fazer uso abusivo de álcool outras drogas são os mesmos que os fizeram ir para as ruas. Fatores estes relacionados às dificuldades de afirmação no mercado de trabalho e experiências desestruturantes de vida, como a violência familiar, trabalho infantil, abandono e prisão. Varando (2009) afirma que existe a interpretação equivocada de que essas pessoas foram para as ruas por conta do vício; porém, na maioria dos casos, ocorre exatamente o contrário: as pessoas passam a fazer uso abusivo como forma de sobrevivência, justamente por estarem em situação de rua.

## **2 A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA: O ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

### **2.1 O DESAFIO AO ACESSO AO TRATAMENTO ESPECIALIZADO: O ACESSO TARDIO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) estabeleceu a atenção especializada em média/alta complexidade como um conjunto de serviços hospitalares e ambulatoriais, maiores recursos tecnológicos, maior apoio diagnóstico e terapêutico, o que os diferenciam da Atenção Primária a Saúde (APS) (BRASIL, 2001).

Conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado e, portanto, este deve fornecer condições necessárias para o acesso, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Quando há um desconhecimento quanto aos direitos, interligado com a dificuldade para acesso à rede de saúde, em especial na atenção primária (UBS), resulta-se no acesso tardio a rede de saúde especializada, e com isso, estes usuários chegam à alta complexidade com o prognóstico desfavorável. Cabe frisar que no que tange as abordagens realizadas neste estudo, presenciou-se pessoas acometidas por neoplasias avançadas, de difícil controle e tratamento.

O acesso aos serviços apresenta-se como um enorme problema, tanto para usuários de pequenos municípios quanto para os usuários dos grandes centros urbanos, seja pelos custos e/ou pela força de trabalho especializada envolvida (Franco e Magalhães Júnior, 2003, p. 27). Os problemas advêm da baixa resolutividade na Atenção Primária de Saúde / UBS, encaminhamentos realizados de forma incorreta, erros nos preenchimentos, exames solicitados de forma incorreta, contudo, mediante a esta realidade é necessário reforçar a importância da educação continuada para os profissionais de saúde, possibilitando assim, treinamento, formação, a educação em saúde para resolução destas questões.

É pertinente pontuar que uma parcela da demanda assistencial encaminhada à atenção de média/alta complexidade ocorre devido à baixa resolutividade na APS, situação infelizmente ainda comum em vários municípios brasileiros, independentemente de seu porte populacional. Isto gera uma pressão da demanda e longas filas de espera por estes serviços no Sistema Único de Saúde (Pires et al., 2010).

Tem se tornado cada vez mais evidente que um sistema de saúde coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS) é mais efetivo, tem custos menores e promove maior satisfação ao usuário, mesmo em contextos de grande iniquidade social (STARFIELD, 2002); entretanto, configura-se como grande desafio a efetivação desse novo modelo de atenção primária, ancorada em seus atributos básicos, quais sejam: primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade da atenção e coordenação do

cuidado. Somado a esse desafio, existe a grande dificuldade encontrada pelos serviços de atenção básica no manejo à população em situação de rua e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Silva (2009) afirma que para garantia desses direitos, institui-se como prioridade a formulação de políticas públicas, sociais e econômicas abrangentes, considerando-se a redução de riscos de doenças, agravos e vulnerabilidades sociais. Ao que se refere à saúde, que sejam capazes de proporcionar acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, a carência e insuficiência de políticas públicas inclusivas que viabilizam a cidadania e minimizem os efeitos da grande desigualdade social existente no país condena grande parte da população a viver em condições precárias e promove o aumento visível dos indivíduos em situação de rua.

Conforme expõe Silva et al. (2012) no campo da Oncologia tais aspectos adquirem expressão tanto no risco ao adoecimento por câncer, nas condições de acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença. Embora o risco do adoecimento por câncer esteja associado a uma multiplicidade de fatores que vão da susceptibilidade genética às condições resultantes do modo de vida e do ambiente (MENDONÇA, et.al. 2005), as determinações sociais e econômicas são particularmente relevantes no que se referem às condições que viabilizam o acesso à detecção e ao tratamento precoce e adequado da doença.

Para tanto se faz necessário pontuar que através da aproximação dos usuários em situação de rua durante o tratamento, em sua grande maioria, destacou-se que a procura pela atenção primária era realizada em casos pontuais, distanciando-se da perspectiva preventiva, ora pela dificuldade no acesso, seja pela localização geográfica das UBS, pela indisponibilidade de recursos para continuidade dos cuidados em saúde (destaca-se aqui, os recursos estruturais, a indisponibilidade de um local adequado para realizar necessidades fisiológicas, banho, higiene bucal, curativos, etc.).

Para Starfield (2002), o acesso é ordenado por fatores estruturais que associam posições socioeconômicas díspares a condições desiguais no acesso aos serviços e na condição de saúde das populações. O desafio, portanto, não se dá somente no

cumprimento da universalidade e da equidade, mas principalmente investindo na qualidade da atenção oferecida.

Destaca-se ainda o desconhecimento das competências e responsabilidades da atenção primária, baixa resolutividade em detectar precocemente o diagnóstico e em alguns casos, a não procura por parte dos usuários aos serviços de saúde, tal comportamento que em muitas vezes era provocado pelo vício, dependência de álcool ou outras drogas. Observou-se também, que muitos dos abordados chegavam procurar os serviços, mas devido à qualidade da assistência, tinham seu quadro avançado. Muitos relataram também, sobre a falta de acolhimento nesses espaços, resultando-se no acesso tardio a atenção especializada em saúde. A perda de vínculos familiares e amorosos, entre outros, são fatores que interferem na percepção do adoecer, no cuidado, assim como na procura e no acesso a serviços adequados (Silva et al. 2012, p. 7).

Tendo em vista que a população em situação de rua nos desafia com a complexidade em suas demandas de saúde, é urgente que se invista na qualificação na formação dos trabalhadores para que seja possível, então, a articulação entre os equipamentos da rede para além do setor saúde, com abordagens que dialoguem com práticas menos carregadas de julgamento e preconceito. Este contexto influencia todo o processo saúde/doença, devendo ser assimilado pelas equipes de saúde na construção das propostas de cuidado em Oncologia, na perspectiva de superar a fragmentação da atenção, considerando o usuário e a família como sujeitos do processo, o que requer práticas interdisciplinares e ações intersetoriais, como caminhos para o efetivo exercício da integralidade.

## 2.2 O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E A SUA IMPORTÂNCIA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A presença de um profissional do Serviço Social fixo na enfermaria de internação oncológica foi uma experiência nova tanto para a equipe do Serviço Social do Hospital quanto para a equipe multiprofissional do setor mencionado. Essa experiência foi possível devido à inserção de profissionais de Serviço Social na turma de Residência

Multiprofissional de Atenção ao Câncer, iniciada em 2015. No ano de 2019, contava-se com uma assistente social residente da turma 2018-2020 e dois profissionais de serviço social da turma 2019-2021. No ano de 2020, não houve abertura de vagas no processo seletivo para a área de serviço social, sendo assim, no último ano de residência (2020), permaneceram dois profissionais de Serviço Social, alocados em diferentes setores voltados à atenção ao câncer.

O reconhecimento das expressões da questão social como objeto de intervenção durante o exercício profissional do assistente social requer uma intervenção profissional guiada na perspectiva totalizante, onde é realizada uma aproximação do contexto social do paciente com intuito de identificar os determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais, fatores que podem interferir no processo do tratamento e recuperação de saúde.

Conforme aborda Silva (2012) o papel do assistente social guia-se em intervir nas múltiplas formas de manifestação da questão social que na vivência hospitalar, expressam-se como doenças propriamente ditas, desigualdades econômicas, educacionais, sociais, políticas e culturais, manifestados por questões de gênero, geracionais e étnico-raciais, assim como as carências daí originadas.

Para isso, requisita-se do profissional de Serviço Social uma leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2012).

Na qualidade de assistente social residente exterioriza-se a necessidade de reflexão acerca das contribuições do fazer profissional do Serviço Social junto à equipe multiprofissional frente ao processo de saúde/doença vivenciados pelos usuários acometidos pelo câncer, em especial, aqueles internados em Unidade de Internação Oncológica, cujo, sua situação habitacional é a rua.



A inserção do profissional de Serviço Social na equipe multidisciplinar durante a hospitalização dos usuários acometidos com câncer pode surtir efeitos positivos durante o tratamento oncológico. O trabalho multidisciplinar possibilita ao paciente a troca de experiências/saber de vários profissionais, o que contribui de forma positiva no enfrentamento do câncer. Nesse contexto a atuação do Serviço Social está voltada para o atendimento do usuário em suas necessidades psicossocial e emocional, em situações de doença, norteado pelo compromisso de valorização da dignidade da pessoa humana, compreendendo a pessoa doente, assim como sua enfermidade, para tratá-la como ser completo que pertence a uma família e a uma comunidade, dentro de uma perspectiva de acolhimento do doente e de seu familiar (BRENTANI, 2013, p.07).

A intervenção do Serviço Social tem o objetivo de proporcionar acolhimento, atendimento e acompanhamento social, nas intervenções realizadas destaca-se o fortalecimento dos vínculos familiares, reforçando a importância da participação familiar no processo de saúde e doença. Para isso, foi necessário reforçar a saúde como um direito universal, a importância de inserção da reflexão quanto aos estigmas sociais com a equipe multidisciplinar. Para além disso, o assistente social pode contribuir com as orientações referentes ao acompanhante; orientação sobre benefício assistencial e identificação da rede familiar, pois o campo de ação do Serviço Social implica um contato direto com o paciente e sua família, a partir de investigações de situações culturais, ambientais, sociais, pessoais, psicológicas e financeiras do paciente. Dessa forma, identificam-se problemas que possam vir a comprometer o tratamento da doença, bem como afetar a vida do paciente e de seus familiares. O Assistente Social, inserido na área da Saúde, tem a contribuir na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos.

Para Rodrigues (2009), o processo de cuidar ameniza e alivia a dor. Aspectos como a comunicação entre a família, o paciente e principalmente a equipe de saúde (que muitas vezes se sentem impotentes e acabam se afastando para não ter que responder questionamentos da família ou do paciente, pois é muito difícil relatar a gravidade do caso e dizer que se está apenas aguardando a morte) são muito importantes. É, pois, fundamental manter o controle de sintomas, como a dor, os aspectos bioéticos,



principalmente a autonomia, a veracidade, a beneficência e o acolhimento.

### 2.3 A ESTRUTURA FÍSICA: O DESAFIO EM RESGUARDAR O SIGILO PROFISSIONAL

Além dos problemas trazidos pela própria doença, o paciente ainda está exposto à hospitalização, que se torna em uma nova situação por ser um espaço desconhecido, sendo importante que o local e o tratamento sejam dignos, humanos e acolhedores, possibilitando a redução das angústias e medos do doente, bem como de seus familiares (SILVA, et al. 2012, p. 13).

Durante o ciclo em 2019 e 2020 na clínica oncológica, a primeira observação realizada foi referente ao espaço físico para atendimento do Serviço Social, neste caso, a indisponibilidade deste espaço. Os atendimentos, que exigiam respeito do sigilo ao usuário, eram realizados em locais improvisados e emprestados, que em muitas das vezes eram realizados nos corredores, no espaço de lazer do andar, não resguardando o sigilo profissional, era feito o que era possível para cada situação.

Conforme preconiza o código de ética profissional dos assistentes sociais, é direito profissional o resguardo do sigilo profissional durante as intervenções realizadas durante o seu exercício profissional, além de que o sigilo profissional protegerá os usuários em tudo aquilo que o profissional do Serviço Social tome conhecimento em decorrência do exercício da profissão. Portanto, se faz necessário, condições éticas/técnicas para o seu exercício. Conforme preconiza a Resolução CFESS nº 493/2006, no artigo 1º e 3º – é condição essencial e obrigatória a existência de espaço físico, tendo o atendimento ser realizado com portas fechadas para garantir o sigilo.

Assim sendo, propõe-se a construção/expansão de um espaço destinado ao atendimento que resguarde o sigilo profissional, a instalação de uma sala multiprofissional, onde outros profissionais poderão usufruir da estrutura que oferecerá ao paciente o resguardo do sigilo e de um espaço que possa ficar mais à vontade para explicar suas queixas, angustias sentimentos.

## 2.4 A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL: O INDIVÍDUO EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Durante as internações foi possível realizar uma aproximação quanto ao perfil dos pacientes oncológicos que se encontravam com a situação habitacional endereçado nas ruas e através dos seus relatos, foi possível conhecer os motivos que os levaram estar em situação de rua, sendo o uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas as causas principais que culminaram em relações de conflitos familiares e evasão de sua residência convencional. Os abordados são de diversos perfis, sendo adultos, jovens e idosos que demandam acessar serviços socioassistenciais. Embora o SUS seja um direito constitucional, muitos dos usuários abordados relataram inúmeros desafios enfrentados no dia a dia nas ruas: a dificuldade de acesso, localização dos postos de atendimentos de urgências, unidades de saúde e em especial o despreparo dos profissionais de saúde.

No contexto hospitalar o assistente social deverá ter como objeto de intervenção o fortalecimento da saúde como um direito universal e de colaborar no processo de reconhecimento deste indivíduo como um cidadão portador de direitos. Neste ponto, se faz importante refletir sobre como tem sido efetivado o acesso dessas pessoas a rede de saúde, se a localização dessas instituições é de fato facilitadoras para o acesso desse público que possui como meio de locomoção as ruas.

Donabedian (2003) optou pelo termo "acessibilidade" e as enquadrando em duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica, apontando que ambas se inter-relacionam. A sócio-organizacional compreende todas as características da oferta institucionalizada de serviços, com exceção dos aspectos geográficos que obstruem e aumentam a capacidade das pessoas os alcançarem. A acessibilidade geográfica pode ser aferida pela distância linear, tempo de deslocamento, custo com a viagem, etc.

Encontrar-se em situação de rua também significa desenvolver estratégias de compensação para lidar com as perdas, aprender a utilizar outros recursos e novas formas de organização que ressignifiquem a relação estabelecida com a cidade e com a sociedade (SILVA, 2009).

Através da aproximação dos usuários em situação de rua, observou-se que em todas

as abordagens o acesso foi de forma tardia, todos tinham em comum, a fragilidade da atenção em saúde de forma integralizada, o acesso à saúde como um direito aponta-se como um grande desafio, pois, muitos desses usuários não tiveram nem a chance de acessar a atenção especializada a tempo de realizar o tratamento de forma integral, e sim, com tratamento voltado para controle das dores e do controle do avanço da patologia. A insuficiência de políticas públicas que dialoguem com o processo de exclusão e vulnerabilidades não significa somente falta de vontade ou incapacidade do estado em lidar com o problema da população em situação de rua, mas funciona como penalização do indivíduo pela condição em que ele se encontra (ADORNO; VARANDO, 2004). Existem diferentes formas de lidar com questões tão subjetivas quanto o sentido de saúde. O 'estar na rua' pode produzir certa resignação em relação às condições de saúde, sendo o serviço de saúde acionado nos casos de extrema necessidade – sintomas agravados, ou acumulação de vários quadros/sintomas, ou reincidência de doenças mal tratadas ou não curadas.

## 2.5 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA

No decorrer das abordagens realizadas foi possível identificar que a relação com a família dos indivíduos em situação de rua encontrava-se fragilizada, ora por distanciamento social dos familiares, impulsionados pela dependência do álcool e/ou outras drogas e em alguns casos por decisão por parte do indivíduo, o que interfere e torna-se um desafio no processo de saúde/doença para a equipe multidisciplinar.

Durante as internações hospitalares a equipe multidisciplinar demandava intervenções ao Serviço Social devido à ausência de acompanhante junto aos pacientes, responsabilizando a família pelos cuidados deste indivíduo durante a internação. Para atuar frente a essa demanda, o profissional de Serviço Social necessita realizar uma leitura crítica a respeito dessas relações, através da categoria mediação, a fim de apreender as relações e determinações existentes.

Diante dessas situações o Serviço Social trouxe junto à equipe a discussão sobre

o papel da família nos processos do cuidado, sua importância no momento da internação e pós alta, levando em consideração os vínculos estabelecidos ou fragilizados pelos usuários em situação de rua com os seus familiares. Além disso, foi reforçado a importância do respeito ao direito de autonomia do paciente e refletido também, sobre suas responsabilidades quanto ao autocuidado e sobre o que era responsabilidade da equipe de saúde enquanto o paciente encontrava-se internado.

O modo tradicional de cuidar que foca mais na doença do que no sujeito, não leva em conta o contexto de vida e a subjetividade das pessoas. Silva (2009) busca superar essa perspectiva reducionista comum nas práticas cotidianas em saúde, quando propõe o conceito de clínica ampliada, a fim de construir uma forma de cuidado que seja integral.

Durante as internações hospitalares, o trabalho com a família era um desafio tanto para o Serviço Social quanto para a equipe multidisciplinar, em alguns casos a participação familiar era guiada na sensibilização por conta da gravidade das doenças e em outros pela perspectiva de responsabilidade afetiva, oriunda de laços consanguíneos. A participação da família, nos casos em que foi possível estabelecer esta aproximação, foi de extrema importância aos usuários abordados.

## 2.6 AS PRÁTICAS CONSERVADORAS: O ENQUADRAMENTO DO INDIVÍDUO EM UM PADRÃO

É importante destacar também, que durante a rotina hospitalar, foi observado que muitas práticas conservadoras a respeito deste usuário em situação de rua, estavam presentes nas abordagens pelos profissionais de saúde, pois estes tentavam muitas vezes realizar o encaixe do comportamento e hábitos desses pacientes dentro do padrão de higienização e de comportamento tradicional. Contudo, se faz necessário desmistificar inúmeros estigmas relacionados aos indivíduos que estão na situação de rua, que muitas vezes são vistos como mendigos, errantes, vagabundos, desviados, loucos, os que sujam as cidades e os espaços onde adentram. Essas ações guiam-se em um discurso higienista, provocado por uma sociedade tradicional, conservadora capitalista, que torna

os moradores de rua como “invisíveis”, onde práticas fora da “normalidade” não são aceitas. Com isso, é muito importante que o profissional de Serviço Social tenha o compromisso de desconstruir esses conceitos e se comprometa a realizar a busca de assegurar os direitos desses indivíduos, neste caso, em especial, o atendimento e assistência sem ser discriminado.

A estigmatização dos indivíduos em situação de rua, é algo que se mantém ainda nos dias atuais. Isto se observa até na Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua quando define como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento. “Ou seja, a população em situação de rua é caracterizada como de pobreza extrema, que faz uso de áreas degradadas, significando áreas que não apresentam construção de prédios, casas” (NUNES, 2016, p. 31).

Portanto, ressalta-se a educação continuada como instrumento potencializador no processo saúde/doença, de modo a contribuir na construção de novos caminhos, enxergando todos os indivíduos, em especial, aqueles que não possuem uma residência física habitual como um ser humano, detentor do direito de receber os cuidados com qualidade, sem distinção, preconceitos e julgamentos.

Inserir tal discussão junto à equipe de saúde possibilitou a reflexão quanto à importância do trabalho multidisciplinar no processo de saúde doença. Neste sentido, se faz importante estabelecer o diálogo de forma aberta e crítica, capaz de colaborar no aprimoramento das ações do cuidado.

Acentua-se também as diversas possibilidades de comunicação com a equipe multiprofissional de modo a exercitar os princípios recomendados pela Clínica Ampliada (BRASIL, 2009, p. 38).

A dinâmica do trabalho em equipe demanda reconhecer e valorizar os variados saberes, bem como, requer de todos os envolvidos uma postura aberta para o diálogo de forma horizontal, fazendo da interdisciplinaridade uma proposta indispensável no trabalho em saúde.

Dessa forma, o desafio que está posto aos profissionais de saúde apresenta fragilidades relacionadas à sua formação, independente da categoria profissional, que

não os prepara para lidar com situações complexas e desafiadoras, sem falar da fragilidade em que os vínculos empregatícios precários que se encontram, com baixa remuneração e carga excessiva de trabalho, gerando um impacto diretamente na possibilidade de construção de um processo de trabalho que esteja em consonância com as diretrizes preconizadas pela política.

Para muitos dos usuários estar internados era um grande desafio, seguir uma rotina de cuidados era importante para eles naquele momento, mas estar privados de realizar o que queriam (utilização de álcool e outras drogas) era um desafio não somente guiada pela perspectiva da liberdade, mas também, por questão de dependência, que em muitas vezes, não eram levados em consideração por parte da equipe. O cuidado em muitas vezes era destinado a doença de base (câncer) e não era levado em consideração as doenças pré-existentes, o que tornava a permanência um grande desafio e dessa forma a evasão ao tratamento foi observado em alguns casos.

## 2.7 A IMPORTÂNCIA DA REDE SOCIOASSISTENCIAL E A FRAGMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os encaminhamentos para a rede socioassistencial são instrumentos de trabalho essenciais no trabalho do Assistente Social. Para além disso, se faz necessário o conhecimento da rede socioassistencial no processo de saúde doença. A regionalização presente no Sistema Único de Saúde proporciona a articulação necessária para que o indivíduo seja assistido de forma integral.

Pontua-se a necessidade de expansão dos serviços destinados a este público, pois conforme observado neste relato de experiência, tais equipamentos mostram-se insuficientes e não conseguem atender os indivíduos de forma integral. A saúde mental é uma das áreas que se apresenta de forma fragmentada, fragilizada e insuficiente. A prevenção dos agravos relacionadas com a saúde mental necessitam ser ampliados, bem como os serviços ofertados. Precisamos de psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde, acesso facilitado ao médico psiquiatra, pois, segundo o relato de diversos

usuários, os serviços atualmente apresentam-se de forma escassa na cidade, sua localização é inviável para quem não possui um veículo ou meio de transporte acessível, além de que tais instituições não conseguem atender todas as demandas deste público, ora pelo número baixo de funcionários, ora por falta de recursos financeiros. Muitos são os desafios para implementação da Política Nacional destinada às pessoas em situação de rua, que na atualidade encontra-se fragmentada.

Tal cenário interfere no tratamento oncológico, em especial durante as internações hospitalares, quando este indivíduo não possui com quem contar, devido à fragilidade em que os vínculos familiares se encontram. Seja nos cuidados durante a internação e no momento pós alta, que demanda do paciente atenção quanto aos cuidados com a saúde (isto inclui as orientações médicas, realização de exames, alimentação adequada, realização de curativos, etc.). Essas orientações tornam-se insustentáveis para estes indivíduos, por não contarem a estrutura de um lar, além disso, a rede de apoio de saúde não consegue fornecer a este usuário a atenção integral, importantíssimo durante o tratamento oncológico.

Requisita-se do assistente social o conhecimento das políticas sociais que são direcionadas para as pessoas em situação de rua, sendo possível realizar os encaminhamentos, e orientar os indivíduos na busca e acesso aos direitos sociais. De acordo com o CFESS (2012), o enfrentamento da questão social envolve a luta pela construção, materialização, consolidação dos direitos sociais, como uma mediação para construção de uma outra sociabilidade. Uma das formas de acessar e garantir esses direitos é por meio das políticas sociais que compõem a proteção social tem se constituído em respostas, muitas vezes fragmentadas, para as complexas expressões da questão social produzidas neste sistema de exploração e dominação.

“As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas a formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (BEHRING, 2008, p. 50).

Pode-se destacar que os preceitos do capitalismo, a relação do homem com o

trabalho em sociedade acaba moldando a política vigente. As políticas sociais na era do capitalismo, recheada de desigualdades, é um direito conquistado através de muitas lutas e resistências. Atualmente a execução dessas políticas é dificultada pela falta de investimentos por parte do governo federal, e assim os cortes no orçamento é algo que dificulta o trabalho das instituições que acolhem os indivíduos em situação de rua, limitando assim algumas ações por parte da equipe.

Embora avanços políticos em relação à população de rua têm sido efetivados, ainda estamos longe de garantir os cuidados necessários por parte do Estado. Os espaços institucionais não conseguem atender a grande demanda e necessidades dos indivíduos nessa situação. Contudo, a luta por melhorias nesses espaços alinhados com maiores investimentos têm sido uma grande luta para os profissionais da área.

É importante destacar que um dos desafios presenciados na execução do trabalho é de estabelecer um trabalho em rede. Por outro lado, além das dificuldades reais, inerentes à situação de rua, como a fome e a impossibilidade de higienização adequada, observa-se que os serviços assistenciais, em especial o de saúde não estão preparados para o acolhimento dessa população, uma vez que, quando procuram o serviço espontaneamente, ou quando os usuários são encaminhados por outros serviços da rede, ainda fazem parte da realidade do atendimento o preconceito e a discriminação com este público, que dificulta o acesso dos usuários neste importante serviço.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através deste relato de experiência foi possível refletir sobre os desafios enfrentados pelos usuários em situação de rua no tratamento oncológico, a importância da família no processo de saúde doença, a importância do trabalho multidisciplinar ao trabalhar com um público estigmatizado pela sociedade. Observou-se que esses indivíduos sofrem pela estigmatização da sociedade, os caracterizando como “sujos”, “perigosos”, que ofertam algum tipo de risco, assim, suscita-se a importância da abordagem deste tema nos espaços de produção de saber, visto que é baixo o número de pesquisas científicas nesta área, onde o cuidado em saúde deve ir além do aspecto



biológico, estando inteiramente interligado com os aspectos biopsicossociais que constituem o processo de vida dos usuários. Através da aproximação do objeto central deste estudo (os usuários portadores de câncer em situação de rua) foi possível identificar os obstáculos à compreensão social da saúde (que leva em consideração os determinantes sociais) que possuem como objetivo de valorizar a abordagem multidimensional. George (2011) agrupa-os em cinco categorias, os determinantes fixos ou biológicos, de que são exemplo a idade, sexo e fatores genéticos; os determinantes económicos e sociais, de que são exemplo a posição o estrato social, o emprego, a pobreza, a exclusão social; os ambientais, tais como a qualidade do ar e da água, ambiente social; os de estilos de vida, sendo a alimentação, atividade física, tabagismo, álcool e comportamento sexual alguns exemplos. Incluem-se ainda o acesso aos serviços, como educação, saúde, serviços sociais, transportes e lazer (George, 2011).

Por meio da experiência vivenciada foi possível observar que o modelo centrado no médico continua presente de forma intensa na assistência hospitalar, configurando-se como um desafio para as demais profissões da saúde, em especial para os profissionais de Serviço Social, que atuam no enfrentamento das expressões da questão social, ampliando o foco do seu olhar para além da doença, observando o usuário hospitalizado inserido em um contexto social que determina o seu viver, o adoecer e o seu morrer. Assim, contribuir com a reflexão sobre as contribuições do exercício profissional do Serviço Social enquanto membro de uma equipe multiprofissional frente ao processo de saúde/doença vivenciados pelos pacientes acometidos por neoplasias malignas (câncer) em situação de rua.

O principal objetivo deste trabalho nos exigiu não apenas avaliar os limites e desafios enfrentados pelos pacientes em situação de rua para se ter acesso ao tratamento oncológico, bem como, as dificuldades impostas aos trabalhadores inseridos neste contexto, como: a alta jornada de trabalho, excesso de demandas, estrutura disponível para atendimentos que requeriam sigilo profissional. Podemos considerar que a inserção do Serviço Social na rotina hospitalar foi um ganho para a equipe multiprofissional, que acrescentou com seus saberes, conhecimentos de ordem social, direitos, desmistificação de preconceitos, etc. Contribuiu ainda com os usuários da saúde

(pacientes) que passaram a ter um profissional de Serviço Social de forma constante e orientações mais precisas quanto aos seus direitos e meios de acessá-los.

Cabe ressaltar que essas reflexões não possuem a pretensão de esgotar o assunto proposto, mas ao contrário, trazer a luz, argumentos para reflexão, de forma a estimular novas pesquisas e estudos no campo abordado, qualificando assim, cada vez mais a profissão do Serviço Social no campo da saúde pública.

Os temas que atravessam a pesquisa, tanto as pessoas em situação de rua, como profissionais da saúde, guardam forte relação com a temática apresentada, como estigma social/discriminação, barreiras/limites, questões relacionadas ao gênero, ainda são pouco exploradas pela literatura. Portanto, conclui-se que esses tais elementos são centrais para enriquecer o debate e fomentar alterações de valores e atitudes no processo de saúde e doença. Espera-se que essa produção possa instigar a produção de futuros trabalhos que abordem a população em situação de rua, incluindo-os neste processo, para que seja possível ocorrer uma leitura mais fidedigna sobre dada população e a produção de cuidado destinado a ela.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F.; VARANDO, W. **Descartáveis urbanos**: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-45, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social e Método**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7053 DE 23 de dezembro de 2009**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília/DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2001. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde Noas-SUS 01/01. Diário

Oficial da União, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL. Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares. 2016. **Instrutivo para elaboração de relato de experiência estágio em nutrição em saúde Coletiva.** Disponível em: <<https://www.ufjf.br/nutricaoogv/files/2016/03/Orienta%C3%A7%C3%B5esElabora%C3%A7%C3%A3o-de-Relato-de-Experi%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2021.

BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G.; KOWALSKI. **Bases da Oncologia.** São Paulo: Lemar Livraria; Editora Marina e Tecmed Editora, 2013.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde.** 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CASTEL, R. et al. **Desigualdade e a questão social** – 2 ed. rev. e ampliada. São Paulo: EDUC, 2004.

CASTEL, Robert. **As armadilhas da exclusão.** In: WANDERLEY, Mariângela; BÒGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita. *Desigualdade e a questão social.* São Paulo: EDUC, 1997.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **A inserção do Serviço Social na Política de Educação na perspectiva do Conjunto CFESS/CRESS:** elementos históricos e desafios para a categoria profissional. *SER Social*, Brasília, v. 14, n. 30, p. 244-258, jan./jun. 2012.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006.**

CFESS. **Subsídios para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Educação.** Brasília. 2012. 66 p.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Nova York: Oxford University Press, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade na assistência à saúde:** a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.

GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde.** 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2vZqVke>>. Acesso em: 08 jan 2021.

IAMAMOTO, M. V. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.** São Paulo:

Cortez, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de Capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2010.

MENDONÇA, Gulnar Azevedo. Et.al. **Risco de câncer no Brasil**: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. 2005. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/revisao1.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2020.

NUNES, M. **O atendimento à população em situação de rua no Centro POP I**: Mediação entre o acesso aos direitos e o controle social do Estado. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2016.

PIRES, M. R. G. M. et al. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS**: relação com atenção básica. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, 2010.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.

SÁ, A. **Sugestão de um esboço de bases conceituais para um sistema penitenciário**. São Paulo: SAP, 2005. Disponível em: Acesso em: 5 maio 2020.

SARMENTO, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. **O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos**. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v. 71, n. 3, p. 256-262, 2005.

SILVA, L. B. et al. **O Serviço Social na Residência Multiprofissional em Oncologia no Instituto Nacional de Câncer**. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8635026/2879/4271>>. Acesso em: 18 jan 2021.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, M. O. da S.; YASBEK, M. C.; GIOVANNI, G. di. **A Política Social Brasileira no Século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo: Cortez, 2004.

SIMÕES JÚNIOR, José Geraldo. **Moradores de rua**. São Paulo: Pólis, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde. 2002.