

PERFIL SOCIAL DOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS PELAS ASSISTENTES SOCIAIS NO AMBULATÓRIO DE HEMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE GOIÂNIA

SOCIAL PROFILE OF ADULT PATIENTS ATTENDED BY SOCIAL ASSISTANTS IN THE HEMATOLOGY AMBULATORY OF A UNIVERSITY HOSPITAL OF GOIÂNIA

ARAÚJO, Edmeiry Ferreira de¹

1. Assistente Social, Especialista pela UFG. Contato: edmeiryfa@hotmail.com.br

Resumo:

Objetivo: conhecer o perfil social do usuário adulto atendido pelas assistentes sociais do ambulatório de hematologia do hospital das clínicas de Goiânia do ano de 2015. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quali-quantitativa, com coleta de dados secundários das variáveis sócio demográficas selecionadas: faixa etária, sexo, situação conjugal, prole, cidade de domicílio, escolaridade, profissão e renda familiar. **Resultados:** 336 pacientes; quanto a idade, o menor índice de 11,9% entre 31 a 40 anos, sendo a maior prevalência acima dos 60 anos com 34,23%; quanto ao sexo 41,37% são homens e 58,63% são mulheres; a situação conjugal 44,35% casados, 24,4% solteiros, 13,1% em união estável, 9,82% viúvos, 4,46% divorciados e 3,87% separados; quanto à prole 21,13% não tem filhos, 56,85% até três filhos e 22,02% acima de quatro filhos; a cidade de domicílio 49,7% residem em outras cidades e 50,3% são de Goiânia; nível de escolaridade ensino fundamental incompleto 30,36%, 22,92% ensino médio completo e 16,07% não alfabetizados, ensino superior completo 6,25%; a renda varia entre 1 a 1,5 salários mínimos 26,49%, 2 a 3,5 salários mínimos 39,29%, sem renda 25,89%, 8,33% tem remuneração acima de 4 salários mínimos. **Conclusão:** é neste cenário que o Assistente Social vai intervir e responder as expressões da questão social. Essas informações sociais podem contribuir para dar suporte à alocação de mais recursos destinados aos cuidados primários de assistência à saúde, e ao incentivo de políticas públicas que visem a qualidade e resolutividade no atendimento ao usuário, contribuindo portanto conforme a LOS com a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Palavras-Chave: perfil social; saúde; hematologia; usuário; assistente social.

Abstract:

Objective: to know the social profile of the adult user attended by the social workers of the hematology outpatient clinic of the Goiânia clinics hospital in the year 2015. **Method:** this is a descriptive, retrospective, qualitative-quantitative approach, with data collection Secondary variables of selected socio-demographic variables: age, sex, marital status, offspring, city of domicile, schooling, profession and family income. **Results:** 336 patients; as for age, the lowest index of 11.9% between 31 and 40 years old, the highest prevalence being over 60 years old with 34.23%; 41.37% are men and 58.63% are women; the married state 44.35% married, 24.4% singles, 13.1% in a stable union, 9.82% widowed, 4.46% divorced and 3.87% separated; 21.13% had no children, 56.85% had three children and 22.02% had four children; the city of domicile 49.7% reside in other cities and 50.3% are from

Goiânia; level of education incomplete elementary school 30.36%, 22.92% complete high school and 16.07% non-literate, complete tertiary education 6.25%; income ranges from 1 to 1.5 minimum wages 26.49%, 2 to 3.5 minimum wages 39.29%, without income 25.89%, 8.33% have a remuneration above 4 minimum wages. **Conclusion:** it is in this scenario that the Social Worker will intervene and respond to the expressions of the social question. This social information can contribute to support the allocation of more resources destined to the primary care of health care, and to the incentive of public policies that aim at the quality and resolution in the service to the user, thus contributing to LOS with the promotion, protection and recovery.

Keywords: social profile; health; hematology; user; social worker.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o papel do Estado frente à sociedade sofreu inúmeras transformações, ao longo do tempo. No princípio responsável apenas pela segurança pública, entre os séculos XVII e XIX, até as tentativas de promover o estado de bem-estar social¹.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), foi instituído o Sistema da Seguridade Social, definida como sendo um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Seus objetivos visam a universalidade, uniformidade, equivalência, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da administração¹.

O Sistema da Seguridade Social é formado pelas políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Criado como resultado da intervenção do Estado na sociedade com vistas a garantir bens e serviços coletivos aos indivíduos por meio da implementação de políticas sociais¹.

A Previdência Social foi organizada sob a forma contributiva e de filiação obrigatória, concede benefícios aos segurados visando à cobertura dos riscos de doenças, invalidez, morte e idade avançada aos trabalhadores filiados. Para Pereira Junior², o seguro social nasceu atrelado às concepções do seguro de direito privado para atender a estrutura econômica vigente, em face da propensa incapacidade gerada pela vicissitude da vida a que está sujeita a grande massa trabalhadora².

Quanto a Política de Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social; regulamentada posteriormente pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esta política tem por objetivos atender as necessidades básicas dos indivíduos, tais como proteção à família, à infância, à adolescência, à maternidade, à velhice, à pessoa portadora de deficiência, a promoção da integração ao mercado de trabalho, a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família³.

A Política de Saúde, dentro do sistema de Seguridade Social foi a que obteve maior avanço no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, graças a ampla mobilização de um conjunto de forças sociais em torno do Movimento de Reforma Sanitária; esse movimento nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970³.

O marco histórico para a implantação de uma política na área da saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, intenso processo político que envolveu a sociedade com o intuito de propor políticas e novas organizações ao sistema, serviços e práticas em saúde, no sentido de universalizar e garantir o pleno acesso aos serviços assistenciais sem qualquer critério ou discriminação, cobrir também o direito à vacinação, medicamentos de alto custo e uso prolongado, consultas, internações e procedimentos hospitalares, bem como a prevenção de doenças⁴.

A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo a lógica contraprestacional e da cidadania regulada⁵.

Como resultado das propostas apresentados na conferência de 1986, no relatório final, a saúde passa a ser compreendida não apenas como resultante das condições em que as pessoas vivem, mas também como as condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, entre outros, sobretudo da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes⁶.

A partir dessas premissas é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 Lei Orgânica da Saúde (LOS), pelas Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB's) responsáveis pela organicidade do sistema que pretende consagrar os princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde e pela Lei nº 8.142/1990 de controle social que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS com as instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselhos de Saúde, previstos na CF/1988.

No Contexto da prestação de serviços e assistência à saúde, está o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), localizado em Goiânia capital do Estado de Goiás; hospital universitário campo de pesquisa, ensino e extensão, vinculado a Faculdade de Medicina. Em sua gênese 1962, o Hospital das Clínicas (HC) era mantido pelo governo estadual e pelo Ministério da Educação (MEC), com a efetivação da sua transferência patrimonial para a Universidade Federal de Goiás (UFG), essa assume a manutenção e administração do pessoal técnico-administrativo. A partir de então, o MEC passa a ser seu principal mantenedor. Com a revisão do estatuto da UFG, em 1984, o HC é desvinculado da Faculdade de Medicina, tornando-se hierarquicamente vinculado a reitoria, como um órgão suplementar.

Contudo, em 2010 foi instituída medida provisória n.520, que facultava ao poder executivo a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao MEC com “a missão de reestruturar os Hospitais Universitários (HU's)”; os HU's constituem o maior complexo hospitalar do país, são 47 hospitais distribuídos em 33 universidades federais. No ano seguinte, é determinado pela Lei n. 12.550/2011 que autoriza a criação da EBSERH, para gerir os HU's no Brasil; em 2014 a gestão do HC/UFG cedeu às pressões governamentais, sendo o 28º a assinar a adesão com a EBSERH.

Apesar de aderir com a EBSERH, o HC continua sofrer dificuldades em especial a financeira, principalmente decorrente das políticas econômicas adotadas pelo país nos últimos 20 anos, de grande descaso com as Políticas Sociais, em especial a Saúde e Educação, com redimensionamento do papel do Estado, com retrocesso do investimento público nas políticas sociais, promovendo o enxugamento dos direitos sociais e trabalhistas, o sucateamento da saúde e educação e a tentativa de desmonte da seguridade social. No entanto, mesmo com as dificuldades, o HC tem contribuído na implantação do SUS, constitui, ainda, um

importante formador de conhecimento na área da saúde, por meio do ensino, pesquisa, extensão e residências médicas e multiprofissionais.

Diante desse contexto torna-se imprescindível as pesquisas científicas, tendo em vista a necessidade de relatar por meios epistemológicos a realidade desse espaço e dos indivíduos nele inseridos.

Dentre os serviços prestados pelo HC, foi organizado o Serviço Social pela Assistente Social Omari Ludovico¹, inicialmente chamado de Seção Social Médica em 1962. Nessa época a direção teórico-metodológica de implantação do Serviço Social pautava-se pela matriz positivista no viés estrutural-funcionalista, período em que o Serviço Social perpassa por profundas transformações no Brasil e na América Latina, no enfrentamento da ditadura em suas distintas performances.

Em resultado á uma maior diversificação da categoria em âmbito nacional, as Assistentes Sociais empenham-se na autonomia da direção teórico e metodológica da profissão, a partir do Movimento de Reconceituação (1960-1970), onde o Serviço Social passa por modificações em sua matriz teórico-metodológica e, no final da década de 80 ao se instituir a redemocratização do país, vivencia o início do movimento dentro da categoria chamado Intenção de Ruptura com o conservadorismo (1970-1980), pela necessidade de legitimação e de cientificidade na profissão⁷. Na década seguinte, sob os referenciais teóricos do materialismo histórico dialético foi aprovado o novo Código de Ética do Assistente Social (1993) e a Lei nº 8.662 (1993) que regulamenta a profissão de Serviço Social⁷.

Assim, como parte integrante dessas transformações, o Serviço Social em Goiás e por conseguinte do HC/UFG, passa a ampliar e diversificar suas formas de atuação, elabora um novo projeto para a Seção Social Médica do HC, desmembrando-o em três setores Clínicas, Ambulatórios e Extensão, passando a denominar-se Seção de Serviço Social.

Atualmente a Seção de Serviço Social possui 14 Assistentes Sociais, que atuam nas Clínicas Médica, Cirúrgica, de Ortopedia, Pediatria, Tropical, Maternidade, UTI's, UTI Neonatal, Pronto Socorro adulto e infantil, Ambulatórios de Pediatria, da Tropical, de Ortopedia, Hematologia, Mastologia, Geral, de Terapia Renal Substitutiva e o Ambulatório de Hematologia, local deste estudo, composto

1 Atualmente é assistente social na Pró-Reitoria da UFG e pesquisadora da PUC- GO; graduada em Serviço Social PUC-GO em 1964, mestrado em Educação pela UFG em 2000 e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2009 (LATTES, 2012).

por 01 Assistente Social da UFG, 01 residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da área de Hematologia e Hemoterapia (2015/2017).

A Hematologia e a Hemoterapia são especialidades médicas que estudam e tratam as doenças do sangue e de órgãos hematopoéticos, ou seja, tecidos e órgão responsáveis pela proliferação, maturação e destruição das células do sangue (hemácias, leucócitos e plaquetas). As doenças hematológicas são classificadas em três grandes grupos: Anemias (falciforme, hemolíticas, aplásticas, megaloblásticas, de doenças crônicas); Alterações da coagulação(púrpuras, hemofilias, doença de von Willebrand, outras alterações da coagulação); Doenças proliferativas e infiltrativas(leucemias agudas e crônicas, linfomas, mielodisplasias, mieloma múltiplo, síndromes mieloproliferativas, doença de Gaucher, doença de Niemann-Pick)⁸.

O Serviço Social no Ambulatório de Hematologia visa promover uma atuação profissional que lide com as diversas expressões da questão social. Segundo Netto⁹ “as manifestações imediatas da “questão social” eram presentes, dentre elas: forte desigualdade, desemprego, fome, penúria, desamparo frente às conjunturas econômicas adversas”.

Para tanto o Assistente Social do Ambulatório de Hematologia busca identificar as demandas sociais existentes, tais como: encaminhamentos à benefícios previdenciários e assistenciais, promover contatos com as Instituições Governamentais e não governamentais de Goiânia e de outros municípios, processos para obtenção de medicamentos de alto custo via Ministério Público (MP), acesso ao programa Tratamento Fora do Domicílio (TFD), dentre outras providências sociais que se fizerem necessários,que possibilite viabilizar o acesso aos direitos sociais e a consolidação da LOS⁹.

Conforme Nogueira e Miotto¹⁰ a discussão sobre a consolidação da política de saúde está presente no Serviço Social por meio de produções bibliográficas que podem ser apreendidas no debate do eixo ético-político e em outro que direciona a análise para a prática profissional no contexto do SUS.

Refletir sobre as possibilidades que o SUS coloca para a prática do Assistente Social, pressupõe um diálogo crítico com a profissão e o conhecimento dos fundamentos norteadores do projeto de Reforma Sanitária e do SUS articulados ao Projeto Ético do Serviço Social.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi conhecer o Perfil Social do usuário adulto atendido pelas Assistentes Sociais do Ambulatório de Hematologia do HC/UFG/EBSERH no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2015. Para tanto partiu-se do seguinte questionamento “Qual é o perfil social do usuário adulto atendido pelas Assistentes Sociais no ambulatório de Hematologia do HC/UFG de 2015”.

Conhecer o perfil social do usuário possibilitará agregar evidências sobre as características sociais dos pacientes recebidos nesta instituição. Visto que o profissional responsável pela atenção em saúde apreendendo a realidade social desse usuário, onde está inserido, viabilizará na prática profissional nortear sua intervenção. Lembrando que as pesquisas fornecem dados, informações e saberes teóricos para auxiliar na tomada de decisão, mas nunca substituem o raciocínio e a experiência do profissional para decidir qual melhor intervenção será efetiva ou não, para um paciente em específico¹¹. Os resultados poderão apontar ainda para novas questões que necessitam de estudo, pesquisa e investigações futuras.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quali-quantitativa¹², com coleta de dados secundários por meio das informações armazenadas no programa informatizado da Seção de Serviço Social registrados pelas Assistentes Sociais, após realização da entrevista social, no período de 02 de janeiro a 30 de dezembro de 2015, num total de 336 pacientes atendidos pelas Assistentes Sociais no Ambulatório de Hematologia.

As variáveis sócio demográficas selecionadas da entrevista social, pela pesquisadora para fazer a coleta de dados foram: faixa etária, sexo, situação conjugal, prole, cidade de domicílio, escolaridade, profissão e renda familiar. Na entrevista social consideram-se: situação conjugal as pessoas que residem maritalmente; domicílio o lugar onde a pessoa estabelece a sua residência com ânimo definitivo; escolaridade de acordo com os anos de estudos dos indivíduos; renda familiar todos os que contribuem de alguma forma financeiramente, independente de residirem no mesmo domicílio.

O local do estudo foi o Ambulatório de Hematologia do HC/UFG/EBSERH, localizado na cidade de Goiânia-GO.

O público alvo escolhido foram os pacientes atendidos pelas Assistentes Sociais do Ambulatório de Hematologia adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, os critérios de exclusão foram os pacientes menores de 18 anos e os que não foram atendidos pelas Assistentes Sociais no Ambulatório de Hematologia em 2015.

Os resultados coletados serão tabulados na planilha Microsoft Excel/2010, onde as variáveis serão mensuradas em percentuais, apresentados em tabelas.

Para discussão dos resultados a fonte principal de indicadores sociais das variáveis utilizada pela pesquisadora foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE) e Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (IMB).

Quanto aos aspectos éticos a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HC/UFG, aprovado sob o parecer nº 1784138. Aos participantes da pesquisa foi garantido o anonimato quanto aos dados de identificação. Como será um estudo retrospectivo com dados coletados por meio documental, foi solicitado ao CEP a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da amostra apresentados na tabela nº1, indicam que há uma variação da idade, com menor índice de 11,9% de pacientes entre 31 a 40 anos, sendo a maior prevalência em pacientes acima dos 60 anos com 34,23%. Lembrando que nessa fase o organismo começa seu processo de envelhecimento, com a redução progressiva da reserva funcional orgânica, tornando o idoso mais suscetível a agravos e doenças¹³.

Tabela 1. Demonstrativo da amostra segundo as variáveis de faixa etária, sexo, situação conjugal e prole, n=336.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
18 a 30 anos	43	12,8
31 a 40 anos	40	11,9
41 a 50 anos	56	16,67
51 a 60 anos	69	20,54
Acima de 60 anos	115	34,23
Sexo		
Masculino	139	41,37
Feminino	197	58,63
Situação Conjugal		
Casados	149	44,35
Separados	13	3,87
Divorciados	15	4,46
Viúvos	33	9,82
Solteiros	82	24,4
União Estável	44	13,1
Prole		
Sem filhos	71	21,13
Até 3 Filhos	191	56,85
Acima de 4 filhos	74	22,02

Fonte: Boletim estatístico da Seção de Serviço Social HC/UFG,2015.

*Elaborada pela autora,2016.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos, entre as afecções neoplásicas hematológicas incluem-se as leucemias, os linfomas e o mieloma múltiplo. Dessa maneira, exigindo dos profissionais responsáveis pela atenção em saúde uma preocupação maior com esta população na qual as neoplasias hematológicas são mais agressivas, fase em que a medula óssea já está afetada, fazendo com que o organismo libere células imaturas e favoreça o surgimento de doenças hematológicas, não sendo facilmente detectadas no início tornam-se neoplasias¹³.

Em recente pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) a taxa de envelhecimento em Goiás no ano de 1991 foi de 3,38%, em 2000 eleva-se para 4,56% e em 2010 foi de 6,31%¹⁴.

Notamos um aumento de 2,93% nesse valor, enquanto a população com 15 a 65 anos representava 69,79% em 2000, passou a representar 72,87% em 2010. Em Goiás, observa-se um avanço expressivo, tendo a participação daqueles acima de 64 anos mais que dobrando nas últimas quatro décadas¹⁵. No Brasil também se

verifica a evolução da população maior que 64 anos, em 1991 esse grupo representava apenas 4,8% do total de brasileiros e brasileiras, já em 2010 chega a 7,4%¹⁶.

Quanto ao sexo 41,37% são homens e 58,63% são mulheres. A pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁶ (IBGE), revela que no perfil da população brasileira existe uma prevalência do sexo feminino. Essa mesma pesquisa aponta que o Estado de Goiás conta com uma prevalência 52,32% do sexo feminino em relação aos homens que é de 47,68%.

A situação conjugal da amostra na sua maioria é composta de 44,35% de casados. Em seguida 24,4% de solteiros; 13,1% encontra-se em união estável; 9,82% de viúvos; 4,46% de divorciados e 3,87% de separados. Quanto à quantidade de filhos 21,13% não tem filhos, 56,85% até três filhos e 22,02% acima de quatro filhos.

Quanto a cidade de domicílio na tabela nº 2 percebe-se um grande desafio para os usuários que utilizam os serviços de saúde, um deles é a necessidade do paciente precisar locomover-se a outro município longe de onde reside em busca de tratamento especializado, dado revelado no estudo que dos 336 pacientes atendidos pelas Assistentes Sociais em 2015 no Ambulatório de Hematologia do HC, 49,7% residem em outras cidades tanto do Estado de Goiás quanto do Brasil e 50,3% são de Goiânia.

Tabela 2. Demonstrativo da amostra segundo a variável da cidade de domicílio, n=336.

Variáveis	n	%
Cidade de domicílio		
Goiânia	169	50,3
Outros municípios	167	49,7

Fonte: Boletim estatístico da Seção de Serviço Social HC/UFG, 2015.

*Elaborada pela autora, 2016.

Conforme os princípios do SUS o atendimento não pode ser negado aos cidadãos que não residem ou que não comprovem residência no município, uma vez que a Lei Orgânica da Saúde¹⁷ (LOS) prevê a universalidade de acesso aos serviços de saúde em igualdade de assistência.

Cada município possui características que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua disposição em termos de estrutura e recursos financeiros,

organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução dos Sistemas de Saúde terão que se adequar, a essas características regionais, pois não existe um padrão singular e estável de gestão⁴.

Dessa forma, o caminho trilhado pelos Gestores da Saúde deve ser a busca por soluções que os ajudem a viabilizar o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, atendendo aos princípios do SUS.

Nessa perspectiva, um processo no qual se pactue a responsabilidade de cada município, deve se expressar no processo de enfrentamento dos problemas de saúde, na garantia da atenção às necessidades de saúde da população na cidade onde reside, mediante a organização dos serviços e da gestão do sistema.

Ressalta-se a dificuldade de inserção dos usuários na rede básica do SUS, revelando a penosa luta em garantir os princípios de universalidade e integralidade do sistema público de saúde. Conforme Nogueira e Mito¹⁰ a crescente demanda nos níveis de maior complexidade do SUS decorrem da baixa resolutividade na atenção básica, posta como porta de entrada para o usuário.

Observa-se uma transferência da demanda dos centros e postos de saúde para hospitais de média e alta complexidade reforçando a noção médico-hospitalar com “prejuízos das ações de promoção e proteção”.

Em relação a formação, os dados apresentados na tabela nº 3 revelam uma significativa variação referente ao nível de escolaridade dos usuários, o maior percentual é de pacientes que cursaram até o ensino fundamental incompleto 30,36%, seguido de 22,92% que cursaram o ensino médio completo e 16,07% não alfabetizados. Os que concluíram o ensino superior completo representam apenas 6,25% da amostra.

Tabela 3. Demonstrativo da amostra segundo o nível de escolaridade, n=336.

Variável	n	%
Escolaridade		
Não Alfabetizado	54	16,07
Ensino Fundamental Incompleto	102	30,36
Ensino Fundamental Completo	30	8,93
Ensino Médio Incompleto	31	9,23
Ensino Médio Completo	77	22,92
Ensino Superior Incompleto	14	4,17
Ensino Superior Completo	21	6,25

Fonte: Boletim estatístico da Seção de Serviço Social HC/UFG, 2015.

*Elaborada pela autora, 2016.

Esses resultados permitem concluir que a maioria dos pacientes atendidos em 2015 tem baixa escolaridade. Segundo dados do IBGE¹⁶ quase metade da população brasileira 49,25% com 25 anos ou mais não tem o ensino fundamental completo, o percentual representa 54,5 milhões de brasileiros. O índice é mais alto em áreas rurais, onde 79,6% dos brasileiros nessa faixa etária não terminaram o ensino fundamental. Entre a população urbana, a taxa é de 44,2%. Outros 16 milhões (14,65%) de pessoas com 25 anos ou mais concluíram o fundamental, mas não chegaram ao fim do ensino médio¹⁵.

A baixa escolaridade pode representar um fator que influencia nas complicações em longo prazo, pela limitação do acesso às informações, devido ao possível comprometimento das capacidades de leitura, escrita e interpretação, afetando assim, a compreensão das orientações e recomendações das equipes de saúde, como também os diversos encaminhamentos para os serviços.

Ao unirmos a baixa escolaridade com a renda familiar insuficiente, podemos estar diante de fatores importantes na relação do usuário com o diagnóstico, com o serviço de saúde, com a adesão ao tratamento e, portanto comprometer a melhora ou até mesmo a cura do paciente, considerando a gravidade da neoplasia.

Outro fator determinante que o nível de escolaridade pode gerar é uma baixa qualificação profissional e, conseqüentemente, uma baixa remuneração, dados que se comprovam na tabela nº 4, pois 11,3% tem funções que exigem ensino médio completo como auxiliar de escritório e vendedor, apenas 6,25% estão em profissões de nível superior. A renda varia entre 1 a 1,5 salários mínimos 26,49%, 2 a 3,5 salários mínimos 39,29%, sem renda 25,89%, apenas 8,33% tem remuneração acima de 4 salários mínimos, referente ao ano de 2015.

Tabela 4. Demonstrativo da amostra segundo a profissão e renda familiar, n=336.

Variáveis	n	%
Profissão		
Auxiliar de escritório	10	2,97
Costureiro (a)	17	5,05
Cozinheiro (a)	7	2,08
Do Lar	70	20,83
Empregado doméstico	32	9,52
Lavrador	55	16,4
Manicure	8	2,38
Motorista	14	4,16
Outros**	61	18,15
Pedreiro	13	3,88
Nível Superior	21	6,25
Vendedor (a)	28	8,33
Renda Familiar		
1 a 1,5 salários mínimos	89	26,49
2 a 3,5 salários mínimos	132	39,29
Acima de 4 salários mínimos	28	8,33
Sem renda	87	25,89

Fonte: Boletim estatístico da Seção de Serviço Social HC/UFG, 2015.

*Elaborada pela autora, 2016.

**Profissões que foram citadas apenas uma vez.

Lembrando, que a relação saúde/doença determina também a questão financeira pois, a doença na maioria das vezes ou quase sempre limita e força o paciente ou até mesmo o conjugue a interromper suas atividades laborais.

Segundo o Observatório do Mundo do Trabalho¹⁹ (OMT) no Brasil com a abertura econômica nos anos 1990, observou-se um aumento da demanda por mão de obra mais qualificada, reflexo da revolução tecnológica. O estoque de empregos que mais cresceu foi o de Ensino Médio Completo com 65% de aumento, seguido do Ensino Superior Completo com 44% de crescimento de 2005 à 2010.

Esses dados revelam as fragilidades sociais dos usuários, assim os profissionais que compõem as equipes de saúde, devem estar prontos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese dos saberes e intervenções a serem utilizadas na escolha dos cuidados com os usuários.

Entretanto, as práticas profissionais estabelecidas pelo modelo taylorista² não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas. Vale ressaltar que os profissionais de saúde são um dos recursos mais importantes para se produzir as mudanças no interior de uma instituição, logo a partir disso, pode contribuir na construção de uma nova realidade social para o paciente e seus familiares.

CONCLUSÃO

As mudanças que permeiam o movimento sócio-histórico da sociedade brasileira têm promovido várias implicações para o processo saúde-doença. Segundo Vianna²⁰ “O processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade”.

A política de saúde no Brasil vem, ao longo do tempo, sofrendo grandes transformações, inclusive, no que tange a busca do lucro econômico o que torna a saúde uma mercadoria. São os fatores econômicos, sociais, culturais e comportamentais que vão provavelmente influenciar a ocorrência de problemas de saúde nos indivíduos, ou seja, condições de vida e trabalho, condicionantes e determinantes sociais da saúde que conforme a LOS, “tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”¹⁷.

Vale ressaltar que compreender a vinculação dos condicionantes e determinantes sociais com a saúde não é simplesmente uma relação de causa e consequência, as divergências estão também relacionadas aos fatores decorrentes das relações sociais, em cada contexto e pertencente a cada sujeito. Contudo, mesmo que, os comportamentos sejam muitas vezes entendidos conforme o pensamento neoliberal, como uma responsabilidade individual, eles são fortemente influenciados por determinantes sociais.

²O taylorismo diz respeito à organização das atividades levadas a cabo em contexto de trabalho com vista a maximizar a produtividade, um sistema de organização científica ou racional das tarefas laborais, que aposta na mecanização para aumentar a eficiência (disponível em <http://conceito.de/taylorismo#ixzz4UXsC00QP> acesso em 01/2017).

Lembrando que a implantação do SUS sob a égide neoliberal tem sido marcada por inúmeros conflitos, repercutido negativamente no atendimento prestado à população, sobretudo na universalidade de acesso e integralidade do atendimento.

É neste cenário que o Assistente Social vai intervir e responder as expressões da questão social. Conforme Iamamoto²¹, um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e viabilizar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Para tal, é necessário buscar a competência técnica, com formação permanente, desenvolvimento de pesquisas, apreender a realidade dos serviços e necessidades dos sujeitos para as quais são destinadas, desdobrando-se na definição de projetos que contemplem tais necessidades.

Ao conhecer o perfil social do usuário possibilitará ao profissional responsável pela atenção em saúde apreender a realidade social do paciente, no sentido de colaborar na identificação de demandas e necessidades sociais, com vista a formulação de estratégias para nortear suas intervenções; possa também subsidiar a equipe na elaboração de planos, projetos, relatórios, ações socioeducativas e outras pesquisas.

Essas informações sociais podem contribuir também para dar suporte à alocação de mais recursos destinados aos cuidados primários de assistência à saúde, e ao incentivo de políticas públicas que visem a qualidade e resolutividade no atendimento ao usuário, contribuindo portanto conforme a LOS com a promoção, proteção e recuperação da saúde¹⁷.

A partir de tais considerações, pode-se dizer que este estudo alcançou seus objetivos, porém, este tema não se esgota aqui, pois diante das contradições da sociedade capitalista e dos processos que envolvem a relação saúde/doença, os desafios para os profissionais de saúde estão presentes cotidianamente, com isso novas questões que necessitam de estudo, pesquisa e investigações futuras, principalmente ao que diz respeito à universalidade, resolutividade e integralidade dos serviços prestados.

Assim, somente assumindo esta política numa concepção ampla de assistência à saúde, que perpassa além da Política de Saúde, os determinantes e

condicionantes sociais²², será possível elaborar de forma eficaz e efetiva os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 1988.
2. Pereira Júnior A. Evolução histórica da Previdência Social e os direitos fundamentais. Revista Jus Navigandi. 2005.
3. Brasil. Lei nº 8.742 de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. [Internet]. [Acesso em: agos. 2016]. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>.
4. Brasil. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. [Internet]. Brasília: MS, 2009. [Acesso em: jan. 2017]. Disponível em: <bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>.
5. Equipe de pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Texto introdutório para protocolo de documentos para assistência farmacêutica no SUS. [Internet]. Rio de Janeiro, 2009. [Acesso em: ago. 2016]. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>.
6. Conferência Nacional de Saúde (CNS). Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde. [Internet]. Brasília: 1986. [Acesso em: agos. 2017]. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>.
7. Iamamoto MV, Carvalho R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2009.
8. Doenças Hematológicas. [Internet]. Hemorio: Rio de Janeiro, s.d. [Acesso em: agos. 2017]. Disponível em: <www.hemorio.rj.gov.br/Html/Hematologia_doencas_hematologicas.htmrelatorio_8.pdf>.
9. Netto JP. Cinco notas a propósito da “questão social”. Temporalis. 2004;2(3):41-9.
10. Nogueira VMR, Miotto RCT. Desafios atuais do sistema único de saúde-SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
11. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. Brasileira de Fisioterapia. 2007;11(1).
12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.
13. Silva FC, Araújo LS, Frizzo MN. Neoplasias hematológicas no idoso: uma revisão. Rev. Saúde Integrada. 2015.
14. Brasil. Perfil de Goiânia. [Internet]. Brasília: NESP, 2014. [Acesso em: jan. 2017]. Disponível em: <www.nesp.unb.br/saude/gbt/images/arquivos/Perfil_Goiania.pdf>.
15. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (IMB). Dinâmica Populacional: Características e Discrepâncias do Bônus Demográfico em Goiás. [Internet]. Goiânia, SEGPLAN, 2013. [Acesso em: jan. 2017]. Disponível em: <www.imb.go.gov.br/down/dinamica_populacional_caracteristicas_e_discrepancias_do_bonus_demografico_em_goiias.pdf>.

16. Brasil. Censos Demográfico: 1991, 2000 e 2010. [Internet]. Rio de Janeiro, IBGE, 2010. [Acesso em: jan. 2017]. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000403.pdf>.
17. Brasil. Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde de 1990. [Internet]. [Acesso em: jul. 2016]. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.
18. Assumpção PFS. A Integralidade em Saúde e o Debate do Serviço Social. UFSC. 2007;24.
19. Observatório do Mundo do Trabalho. Dados e Indicadores sobre Educação no Brasil, no Centro-Oeste e em Goiás. [Internet]. Goiânia: IFG, 2013. [Acesso em: jan. 2017]. Disponível em: <www.ifg.edu.br/observatorio/index.php/dados-indicadores-educacionais>.
20. Vianna LAC. Processo Saúde Doença. [Internet]. São Paulo, UNIFESP. 2015;82. [Acesso em: agos. 2016]. Disponível em: <[www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad e_6.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_6.pdf)>.
21. Iamamoto MV. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 20 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
22. Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro, 2008. [Acesso em: mar. 2016]. Disponível em: <bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>.