



## **UNIVERSIDADE CÂNDIDO MENDES**

### **INSTITUTO A VEZ DO MESTRE**

**Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em Gestão Pública  
Disciplina “PAPEL DO ESTADO E RESPONSABILIDADE SOCIAL”  
Professor William Lima Rocha**

**A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER E  
DO BRASIL EM RELAÇÃO A SUA RESPONSABILIDADE PÚBLICA E A  
CIDADANIA BRASILEIRA**

**Apresentação de trabalho como requisito parcial para obtenção do  
grau de especialista em Gestão Pública.  
Por: Fatima Mendes Carvalho**

**Novembro de 2008**

## **RESUMO**

O estudo buscou verificar até que ponto as ações de responsabilidade social específica de voluntariado executadas no Instituto Nacional do Câncer – INCA exercem impacto na sociedade e através do estudo dos conceitos de voluntariado analisar as vantagens das ações desenvolvidas pelo INCAVoluntário.

## **SUMMARY**

The study he searched to verify until point executed the specific social actions for damages of voluntariado in the National Institute of the Cancer - INCA exerts impact in the society and through the study of the concepts of voluntariado to analyze the advantages of the actions developed for the INCAVoluntário.

## INTRODUÇÃO

Segundo definição encontrada na “Wikipédia, a enciclopédia livre”, responsabilidade social diz respeito ao cumprimento dos deveres e obrigações dos indivíduos e empresas para com a sociedade em geral. (...) Alguns sociólogos entendem como sendo responsabilidade social a forma de retribuir a alguém, por algo alcançado ou permitido, modificando hábitos e costumes ou perfil do sujeito ou local que recebe o impacto.

Em trabalho apresentado no XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção acontecido em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, entre 29 outubro e 1º de novembro de 2005, “Práticas de responsabilidade pública – Uma proposta para organizações públicas na construção da cidadania, controle Social e accountability na formação do Novo Estado”. Marly Cavalcanti (UMESP<sup>1</sup>), Maria Luiza Marques de Abrantes (Pesquisadora) e João Pedro de Castro Nunes Pereira (UNIFAI<sup>2</sup>) escreveram que “a responsabilidade social traz ganhos expressivos para as organizações privadas, como imagem e vendas pelo fortalecimento e fidelidade à marca e ao produto; aos acionistas e investidores pela valorização da empresa na sociedade e no mercado; em retorno publicitário advindo da geração de mídia espontânea; em tributação com as possibilidades de isenções fiscais em âmbitos municipal, estadual e federal para empresas patrocinadoras ou diretamente para projetos; em produtividade e pessoas pelo maior empenho e motivação dos funcionários e em ganhos sociais pelas mudanças comportamentais da sociedade.

Já, a Responsabilidade Pública e Cidadania trazem ganhos substanciais para a sociedade e para os servidores. Nesta perspectiva as práticas estão voltadas à mudança de atitude da organização pública com foco na qualidade das relações e na geração de valor para todos os cidadãos. “O incentivo do comprometimento do servidor na solução de problemas, chamado de gestão participativa, facilita a integração dos objetivos e dos processos organizacionais, promove o desenvolvimento individual e eleva a cidadania interna da organização”.

Por outro lado, a definição de Voluntariado segundo a “Wikipédia” é de que o trabalho voluntário é toda atividade desempenhada no uso e gozo da autonomia do prestador do serviço ou trabalho, sem recebimento de qualquer contraprestação que importe em remuneração ou aferimento de lucro.

Este é o gancho para inserir neste trabalho o INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, doravante denominado apenas como INCA.

O INCA é um órgão do Ministério da Saúde, vinculado a Secretaria de Atenção à Saúde, responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para prevenção e controle do câncer no Brasil.

Tais ações são de caráter multidisciplinar e compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes

---

<sup>1</sup> UMESP – Universidade Metodista de São Paulo

<sup>2</sup> UNIFAI - Centro Universitário Assunção

com câncer, no âmbito do SUS, e a atuação em áreas estratégicas como a prevenção e detecção precoce, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a informação epidemiológica. Todas as atividades do INCA têm como objetivo reduzir a incidência e mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

A Área de Ações Voluntária, mais conhecida como INCAVoluntário planeja e coordena as atividades dos voluntários do INCA, que hoje somam mais de 700 pessoas.

O INCAVoluntário tem como missão o apoio integrado às ações do INCA junto à comunidade, na assistência e prevenção do câncer. Para tanto, desenvolve ações educacionais, recreativas, de integração social e lazer, visando ao bem-estar dos pacientes do Instituto, seus familiares e da comunidade em geral.

Recrutados e selecionados pelo INCAvoluntário, os voluntários trabalham junto às equipes de saúde do INCA com o foco, já mencionado, “de trazer ganhos substanciais para a sociedade e para os servidores através de práticas voltadas à mudança de atitude da organização pública com foco na qualidade das relações e na geração de valor para todos os cidadãos”. O voluntariado vem de encontro ao incentivo do comprometimento do servidor na solução de problemas, chamado de gestão participativa, para facilitar a integração dos objetivos e dos processos organizacionais, promoverem o desenvolvimento individual e elevar a cidadania interna da INCA.

A gestão participativa referida é oficial dentro do INCA desde nove de fevereiro de 2004, quando o então diretor geral do INCA, José Gomes Temporão, hoje Ministro da Saúde, assinou a Portaria nº 031/04, instituindo o novo modelo de gestão do Instituto Nacional de Câncer, um modelo de gestão participativa para atender à determinação do Governo Federal de se implantar uma política participativa conforme expresso no “Plano Brasil de Todos” de participação e inclusão, e com base nos Mega-Objetivos e desafios, do referido Plano, inciso III – Promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia – item 24: “Implementar uma nova gestão pública: ética, transparente, participativa, descentralizada, com controle social e orientada para o cidadão”.

## **A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER E DO BRASIL EM RELAÇÃO A SUA RESPONSABILIDADE PÚBLICA E A CIDADANIA BRASILEIRA**

A história do Instituto Nacional do Câncer (INCA) começa na década de 30, com a reorientação da política nacional de saúde, devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, inclusive o câncer e foi também, a década de 30, que marcou a transição entre dois modelos de Estado no Brasil: antes de 1930, o Brasil se caracterizava por uma estrutura econômica baseada na agricultura, sendo que o seu poder político se concentrava nas oligarquias rurais. Uma série de acontecimentos, principalmente a quebra dos produtores de café devido ao “crash da Bolsa de Nova Iorque, que culminaram com a revolução de 1930 e a subida de Getúlio Vargas ao poder, marcaram o fim do antigo modelo e o início de um novo, com participação mais ativa do Estado na economia”.

Foi em 13 de janeiro de 1937, que o presidente Getúlio Vargas (03/11/1930 – 29/10/1945) assinou o decreto de criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro. Para o cargo de diretor foi nomeado o Dr. Mário Kroeff (1938 – 1941), um dos pioneiros da pesquisa e tratamento do câncer no Brasil.

É importante destacar que Kroeff, após a revolução de 1930, amigo do Presidente da República, exerceu um papel importante na história da Saúde no Brasil.

Embora assinado o decreto em 1937, as instalações do Centro de Cancerologia seriam inauguradas pouco mais de um ano depois, em 14 de maio de 1938, com 40 leitos, um bloco cirúrgico, um aparelho de raios-X e outro de radioterapia. Foi neste cenário que o Dr. Mário Kroeff assumiu a direção do Centro de Cancerologia até o ano de 1941, quando então, também designado pelo presidente Vargas, assumiu a direção do Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro (HSE).

Para impulsionar a luta contra o câncer em todo o país, fundaram-se várias instituições privadas, em diversos estados da Federação. Em destaque estavam a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, fundada na Guanabara, por Mário Kroeff; a Associação Paulista de Combate ao Câncer, fundada por Antonio Prudente; a Liga Bahiana Contra o Câncer, por Aristides Maltez; a Liga Paranaense Contra o Câncer, por Erasto Gaertner; a Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, fundada por um grupo de senhoras da alta sociedade pernambucana; a Clínica de Câncer do Instituto Ofir Loyola; a Fundação Laureano, fundada por Napoleão Laureano, na Paraíba; a Associação Sul-Riograndense de Combate ao Câncer, por Saint Pastou; o Núcleo de Combate ao Câncer de Maceió por Ib Gatto Falcão; a Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central, por Mário Palmério, além de outras que impulsionaram a luta contra a doença até a constituição da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

Buscando-se desenvolver uma política nacional de controle do câncer, em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC), ano em que

assume a direção o Dr. Alberto Lima de Moraes Coutinho (1941 à Fevereiro de 1954). Três anos mais tarde, o Centro de Cancerologia transforma-se no Instituto de Câncer, órgão de suporte executivo daquele Serviço. No seu início, o SNC enfrentaria sérios percalços, passando a funcionar em instalações inadequadas até ser transferido, em 1946, para o Hospital Gaffrée e Guinle.

Em 1950, o Professor Mário Kroeff e o Doutor Amador Campos, convidaram Dna. Maria da Graça Silveira para organizar o Serviço de Assistência Social do antigo Instituto do Câncer.

É bom recordar que nas décadas de 30 e 40, quando emergiu no Brasil, a Assistência Social foi muito influenciada pelo Estado que passou a destinar mais recursos à área social, empregando-os, no entanto, de forma assistencial e não incentivando o receptor desses recursos a prover sua própria renda.

Em 1942, durante a ditadura varguista, esse processo de fortalecimento do Estado deu origem a Legião Brasileira de Assistência - (LBA) que foi um órgão brasileiro fundado pela então primeira-dama Darcy Vargas, com o objetivo de ajudar as famílias dos soldados enviados à Segunda Guerra Mundial.

A relação da Assistência Social “com o sentimento patriótico” destacado pela primeira dama Darcy Vargas, que reuniu as “senhoras da sociedade” para acarinhar pracinhas brasileiros da FEB – Força Expedicionária Brasileira – combatentes da II Guerra Mundial, com **CIGARROS E CHOCOLATES (!!!!)** marcou a assistência social no Brasil, que durante décadas era freqüentemente confundido com assistencialismo, serviço voluntário, caridade, bem-estar e outros.

Em Outubro de 1942 a LBA se torna uma sociedade civil de finalidades não econômicas, voltadas para “congregar as organizações de boa vontade”. Observa-se então o crescimento de uma assistência social “ato de vontade” e não direito de cidadania, estendendo sua ação às famílias da “grande massa não previdenciária”, atendendo na ocorrência de calamidades com ações pontuais, urgentes e fragmentadas.

Essa ação da LBA traz para a assistência social o vínculo emergencial e assistencial. Após as campanhas de impacto realizadas junto aos “convocados” de guerra, a Legião Brasileira de Assistência será a instituição a se firmar na área social, e sua ação assistencial será implementada no sentido de dar apoio político ao governo.

Para desenvolver essas novas funções, a LBA busca auxílio junto às escolas de serviço social especializadas. Dessa forma, há uma aproximação de interesse mútuo entre a LBA e o serviço social, pois a LBA precisava de serviço técnico, de pesquisas e trabalhos técnicos na área social e o serviço social estava se firmando e precisava se legitimar enquanto profissão.

No Inca o Serviço de Assistência Social passou anos funcionando no ambulatório apenas para dar orientação e atendimento dos doentes.

Paralelamente, desde a década de 50, pessoas participavam espontaneamente e gratuitamente de campanhas, visando o arrecadar recursos para ajudar o Instituto Nacional de Câncer no desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento do câncer em ações embrionárias de

voluntariado, mas ainda muito entrelaçado com a “filantropia” em moda na década, exemplo disto, em 1942, quando Mathilde Von Dollinger da Graça, figura conhecida na sociedade da Capital do Brasil, sensibilizada com os apelos do Dr. Mário Kroeff, solicitou ao então Presidente Getúlio Vargas um terreno para a construção do Instituto Brasileiro de Oncologia, uma associação civil a ser coordenada pelo Serviço Nacional de Câncer.

Atendida por Getúlio, recebeu um terreno no bairro de Santo Cristo e conseguiu angariar doações suficientes para iniciar a construção em 1954 do Instituto idealizado, que foi inaugurado em 1957 pelo presidente Castelo Branco, recebendo o nome de Hospital Mathilde Von Dollinger da Graça, hoje conhecido como Hospital do Câncer II.

Em face de esta nova concepção econômica do país, a aquisição de uma sede própria e definitiva para o Instituto do Câncer, que viabilizasse a criação do grande hospital-instituto, passaria a nortear os objetivos institucionais. No ano de 1946, haviam sido transferidos para o Patrimônio da União dois terrenos e um imóvel em construção, localizados na Praça Cruz Vermelha, nº 23, no Rio de Janeiro, onde seria construído o prédio do novo Instituto de Câncer, prédio inaugurado onze anos mais tarde, em 1957, com a presença do então presidente da república, Juscelino Kubstschek (31/01/1956 – 31/10/1961).

O Presidente Juscelino Kubstschek era casado com Sarah Luísa Gomes de Sousa Lemos Kubitschek que foi primeira dama de 1956 a 1961.

Dna. Sarah nasceu em uma família tradicional de Belo Horizonte, Minas Gerais e segundo sua biografia era mulher de forte temperamento, enérgica, determinada e bem-educada. Foi a fundadora da Organização das Pioneiras Sociais, obra de assistência social sustentada pela iniciativa privada e apoiada mais tarde pelo Governo Federal, que realizou uma notável obra de assistencialismo em Minas Gerais que incluía fundação de escolas no interior, creches e distribuição de roupas, alimentos, cadeiras de rodas e aparelhos mecânicos para deficientes físicos. Além disso, fundou hospitais-volantes na maioria dos Estados e hospitais flutuantes, vindos da Alemanha, para o Amazonas

Com a eleição de seu marido para a Presidência da República levou, dona Sarah, para o Rio a sua Organização das Pioneiras Sociais, onde, agora, dispondo de maiores recursos ampliou significativamente sua obra benemérita, fundando escolas pelo interior e criando hospitais altamente especializados como o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, do Rio de Janeiro, que se dedicou ao tratamento de câncer da mulher e foi o embrião do Hospital do Câncer III.

De 1954 à Fevereiro de 1956 o INCA foi dirigido pelo Dr. Luiz Carlos de Oliveira Júnior, que passou a direção ao Dr. Antonio Pinto Vieira (1956 – 1962).

Foi na gestão do Dr. Vieira, em 23 de agosto de 1957, que o Serviço de Assistência Social do INCA foi transferido para a atual sede na Praça da Cruz Vermelha, funcionando no ambulatório para orientação e atendimento dos doentes, com uma pequena equipe de dois assistentes sociais e um atendente, apenas a partir de 1963, sob a chefia da Assistente Social Lia

Marques de Azevedo é que a equipe foi aumentada e sofreu algumas transformações.

Um parágrafo se faz necessário para entendermos que historicamente, a assistência social tem sido vista como uma ação tradicionalmente paternalista e clientelista do poder público, associada às primeiras Damas, com um caráter de "benesse", transformando o usuário na condição de "assistido", "favorecido" e nunca como cidadão, usuário de um serviço a que tem direito. Da mesma forma confundia-se a assistência social com a caridade da igreja, com a ajuda aos pobres e necessitados. Assim, tradicionalmente a assistência social era vista como assistencialista, mas faz-se necessário diferenciar os conceitos de assistência social e assistencialismo: o assistencialismo reproduzido nas políticas governamentais de corte social, ao contrário de caminhar na direção da consolidação de um direito, reforça os mecanismos seletivos como forma de ingresso das demandas sociais e acentua o caráter eventual e fragmentado das respostas dadas à problemática social - políticas sociais - governamentais são entendidas como um movimento multidirecional resultante do confronto de interesses contraditórios e também enquanto mecanismos de enfrentamento da questão social, resultantes do agravamento da crise sócio-econômica, das desigualdades sociais, da concentração de renda e da agudização da pauperização da população mantêm a assistência social vista de forma dicotomizada, com caráter residual, próxima das práticas filantrópicas, um espaço de reprodução da exclusão e privilégios e não como mecanismo possível de universalização de direitos sociais.

Neste mesmo cenário de agravamento da crise sócio-econômica, das desigualdades sociais, da concentração de renda e da agudização da pauperização da população, em 1961, foi aprovado o novo regimento do Instituto, reconhecendo-o oficialmente como INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) e atribuindo-lhe novas competências nos campos assistencial, científico e educacional. Segue-se uma fase áurea para a instituição, marcada, inclusive, por seus programas de formação de recursos humanos especializados, para todo o país, e pela ampliação das suas instalações, na Praça da Cruz Vermelha.

O INCA passou, em 1962, para a direção do Dr. Moacyr Alves dos Santos Silva, que só ficou um ano como diretor, passando em 1963 a pasta para o Professor Francisco Fialho, que ficou até 1967 como diretor.

Neste mesmo ano de 1963 o Serviço de Assistência Social do INCA sofre uma grande transformação com o aumento de sua equipe sob a chefia da Assistente Social Lia Marques de Azevedo.

Em 1965, o Serviço Social do INCA cresceu seu atendimento aumentando seu campo de trabalho com a distribuição das Assistentes Sociais nos vários setores clínicos, não só para atendimento dos casos sociais em ambulatório, mas também em enfermarias.

De 1967 a 1969, o hospital foi dirigido pelo Professor Jorge S. de Marsillac Motta, quando então reassume o Professor Francisco Fialho até outubro de 1970.

Devemos ressaltar, entretanto que a partir da década de 60, a reorientação das políticas econômicas e de saúde, originou mudanças que, por um lado, beneficiaram a medicina previdenciária e, por outro, reduziram drasticamente o orçamento do Ministério da Saúde. As medidas tomadas resultaram em muitas modificações estruturais e funcionais para o INCA.

Em 1967, durante a direção do Professor Jorge S. de Marsillac Motta, cria-se a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), com o intuito de se agilizar, financeira e administrativamente, o controle do câncer no Brasil e, em 1969, sob inúmeros protestos, o Instituto é desligado do Ministério da Saúde, passando à administração da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura, para ser adjudicado, três meses depois, à recém criada Fundação das Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara – FEFIEG.

Em paralelo, no mesmo ano de 1969, a LBA é transformada em fundação e vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, tendo sua estrutura ampliada e passando a contar com novos projetos e programas assistencialistas.

Precisamos entender que vivíamos então “os anos de chumbo”. Logo após a vitória do golpe de 64, seus líderes se apressaram em defini-lo como um “movimento legalista”.

O general Mourão Filho declarou que João Goulart (08/09/1961 – 01/04/1964) fora afastado do poder, “de que abusava”, para que, “de acordo com a lei, se opere sua sucessão”. Mas quando o marechal Castello Branco (15/04/1964 – 15/03/1967) baixou o Ato Institucional nº 2 (AI-2), reduzindo “a farrapos” a Constituição de 1946, o movimento de 1964 se tornou uma ditadura militar de fato. Com a posse do general Costa e Silva (15/03/1967 – 31/08/1969), a linha dura chegou ao poder, quando as circunstâncias históricas o tornariam o maior responsável pelo fechamento definitivo do regime democrático no país.

Pressionado pela linha dura, e pelas greves operárias e manifestações estudantis, o general Costa e Silva encontrou um pretexto para decretar, em 13 de dezembro de 1968, o Ato Institucional nº 5 (AI-5), chamado de “golpe dentro do golpe”.

O AI-5 deixou claro que os militares estavam dispostos a abandonar sua posição de “poder moderador”, estando dispostos a colocar em prática suas teses desenvolvimentistas, mantendo-se assim por duas décadas no poder, promovendo o fechamento político e se impondo à sociedade civil.

Em agosto de 1969, quando o general Costa e Silva sofreu um derrame, a Constituição determinava que o vice, Pedro Aleixo, assumisse o poder. Embora a Constituição tivesse sido promulgada pelo próprio regime militar, ela foi simplesmente ignorada e uma junta militar assumiu o poder, a vitória da linha dura já estava plenamente consolidada.

Com as esquerdas já tendo deflagrado a luta armada e seqüestrado o embaixador americano Charles Elbrick, no dia quatro de setembro, a junta baixou novos atos institucionais: o AI-13, criando a pena de banimento do território nacional, aplicável a todo o cidadão que se tornasse “inconveniente, nocivo ou perigoso à segurança nacional”; e o AI-14, que estabeleceu a

“pena de morte para os casos de guerra externa, psicológica, revolucionária ou subversiva”. Ao mesmo tempo em que endurecia as regras políticas, a junta também institucionalizava a tortura, que se tornaria uma prática comum nos “porões da ditadura”.

Mas, em nome da “segurança nacional”, a linha dura contestava até mesmo as decisões da junta e então, no dia 14 de outubro de 1969, por pressão da “comunidade de informações” do exército, liderada pelo SNI, a junta decretou o AI-16, declarando vagos os cargos de presidente e vice. Iniciou-se então a luta pela sucessão, vencida com facilidade pelo general Emílio Garrastazu Médici (30/10/1969 – 15/03/1974), ex-chefe do SNI. O general Médici foi escolhido por 240 generais, e não pelos habituais 1.300 oficiais das três forças armadas. O poder então passara para mãos muito mais radicais do que então “tradicionalista” general Costa e Silva previra ou desejara.

No governo do general Médici que, em 1972, graças aos movimentos de resistência e de luta internos e externos, que o INCA foi reintegrado ao Ministério da Saúde, desligando-se de seu antigo órgão gestor financeiro, a então Divisão Nacional de Câncer – nova nomenclatura que havia sido adotada para o SNC, e passando a ser subordinado diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

Neste período, assume a direção do INCA o Dr. Moacyr Alves dos Santos Silva (1972 – 1974).

Cabe aqui lembrar que no período anterior, de 1969 a outubro de 1970 o INCA foi dirigido pelo Professor Francisco Fialho que antecedeu a direção do Dr. Hugo de Castro Pinheiro Guimarães (outubro de 1970 – outubro de 1972).

O Governo Médico foi declarado como um dos “período mais esquizofrênico” na vida da população brasileira. Oficialmente tudo ia às mil maravilhas, o Brasil era o “país grande” que ninguém segurava o “País que vai pra frente”. Enquanto isso, nos porões da ditadura, havia tortura, repressão e morte. O próprio general Médice acabou se tornando o melhor interprete dessa incongruência ao declarar, em uma de suas raríssimas entrevistas, que “o Brasil vai bem, mas o povo vai mal”.

Com a crise do petróleo, iniciada em 1974, e a conseqüente retração do capitalismo internacional, o “milagre” mostrou sua face real: um brutal processo de concentração de renda e o crescimento desmedido da dívida externa e do “fosso social”, que separava ricos dos pobres. “O País ia bem, e o povo, de mal à pior” (...) e morrendo de câncer.

Foi então que, um grupo de generais “castelistas” concluiu que era hora de tentar restituir um mínimo de normalidade constitucional à nação, e lançou o general Ernesto Geisel como candidato à sucessão de Médice.

Como chefe da casa militar de Castelo Branco, o general Ernesto Geisel (15/03/1974 – 15/03/1979) ajudara a manter a linha dura à distância.

Com a mudança de Presidente muda também o diretor do INCA e em março de 1974 assumiu a direção do INCA o Dr. Adair Eiras de Araújo (março de 1974 – janeiro de 1978) sendo sucedido por João Carlos Cabral (janeiro de 1978 – setembro de 1978) e pelo Dr. Wolfgang Georg Lamprecht (setembro de 1978 – Maio de 1979).

Sucedendo Geisel, o país a partir de 15/03/1979, tem como presidente, eleito ainda indiretamente, o General João Baptista de Oliveira Figueiredo (15/03/1979 – 15/03/1985).

Novamente, muda o dirigente do país muda a direção geral do INCA e entre estes anos, 1979 a 1985, o INCA é dirigido pelo Doutor Hiram Silveira Lucas, de maio de 1979 a janeiro de 1980 e sendo sucedido pelo Dr. Ary Frauzino Pereira (Janeiro de 1980 – Junho de 1985).

Retrocedendo um pouco na linha do tempo, é importante destacar que em 1º de Maio de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – que contém na sua estrutura uma Secretaria de Assistência Social, a qual, em caráter consultivo, vai ser o órgão-chave na formulação de política de ataque à pobreza. Tal política mobilizará especialistas, profissionais e organizações da área. O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais – CBCISS realiza, então, seminário em Petrópolis (de 18 a 22 de maio de 1974), com 33 especialistas, visando subsidiar a iniciativa governamental e o documento resultante deste seminário destaca a valorização da assistência social pelo MPAS e enfatiza a necessidade de tratamento inovador nessa área, fugindo ao caráter assistencialista e de simples complementação da previdência.

O processo de pauperização se acirra ainda mais no final desse período exigindo do Estado maior atenção em todos os níveis.

A política social direciona-se ao exército de reserva de mão-de-obra usando essa demanda como uma justificativa para o crescimento do Estado. Há uma expansão de programas sociais como de Alfabetização pelo Mobral, casas populares – BNH, complementação alimentar – Pronam e outros.

A assistência social deixa de ser simplesmente filantrópica fazendo parte cada vez mais da relação social de produção, mas a criação de novos organismos segue a lógica do retalhamento social, criando-se serviços, projetos e programas para cada necessidade, problema ou faixa etária, compondo uma prática setorializada, fragmentada e descontínua, que perdura até hoje e assim, pelo binômio repressão x assistência, o Estado mantém apoio às instituições sociais.

A questão social toma maior visibilidade com o fim da repressão, proporcionando um campo fértil para o desenvolvimento dos movimentos sociais, que com poder de pressão almejam legitimar suas demandas proporcionando visibilidade à assistência social ao lado das demais políticas públicas como estratégia privilegiada de enfrentamento da questão social, objetivando a diminuição das desigualdades sociais.

Historicamente, as mobilizações da sociedade civil receberam diferentes tratamentos. No período anterior a 1930, os movimentos sociais eram tratados como “caso de polícia”, com forte repressão.

As manifestações ocorridas no período de 1930 a 1964 ficaram conhecidas como populismo e elas reivindicavam a reforma de base e melhores condições de vida para a classe trabalhadora do campo e da cidade.

Antes de 1964, com alguns setores sindicais e a esquerda tradicional, o Estado passou a intervir na relação capital e trabalho, de maneira

fragmentada e seletiva, deixando de fora os trabalhadores rurais e os do setor informal.

Posteriormente a 1964, no período ditatorial, a atuação das camadas populares no âmbito econômico, político e cultural sofreu restrições redefinindo, portanto, o Estado e sua relação com a sociedade.

A partir de 1964, ocorreu uma significativa mudança na relação das forças presentes no cenário político. Com o golpe de Estado, os governantes eleitos e reconhecidos, são sumariamente retirados do cenário político pela força militar, rompendo-se as regras do jogo político na escolha dos dirigentes. Os militares passam a controlar as decisões econômicas, ocupando postos-chave da administração. Neste momento o Brasil pára, proibindo-se expressamente as manifestações populares.

Em 1968, os movimentos sociais voltam a se articular, com objetivos diferentes, mas com um único propósito de por fim ao sistema ditatorial. Destacam-se os movimentos estudantis, religiosos, operários e camponeses.

Os movimentos sociais não podem ser pensados, apenas como meros resultados de lutas por melhores condições de vida, produzidos pela necessidade de aumentar o consumo coletivo de bens e serviços, os movimentos sociais devem ser vistos, também como produtores da história, como forças instituintes que, além de questionar o estado autoritário e capitalista, questionam suas práticas, a própria centralização/burocratização tão presente nos partidos políticos.

Com toda a repressão, a sociedade civil busca maneira de por fim ao sistema ditatorial, surgindo vários focos de manifestações, como por exemplo, a guerrilha armada na zona urbana e rural, greves e movimentos contra a carestia.

Em 1975, surgem os novos movimentos sociais e, dentro da Igreja Católica, o movimento da Teologia da Libertação, que buscava romper com a dominação a que a população pauperizada e os setores excluídos sofriam.

Há, ainda, de forma progressiva, a presença de movimentos sociais na área da Saúde, Educação, e outros, para que seja garantida a sua inserção na Constituição Federal de 1988.

O serviço social põe sua força em campo, para fortalecer o nascimento dessa política no campo democrático dos direitos sociais desenvolvendo múltiplas articulações e debates.

As Associações Nacionais dos Servidores da LBA – ASSELBAS e ANASSELBAS se articulam gerando debates, documentos, posicionamentos e proposições para a efetiva inserção da Assistência Social na Constituição Federal como política social, direito do cidadão e dever do Estado.

Em meio a essa efervescência e poder de pressão dos movimentos sociais, as políticas sociais encontram campo fértil para desenvolverem-se e auxiliarem a efetivação dos direitos sociais na Constituição de 1988.

Dessa forma, os movimentos sociais exerceram grande influência, emergindo com todo poder de pressão, conformando e norteando a configuração das políticas públicas e da Política de Assistência Social. Assim, os movimentos sociais com suas lutas contribuíram para trabalhar o rosto do Brasil e a configuração das políticas sociais.

Os anos 80 forma marcados por profundas crises econômicas, política e social, que levaram à sua caracterização como a “década perdida”. Durante o período, os efeitos da crise do petróleo se fizeram sentir, notadamente com a elevação das taxas de juros internacionais em 1982 e a moratória mexicana no mesmo ano.

No campo político e social, a ditadura militar demonstrava claros sinais de esgotamento. Sem conseguir manter as altas taxas de crescimento da década anterior e lutando contra a inflação e o desemprego crescente, o governo torna-se cada vez mais impopular. Manifestações populares a favor da abertura política tornavam-se cada vez mais freqüentes.

Neste cenário de incerteza política e econômica, o planejamento era visto como uma “figura de retórica”. O restante do mundo experimentava o início da onda neoliberal que apregoava a redução do intervencionismo estatal na economia, na crença em que o mercado estaria suficientemente amadurecido para resolver seus próprios problemas, mas essa concepção de Estado também se mostraria como uma influencia negativa no planejamento governamental.

“Exemplos disto são o” Plano Cruzado “e Cruzado dois” (1986), “Plano Bresser” e “Plano Verão” (1987) e o “Plano Feijão com Arroz” do Ministro da Fazenda Marcílio Marques Moreira. Todos estes planos tiveram eficácia pequena ou nula da resolução dos problemas econômicos brasileiros e se transformaram em uma “herança” para os atuais governos.

Podemos afirmar, portanto, que a década de 80 é marcada pela crise deliberada do planejamento governamental, pelo desencanto com o processo, dúvidas quanto às suas qualidades e ceticismo quanto a seu potencial. Todos esses fatores, aliados às altas taxas de inflação observadas no período, levaram ao gradativo desuso do planejamento governamental.

Mas não é só deste tipo de crise que vive o Brasil na década de 80...

Brasil, abril de 1984: “um país se veste de verde e amarelo e vai às ruas em um só grito –” **DIRETAS JÁ!**”“.

A realização de um pleito presidencial poria um ponto final em um longo período de arbítrio e repressão, iniciado vinte anos antes com o golpe militar.

A campanha começou em 27 de novembro de 1983, numa manifestação convocada pelo **PARTIDO DOS TRABALHADORES – PT**, na praça do Pacaembu (SP), que contou com dez mil pessoas. No mesmo dia, morria o senador Teotônio Vilella, que se tornaria um dos símbolos da campanha. A partir daí, o movimento ganhou o país, cresceu e envolveu todos os partidos de oposição à ditadura militar, que juntamente com entidades como a UNE, OAB,..., setores da Igreja, sindicatos e muitos outros, formariam a “Caravana pelas Diretas”. Esta percorreu o Brasil, representando o anseio de 90% da população brasileira. “Buzinaços” e “panelaços” marcavam a espontaneidade do movimento, que se transformou na maior mobilização popular de todos os tempos na história do Brasil.

As grandes manifestações que tomavam as ruas e envolviam pessoas e grupos políticos os mais diversos tentavam sensibilizar o

Congresso Nacional para a aprovação do projeto de autoria do deputado Dante de Oliveira, que propunha as eleições diretas já para a escolha do sucessor do último mandatário do regime militar.

25 de janeiro de 1984. O cenário é a Praça da Sé, centro da cidade de São Paulo. O Brasil ansiava pela democratização e pelas eleições diretas. Movimentos se espalhavam por todo país, mas a campanha das diretas somente conquista as ruas depois do histórico comício de 25 de janeiro. Marcado para o dia do aniversário da cidade de São Paulo, o primeiro grande comício da campanha por eleições diretas para presidente foi organizado por Franco Montoro, governador paulista. Participaram também diversos partidos políticos de oposição, além de lideranças sindicais, civis e estudantis.

A expectativa era das mais tensas. O governo militar tentava minar o impacto do evento. O dia estava chuvoso. Aos poucos, a praça foi lotando e, no final, cerca de 300 mil pessoas gritavam por "Diretas já!" no centro da cidade. Além de políticos também estiveram presentes artistas como Christiane Torloni, Fernanda Montenegro, Gilberto Gil, Alceu Valença, Regina Duarte, Bruna Lombardi, Fafá de Belém e Chico Buarque de Holanda. O jornalista Osmar Santos anuncia a presença do governador Franco Montoro. O idealizador do comício pelas diretas estava acompanhado dos governadores Iris Resende, José Richa, Nabor Junior e Leonel Brizola. Os presidentes do PMDB, Ulisses Guimarães, e do PT, Luiz Inácio Lula da Silva, também estão presentes. Também estavam presentes o senador Fernando Henrique Cardoso, presidente regional do PMDB, e o prefeito de São Paulo, Mário Covas, que fez um emocionado discurso pedindo um minuto de silêncio para homenagear Teotônio Vilela, morto em 27 de novembro do ano anterior.

Logo após o discurso de Montoro o Hino Nacional começa a ser cantado na Praça, que agora era só do povo. Com o sucesso do comício em São Paulo todos os governadores de oposição resolveram fazer o mesmo. Foi com o evento paulista que ficou comprovado o anseio popular. A partir de fevereiro, os comícios pelas eleições diretas foram se sucedendo nas principais capitais do país. No dia 16 de abril, pouco antes da votação das diretas, realizou-se um último comício em São Paulo. Só que desta vez, a Praça da Sé parecia muito pequena. Foi escolhido o vale do Anhangabaú, que recebeu uma multidão estimada em mais de 1,5 milhão de pessoas. Foi a maior manifestação política jamais vista no país.

No dia 25 de abril de 1984, a emenda das Diretas foi submetida à votação no Congresso Nacional e, para surpresa e enorme decepção do povo, foi derrotada. A decepção contagiou o país inteiro. Estudantes, trabalhadores, intelectuais protestaram e proclamaram a continuidade da luta.

Porém, “à surdina dos grandes conchavos, as novas elites, representando a oposição democrática liberal, e as velhas elites, constituídas pelas lideranças civis ligadas ao regime militar, firmaram um pacto” que resultaria na eleição indireta de Tancredo Neves.

Por ironia do destino, Tancredo Neves adoece pouco antes da posse vindo a falecer após um longo período de agonia. Assim, o vice, José

Sarney (15/03/1985 - 15/03/1990), dissidente de última hora do PDS, torna-se presidente da República.

Mas o povo brasileiro havia conseguido uma grande vitória: demonstrar às elites políticas que a sua capacidade de mobilização, apesar de toda a repressão, estava implementada.

Com Sarney na presidência, e com base na nova estrutura regimental do Instituto, “talvez” reflexo dos últimos acontecimentos do país, foi eleito por voto direto para o cargo de Diretor do INCA, em 1985, obtendo 60% dos votos, o Dr. Geraldo Matos de Sá (Junho de 1985 – Fevereiro de 1986). Apesar de permanecer apenas nove meses no cargo, o Dr. Geraldo executou vários serviços, que visaram o término das obras programadas no plano de reforma geral do Hospital: a Unidade de Terapia Intensiva, localizada em uma área de 450m<sup>2</sup>, foi inaugurada. Foi executado a obra no andar térreo do prédio localizado na Praça Cruz Vermelha, com a instalação dos setores de triagem médica, serviço social, matrícula e repouso de doentes externos e acamados. Foi efetuada uma reforma no Centro Cirúrgico para a adaptação da sala de transplante de medula óssea. Ainda em sua gestão, o Dr. Geraldo de Mattos Sá promoveu eleições para o Departamento de Enfermagem e o Centro de Estudos e Ensino. Eram os ares de uma nova era... eram os ventos democráticos adentrando o INCA.

Mas em 1986 o Dr. Geraldo de Mattos Sá foi substituído pelo Dr. Walter Roriz de Carvalho (Março de 1986 – Março de 1990) por indicação ministerial – fecha-se novamente a janela democrática no INCA.

A trajetória do Dr. Walter Roriz no INCA começou em 1981, quando foi convidado a chefiar a Seção de Tórax, no Hospital do Câncer. Permaneceu neste cargo até maio 1986, época em que foi nomeado Diretor do Instituto.

Durante a sua gestão, o Dr. Walter Roriz manteve como meta de trabalho a conclusão do Plano de Reforma Geral do Hospital. Dentro deste conceito, foram feitas reformas no Serviço de Medicina Nuclear e no CEMO, o que resultou na sua inclusão no "International Bone Marrow Transplantation Registry". Atividades como quimioterapia, radioterapia, radiologia e medicina nuclear tiveram uma grande evolução, graças à utilização de novos equipamentos e de novas técnicas diagnósticas e terapêuticas.

Dentro do projeto de estabelecimento de diretrizes básicas para um melhor aproveitamento das atividades e serviços do Hospital, o Dr. Walter implantou um sistema de dispensação de drogas, através de receituários próprios, o que permitiu à Farmácia Central maior controle e conseqüente redução do consumo. Inaugurou ainda a Unidade de Quimioterapia Intermediária Ary Frauzino Pereira, destinada aos pacientes em tratamento quimioterápico, e a Unidade de Hematologia.

A Residência Médica e o intercâmbio entre o INCA e instituições de ensino também foram diretrizes incentivadas em sua gestão. Implantou o Programa de Residência em Física Médica e Enfermagem em Oncologia, ampliou o Curso de Especialização em Oncologia e concedeu bolsas de mestrado e doutorado aos pesquisadores de universidades.

Foi também na década de 80 que foi criada a primeira associação de voluntários do INCA, a **AMINCA - Associação dos Amigos do Instituto Nacional de Câncer** - que passou a dar apoio voluntário formal aos pacientes, suprimindo suas carências materiais e afetivas e organizando eventos festivos, destacando-se a sua frente à presidente Dna. Iara Resende, que contava com o auxílio de artistas, que animam as festas, e de profissionais da mídia, que ajudam a divulgar suas atividades.

Também nesta mesma década o INCA contou com o **Grupo Voluntário Adultos & Crianças** que reunia mais de 100 pessoas entre jovens estudantes, donas de casa, profissionais liberais, pessoas aposentadas e outras, que dedicam parte de seu tempo trabalhando nas salas de recreação dos andares de enfermarias do Hospital do Câncer. As salas de recreação funcionavam todos os dias da semana e eram um alento na estadia dos pacientes do INCA e seus familiares.

Era o voluntariado adentrando ao INCA.

A “preocupação” com a qualidade de vida dos pacientes terminais estimulou a criação, em 1986, do **Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico - GESTO**. O trabalho pioneiro de acompanhamento de pacientes fora de possibilidades para as terapêuticas atuais levou à criação do setor de Suporte Terapêutico-Oncológico - STO, no Hospital de Oncologia, e, posteriormente, no Hospital do Câncer. A principal atividade dos STO era o acompanhamento domiciliar, onde o paciente recebia a visita de profissionais da instituição, em sua própria residência.

No governo Sarney, executa-se um quadro de reformas institucionais, visando o desenvolvimento econômico e social, esquematizando planos de realinhamento de posições. Dentre tais planos destaca-se, em 1985, o I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, propondo um desenvolvimentismo baseado em critérios sociais.

Com Waldir Pires à frente da pasta da Previdência e Assistência Social, devido sua forte oposição ao regime autoritário, houve grande impulso inicial para as reformas nesse âmbito, que, contudo, não tiveram continuidade com sua saída, um ano depois da sua posse, assumindo Raphael de Almeida Magalhães.

Instala-se um complexo processo de debates e articulações com vistas ao nascimento da Política de Assistência Social, inscrita no campo democrático dos direitos sociais, garantindo densidade e visibilidade à questão.

Portanto, o contexto do processo constituinte que gestou a Nova Constituição Federal é marcado por grande pressão social, crescente participação corporativa de vários setores e decrescente capacidade de decisão do sistema político.

A Constituição Federal de 1988 – CF/88, aprovada em cinco de outubro, trouxe uma nova concepção para a Assistência Social, incluindo-a na esfera da Seguridade Social, vide o artigo 194: “A seguridade social compreende 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” e a Política de Assistência Social é inscrita na CF/88 pelos artigos 203 e 204: “Art.203 A Assistência Social

será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos”:

I- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II- o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III- a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV- a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V- 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 família, conforme dispuser a lei.

Art.204 As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art.195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I–descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

“II–participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”.

A CF/ 88 ofereceu a oportunidade de reflexão e mudança, inaugurando um padrão de proteção social afirmativo de direitos que superasse as práticas assistenciais e clientelistas, além do surgimento de novos movimentos sociais objetivando sua efetivação.

Para regulamentar e institucionalizar os avanços alcançados na CF/88 tornou-se imprescindível à aprovação de leis orgânicas. A luta para a aprovação dessas leis exigiu um complexo procedimento de organização dos princípios preconizados na CF/88. Sua deliberação esbarrou em forças conservadoras, convertendo-se em um processo de difícil operacionalização.

A área que alcançou maior avanço foi a Saúde, fundamentada na VIII Conferência Nacional de Saúde, alcançando a aprovação de sua lei orgânica em 19/09/1990.

A Previdência Social, apesar dos problemas na elaboração de seus planos de custeio e planos de benefícios, foi aprovada, em segunda propositura, em 27/09/1991.

A Assistência Social foi prejudicada pelo atraso no processo de discussão e elaboração de propostas, articuladas por universidades e órgãos da categoria profissional (CNAS e CEFAS), ampliando gradativamente os debates sobre a área, objetivando a coleta de subsídios para formulação da lei orgânica, caracterizando-se como um período fértil de produção intelectual.

Nesse movimento de intenso debate, são questionadas a burocratização e a seletividade que dificulta o acesso às políticas sociais; a centralidade de poder estatal que não se adapta às diferentes realidades; o caráter pontual, fragmentado e emergencial das ações e a falta de mecanismos de participação popular. Deste modo, converteu-se para uma

redefinição institucional, baseada nos princípios da democracia participativa e descentralização, alterando as relações político-institucionais.

Sob a coordenação do IPEA/UnB, com a participação de especialistas, elaborou-se um anteprojeto de lei, fruto de seis meses de estudos, fragilizado, no entanto, pela falta de solidez e consistência teórica na área.

A realização do I Simpósio Nacional de Assistência Social, desencadeado pela Câmara Federal em 1989, é de indiscutível importância, na medida em que oferece aos legisladores, uma proposta de lei com significativo avanço institucional. Com efeito, o deputado Raimundo Bezerra apresenta o Projeto de Lei nº 3099/89 que, posteriormente, em 17 de setembro de 1990, fora integralmente vetado pelo então presidente Fernando Collor de Mello, sob a afirmação de que a nação não dispunha de recursos para o pagamento dos benefícios previstos, alegando que seus princípios são contrários a uma Assistência Social responsável.

Uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde foi estabelecida pela CF-88.

Cria-se um sistema que segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. O SISTEMA ÚNICO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE – SUDS, atualmente conhecido como SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

É um sistema que significa um conjunto de unidades de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Consiste em princípios doutrinários de **UNIVERSALIDADE** (garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão), **EQUIDADE** (assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que o caso requeira, sem privilégios), **INTEGRIDADE** (reconhece cada pessoa como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, entendendo que ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configurando um sistema capaz de prestar **ASSISTENCIA INTEGRAL**).

O sistema é regido pelos princípios de Regionalização e Hierarquização (os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida), Resolubilidade (exigência de que quando um indivíduo busca atendimento, o serviço correspondente esteja capacitado para resolvê-lo até o nível de sua competência), Descentralização (redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo), Participação dos cidadãos (garantia constitucional de que a população, através de entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução – “Conselhos de Saúde”), Complementaridade do Setor Privado (quando por insuficiência do

setor público, for necessário a contratação de serviços privados, sob algumas condições).

Em março de 1990, o Dr. Walter Roriz foi sucedido pelo Doutor Marcos Fernando de Oliveira Moraes, também por indicação ministerial (Abril de 1990 – Setembro de 1998), na direção do INCA que logo imprimiu ao Instituto a marca de uma administração ágil e moderna, capaz de promover rapidamente as profundas reformas necessárias à transformação do INCA em órgão público de referência para o controle do câncer no Brasil.

Foram incorporados ao INCA o Hospital de Oncologia (do ex-Inamps), o Hospital Luíza Gomes de Lemos (da Associação das Pioneiras Sociais) e o Pro-Onco (da Campanha Nacional de Combate ao Câncer).

Em 1990, novos grupos de voluntários se organizaram espontaneamente, promovendo a rápida expansão dos quadros e a diversificação das ações voluntárias em parceria com as equipes de saúde. Com tantos grupos de voluntários para coordenar, foi necessário criar o **NAV - Núcleo de Acompanhamento do Voluntariado do INCA**.

No cenário político, em sete de dezembro de 1993 é sancionada a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, pelo presidente Itamar Franco.

A LOAS introduz um novo significado a Assistência Social enquanto Política pública de seguridade, direito do cidadão e dever do Estado, prevendo-lhe um sistema de gestão descentralizado e participativo, cujo eixo é posto na criação do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.

De imediato, essa Lei extingue o Conselho Nacional de Serviço Social, criado em 1938, - considerado um órgão clientelista e cartorial – e, cria o Conselho Nacional de Assistência Social, órgão de composição paritária, deliberativo e controlador da política de assistência social.

Esse processo permite compreender que a Assistência Social não “nasce” com a Constituição Federal de 1988 e com a LOAS. Ela existe anteriormente como uma prática social, alcançando nesses marcos legais, o status de política social, convergindo ao campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal.

Entende-se por política social, as formas de intervenção e regulamentação do Estado nas expressões da questão social, envolvendo o poder de pressão e a mobilização dos movimentos sociais, com perspectivas de problematizar as demandas e necessidades dos cidadãos, para que ganhem visibilidade e reconhecimento público.

É certo que a história da Política de Assistência Social, não termina com a promulgação da LOAS, visto que esta Lei introduziu uma nova realidade institucional, propondo mudanças estruturais e conceituais, um cenário com novos atores revestidos com novas estratégias e práticas, além de novas relações interinstitucionais e intergovernamentais, confirmando-se enquanto possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e serviços de ampliação de seu protagonismo assegurando-se como direito não contributivo e garantia de cidadania.

Pressupõe os princípios de gestão compartilhada em seu planejamento e controle; co-financiamento das três esferas de governo; descentralização político-administrativa como forma de ampliação dos espaços democráticos e aproximação das particularidades e demandas

regionais; primazia de responsabilidade estatal, o que vem corroborar o necessário rompimento com o assistencialismo e clientelismo que sempre permearam tal área, convertendo a assistência numa real defesa dos interesses e demandas das classes populares, articuladas às demais políticas sociais.

A Assistência Social, na condição de política social, orienta-se pelos direitos de cidadania e não pela noção de ajuda ou favor. Questiona o clientelismo e a tutela presente nas práticas da assistência social por considerá-los um dos grandes desafios a ser superado, uma vez que não favorecem o protagonismo e a emancipação dos cidadãos usuários, e, conseqüentemente, a afirmação da lógica dos direitos sócio-assistenciais. No período pós-CF/88, evidenciam-se fortes inspirações neoliberais nas ações do Estado no campo social. O processo de Reforma do Estado, iniciado na década de 90, trabalharia em prol de uma redução do tamanho do Estado mediante políticas de privatização, terceirização e parceria público-privado, tendo como objetivo alcançar um Estado mais ágil, menor e mais barato. Neste contexto, as políticas sociais assumem características seletivas e compensatórias. Deflagra-se um movimento de desresponsabilização do Estado na gestão das necessidades e demandas dos cidadãos. O Estado passa a transferir as suas responsabilidades para as organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e para o mercado. Conseqüentemente, a implementação da LOAS esbarra em aspectos da ordem política e econômica, que comprometem a sua efetivação.

Disso decorre, a dificuldade do alcance efetivo da inclusão social, devido às perspectivas fragmentadas e seletivas da Assistência Social que focalizam os mais pobres e não contribuem para a ampliação do caráter global da proteção social.

A avaliação da Assistência Social pós-LOAS é, portanto plena de ambigüidades e de profundos paradoxos. Pois se, por um lado, os avanços constitucionais apontam para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da exclusão, transformando constitucionalmente essa política social em campo de exercício de participação política, por outro, a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais, coloca em andamento processos articuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos públicos no campo social, sob a forte pressão dos interesses financeiros internacionais.

Rumo à concretização dos pressupostos contidos na CF/88 e na LOAS, em 1997 foi aprovada a primeira Norma Operacional Básica que conceituou o sistema descentralizado e participativo da política de Assistência Social. Em dezembro de 1998, foi definido o primeiro texto da Política Nacional de Assistência Social. No mesmo ano, foi editada uma Norma Operacional Básica de conformidade com o disposto na Política Nacional de Assistência Social.

Esses instrumentos normativos estabelecem as condições de gestão, de financiamento, de controle social, de competências dos níveis de governo com a gestão da política, de comissões de pactuação e negociação e de avaliação. Criam, por exemplo, conselhos deliberativos e controladores da

Política de Assistência Social, Fundos Especiais para alocação de recursos financeiros específicos da Assistência Social e órgãos gestores da Política de Assistência Social, em todos os níveis de governo, além de Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites.

Antenado com tudo que acontece no plano político e administrativo do poder executivo e legislativo brasileiro, Marcos Moraes no INCA toma outra decisão estrategicamente importante: a implantação, em 1993, do Programa de Gestão pela Qualidade Total. Assim como a decisão de submeter o INCA à auditoria externa, tanto por instituições nacionais como por uma instituição internacional.

Percebendo também a relevância do tabagismo na política de prevenção do câncer, o Doutor Marcos Moraes estruturou uma coordenadoria para desenvolver, especificamente, os programas de controle do tabagismo e de prevenção de outros fatores de risco de câncer, a Contapp – **“CIGARRO E CHOCOLATE! NUNCA MAIS!”**.

A criação da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer - FAF para apoiar financeiramente o INCA e para contratação de recursos humanos constituiu-se em um passo vital para que as etapas mencionadas acima pudessem ser cumpridas.

No segundo semestre de 1994 foi inaugurada, no bairro da Tijuca, a **Casa Ronald Mc Donald**, instalada pela **Rede Mc Donald** e pela **Associação de Apoio à Criança com Neoplasia - AACN**. A Casa permite que crianças de outros municípios e estados, em tratamento ambulatorial no Hospital do Câncer, tenham onde se hospedar gratuitamente.

Em 11 novembro de 1996, o **Núcleo de Acompanhamento do Voluntariado do INCA** foi estabelecido e adotou como estratégia de organização a regulamentação jurídica de todos os grupos, formalizando assim o trabalho voluntário no INCA. Com a unificação dos serviços de assistência do Instituto o voluntariado também necessitou de uma reestruturação.

Em setembro de 1998, o Doutor Marcos Moraes foi substituído pelo Dr. Jacob Kligerman no cargo de Diretor Geral do INCA.

O Dr. Jacob Kligerman (setembro de 1988 – Março de 2003) que em 1993, após mais de 18 anos como chefe do Departamento de Cabeça e Pescoço, tornou-se Diretor do Hospital do Câncer (HCI), cargo que ocupou até 1996, foi nomeado pelo Ministro da Saúde, e amigo, Dr. José Serra, Diretor Geral do INCA.

Durante sua gestão, o INCA experimentou sólidos avanços qualitativos no que diz respeito à prestação da assistência oncológica integral e integrada, o que aumentou a visibilidade do Instituto como referência no tratamento e controle do câncer.

Na última década do século XX, seguidos decretos presidenciais estabeleceram o Regimento do Ministério da Saúde, sempre atribuindo ao INCA, como órgão próprio e sua instância técnica, “assistir ao Ministro do Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer”. Assim, todas as iniciativas institucionais passaram a ter como diretriz maior à própria formulação de uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).

Com este intuito, tornou-se vital, a aplicação integral e combinada das inúmeras ações de prevenção das doenças e assistência à saúde, tanto quanto o são as estratégias de descentralização e o trabalho conjunto com outros órgãos públicos ou não, por elas demandam para o controle do câncer.

Na gestão do Dr. Jacob Kligerman, direcionou-se esforços para que o INCA consolidasse parcerias em todas as áreas de sua atuação. A começar com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cuja colaboração propiciou a efetiva implantação de programas nacionais concebidos na ótica do “modus operandi” do SUS.

A base para o cumprimento dessa missão é constituída pelo trabalho integrado de todos os setores do Instituto, comprometido em estabelecer atividades internas coordenadas e parcerias externas para compactuar soluções. Nesse processo, podemos destacar o trabalho regular do Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA), do Conselho de Bioética do INCA (ConBio-INCA) e do Corpo de Consultores Internos do INCA (CCI-INCA). Destacamos ainda o ajuste do Plano Estratégico 2000 Em 2000, foi instituído o Conselho do Voluntariado, do qual participavam representantes das categorias profissionais da área de saúde do INCA, da Direção Geral, do NAV e dos voluntários supervisores de atividades. Este Conselho passou a definir normas, políticas e diretrizes do voluntariado, sinalizando as mudanças que viriam no ano seguinte. -2004 aos critérios que compunham o Modelo de Excelência de Gestão Pública, a atuação da Câmara de Avaliação do Desempenho Institucional e a conclusão da primeira fase do Programa de Desenvolvimento Gerencial.

Além de toda essa instância técnica e executiva do Ministério da Saúde na PNPC, o INCA cumpriu outros tantos papéis como órgão de pesquisa e de disseminação do conhecimento e prática Oncológico, e como prestador de assistência médico-hospitalar especializada exclusivamente ao SUS.

Na área de prevenção do câncer, a entrada em vigor das novas frases de advertência e imagens sobre os malefícios do fumo nos maços de cigarro coroou os esforços integrados do INCA e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no controle do tabagismo e colocou o Brasil, depois do Canadá, como o segundo país do mundo a adotar tais medidas. Outro fato a destacar foi à publicação da Portaria do Ministério da Saúde, de nº 1.575, que consolidou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e criou Centros de Referência em abordagem e tratamento do fumante no âmbito da saúde pública.

Destacamos também, nesta gestão, o lançamento em âmbito nacional do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero – Viva Mulher que evidenciou mais uma vez, não só na detecção precoce, mas em outras áreas, a importância das ações integradas entre o Ministério da Saúde através do INCA, as Secretarias de Saúde, os agentes comunitários e a sociedade civil.

A ampliação da assistência oncológica também se tornou uma realidade irreversível no país. Com a implantação de Centros de Alta

Complexidade em Oncologia (CACON) garantiu-se um aumento da cobertura em várias regiões do Brasil.

Ao final de sua gestão, a inauguração de um prédio com instalações amplas e modernas para abrigar a Coordenação de Pesquisa abriram novas perspectivas ao desenvolvimento das atividades nesta área.

Em 2000, foi instituído o **Conselho do Voluntariado**, do qual participavam representantes das categorias profissionais da área de saúde do INCA, da Direção Geral, do NAV e dos voluntários supervisores de atividades. Este Conselho passou a definir normas, políticas e diretrizes do voluntariado, sinalizando as mudanças que viriam no ano seguinte.

Sempre buscando melhorias nos processos de trabalho, em cinco de dezembro de 2001, o NAV foi transformado em **Área de Projetos Sociais e Voluntariado - INCAvoluntário**. A criação desta área promoveu a unificação dos grupos de voluntários, o que trouxe maior integração deles com os funcionários e com as diretrizes da Direção Geral. Além disso, o INCAvoluntário representou uma mudança de atitude do INCA, que passou a ter também como missão projetos de responsabilidade social para a comunidade externa.

A conquista da Presidência da República pelo Partido dos Trabalhadores (PT) em 2002 simboliza a vitoriosa trajetória incomum que o povo brasileiro tem alcançado na história política brasileira ao longo das duas últimas décadas.

O PT, partido surgido das greves do final dos anos 70 levou um ex-sindicalista ao Palácio do Planalto com uma votação recorde.

Luiz Inácio Lula da Silva, um dos fundadores do PT e seu presidente de honra sucedeu o sociólogo Fernando Henrique Cardoso, ao lado de quem esteve na luta contra a ditadura militar, obtendo nas urnas mais de 50 milhões de votos.

Foram quatro candidaturas consecutivas.

Em 1989, ele quase conseguiu.

Cinco anos depois, foi derrotado não por um candidato, mas por um plano econômico.

Perdeu para o primeiro presidente que concorreu à reeleição.

Mas em Janeiro de 2003, depois de 13 anos de espera, o ex-torneiro mecânico subiu a rampa do Palácio do Planalto para receber a faixa de Presidente da República.

Com Lula na presidência o INCA passa a ser dirigido por Jamil Haddad, médico ortopedista que em 1962 elegeu-se deputado estadual pela "Guanabara", na coligação formada pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB) e pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Com a instauração do bipartidarismo em fins de 1965, filiou-se ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB), agremiação partidária de oposição ao regime militar. Reelegeu-se deputado estadual em 1966. No ano de 1969 teve seu mandato cassado e seus direitos políticos suspensos por dez anos. Com a reorganização partidária de 1979, participou da fundação do Partido Democrático Trabalhista (PDT). Em março de 1983 foi escolhido pelo governador Leonel Brizola para assumir a prefeitura. Deixou o cargo meses depois por discordar do projeto político executado pelo seu partido, que

buscava maiores aproximações com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Anos depois ajudou a reorganizar o Partido Socialista Brasileiro (PSB). Em 1986 assumiu a vaga deixada no Senado por Saturnino Braga. Em 1990 foi eleito deputado federal, chegando a assumir depois o Ministério da Saúde no governo de Itamar Franco (1992-1995), onde se destacou com a proposta de um orçamento maior para a Central de Medicamentos (CEME), a fim de fabricar remédios mais baratos nos laboratórios oficiais e a implantação do Sistema Único de Saúde em quatrocentos municípios brasileiros. Jamil Haddad também foi o autor do decreto dos medicamentos genéricos, em 1993.

Em 2003, foi convidado pelo presidente Lula para assumir a direção geral do INCA, cargo que ocupou por aproximadamente cinco meses, pois em 23 de agosto de 2003, a crise do Instituto Nacional do Câncer se tornou pública, quando os cinco diretores de unidades assistenciais do INCA, assim como os coordenadores e chefes de serviços entregaram seus cargos, denunciando a má gestão da Coordenadora de Administração Zélia Abdulmacih.

Referência nacional no tratamento de Câncer, o INCA ficou sob intervenção do Ministério da Saúde devido à crise administrativa e de abastecimento de remédios. Segundo os servidores demissionários, faltavam pelo menos 90 medicamentos, entre quimioterápicos e antibióticos. Pela falta de condições em prosseguir com o tratamento, os pacientes estavam sendo mandados de volta para casa.

No início do governo, o ministro da Saúde, Humberto Costa, anunciou que, a nomeação de Jamil Haddad para a direção do INCA, teria sido uma escolha pessoal do presidente Lula.

Dez dias depois de tomar posse, Jamil Haddad substituiu 20 chefias administrativas e colocou no lugar pessoas ligadas a ele e ao PSB, sendo que o “pivô” da crise, Zélia Abdulmacih, mulher do presidente da Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro, Sami Jorge (PDT), prima de Jamil Haddad, não tinha nenhuma experiência em Administração Hospitalar.

A crise pôs em evidência o loteamento político de cargos públicos em áreas estritamente técnicas.

O INCA, com aproximadamente três mil funcionários mostrou uma união fundamental para as mudanças e a intervenção do Ministério da Saúde. O secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, veio ao Rio, a pedido do Ministro da Saúde, Humberto Costa, negociar uma solução. O ministro determinou que Haddad demitisse a diretoria. Ele não concordou e saiu.

Jamil Haddad pediu demissão e cem chefes de setores puseram os cargos à disposição. Para o lugar de Haddad, o Ministério da Saúde nomeou interinamente o médico Walter Roriz, cirurgião de tórax e ex-diretor do INCA (maio de 1986 – março de 1990). Roriz chamou para o lugar de Zélia Abdulmacih o físico e ex-gerente de informática Eduardo Rodrigues, que seria um ex-assessor de Zélia. A indicação revoltou os ex-diretores e funcionários, piorando a crise no INCA.

O Ministério da Saúde criou então uma comissão que exonerou Eduardo Rodrigues e Walter Roriz. Nesta época, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, disse que “o desabastecimento enfrentado pelo INCA era resultado de má administração e falta de planejamento”.

Segundo relatório preliminar da auditoria feita em agosto de 2003, cerca de 80% das compras do Instituto eram realizadas sem licitação, em caráter emergencial.

Por determinação do ministro Humberto Costa, o consultor jurídico do Ministério da Saúde, Adilson Batista Bezerra e mais três advogados foram transferidos de Brasília para o Rio de Janeiro para coordenar o trabalho de regularização dos processos de aquisição de medicamentos e material. Também nesta época, foi publicada a Portaria nº 1.673/GM que constituiu, em caráter excepcional e temporário, a Comissão Gestora do INCA, composta pelos seguintes membros: Ademar Arthur Chioro dos Reis (Coordenador), Márcia Aparecida do Amaral, Luiz Claudio Gomes da Silva e Adilson Batista Bezerra, todos provenientes do Ministério da Saúde.

Em 12 de setembro de 2003, tomou posse no cargo de diretor geral do INCA o Dr. José Gomes Temporão, com o compromisso de promover inovações no campo da gestão.

Mas a crise ainda não estava acabada.

O médico Daniel Tabak, que foi um dos protagonistas da polêmica envolvendo o INCA que culminou com a saída de seu diretor geral, Jamil Haddad, deixou o cargo de diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea, alegando ingerência política na fila dos transplantes de medula óssea no INCA.

Diante das denúncias veiculadas pela imprensa sobre o favorecimento político a pacientes que estão na fila de espera por transplante de medula óssea, o Ministério da Saúde criou uma comissão de sindicância, presidida pelo assessor técnico da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério, Carlos Alberto Matos.

Esta auditoria iniciou no dia 20 de janeiro, investigações com o objetivo de apurar possíveis irregularidades no sistema de transplante de medula óssea em todo o país. A coordenação dos trabalhos ficou com o auditor Edward Neto, do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

Daniel Tabak apresentou à comissão, cópia de um memorando, que entregou ao diretor-geral do INCA, José Gomes Temporão, explicando os motivos de seu pedido de demissão, no dia 05 de fevereiro de 2004. O memorando é acompanhado de documentos que, segundo ele, reforçam a hipótese de ingerência política no processo que envolve o transplante de medula óssea no Brasil. A sindicância realizada por ordem do Ministro da Saúde confirmou que dois pacientes receberam tratamento diferenciado no processo para receber medula óssea, mas não apontou os responsáveis. A conduta de Tabak também foi condenada no relatório da sindicância, “que critica o fato de ele ter cedido à pressão para atropelar a fila de transplantes”.

Segundo o Diretor Geral do INCA, Dr. José Gomes Temporão, em artigo publicado no jornal “O Globo” de 03 de maio de 2004, “Tabak, acostumado a resolver de forma personalista e autoritária as questões institucionais, não acreditou numa gestão democrática, participativa e compartilhada, na qual o Conselho Deliberativo é a instância máxima”.

Preso a antigos conceitos e práticas gerenciais ultrapassadas, e julgando-se defensor único de uma ética e verdade, imagina que pensar o CEMO é pensar o Inca, tomando de forma atabalhoada a parte pelo todo.

Cumpre-nos assim colocar, de forma transparente, o que vem embutido em suas declarações: ao apontar para nós sua artilharia pesada, busca Tabak ferir a reforma sanitária brasileira; ao atirar em nossa direção, atingem o coração do Sistema Único de Saúde e os valores que o norteiam, valores que temos adotado desde que participamos de sua construção, há pelo menos um quarto de século.

Pior, ao não identificar na atual direção uma imagem à sua semelhança, ataca as diferenças de forma preconceituosa, distorcendo a imagem de seus colegas colocando-os na condição de estrangeiros, descompromissados com a cultura local.

Asseguramos à população nossa intenção de continuar o trabalho intenso e contínuo que iniciamos nestes cinco meses à frente da direção-geral do Inca, da forma tranqüila e ponderada com que costumamos conduzir nossas ações, estando abertos para o acompanhamento pelos cidadãos interessados na lisura deste processo ““.

José Gomes Temporão assumiu o cargo de diretor-geral do INCA em 12 de setembro de 2003. Militante da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde aceitou o convite do Ministério da Saúde com o firme propósito de fortalecer a importância técnica e política do INCA e implantar o modelo de gestão baseado no conceito da participação e do compartilhamento das ações. Trata-se de um sistema de gerenciamento organizacional moderno que permitirá a todos uma visão mais global do Instituto e um meio eficiente de envolver a totalidade dos funcionários nas prioridades estratégicas da instituição.

Outra meta, iniciada no final de 2003, mas considerada importantíssima para a sua direção foi à implantação de um instrumento de avaliação dos serviços oncológicos prestados à população no âmbito do SUS. “A Acreditação Hospitalar é um processo pelo qual podemos avaliar se as unidades assistenciais atendem a um conjunto de requisitos concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente”.

Apesar das turbulências enfrentadas em 2003 e início de 2004, Temporão dizia que o INCA “não se desviou de sua rota”. No relatório anual de 2003, Temporão afirmou que “o INCA consolidou avanços e conquistas em todas as áreas em que atua”.

O exercício de 2003 será lembrado como um ano histórico para o voluntariado do Instituto. Em cinco de dezembro, foi assinados pelo Diretor Geral a portaria que criou a **Área de Ações Voluntárias do INCA** – com aproximadamente 500 voluntários – e o **regimento interno do INCAvoluntário**, tornando oficial uma estrutura em vigor desde 2002, ou seja, com um voluntariado único, sem associações independentes e

gerenciado pelo INCAvoluntário. Na nova estrutura, os presidentes das antigas associações assumiram a coordenação de grupos de atividades.

As tarefas dos voluntários do INCA compreendem diversas ações, entre elas o acolhimento aos pacientes, sessões de trabalhos manuais, atividades lúdicas, organização de feirinhas e eventos, apoio aos pacientes internados e em regime de internação domiciliar, apoio espiritual, captação de doadores de sangue, oficinas de auto-estima, serviço de barbearia, cabeleireiro etc.

A seguir, estão relacionadas algumas realizações do INCAvoluntário no exercício de 2003:

- A padronização do recibo de doação foi importante para legitimar o INCAvoluntário como setor captador das doações ao INCA, além de evitar a distribuição indevida das doações.
- A organização nas datas comemorativas das tradicionais festividades de Páscoa (15 e 16 de abril), festa caipira (16 e 17 de julho) e de Natal (16 e 17 de dezembro). O Dia das Crianças foi o mais festejado, tendo as comemorações se estendido de 6 a 15 de outubro, com distribuição de presentes a 400 pacientes infantis.
- Participação de voluntários na venda de vales BigMac para o Mc Dia Feliz, tendo sido vendidos mais de dez mil vales, o equivalente a mais de 25% do total vendido pelo INCA.
- Através do INCAvoluntário e da colaboração de outras áreas, o INCA normalizou a atividade de distribuição de bolsa de alimentos, definindo o conteúdo, suas especificidades e os critérios de distribuição.
- Retomada do Projeto Musivida no CSTO, com três músicos voluntários que realizam apresentações semanais para pacientes, acompanhantes e funcionários do CSTO.
- Apoio à inauguração do escovário, no Consultório Odontológico Pediátrico, através de atividades recreativas e distribuição de lanches e brindes arrecadados para as 108 crianças participantes.
- Apoio às comemorações do Dia Nacional de Combate ao Câncer, com distribuição, pelos voluntários do INCA, de 20.000 margaridas e 20.000 folhetos educativos em dezesseis pontos da Cidade do Rio de Janeiro.

Por fim, registrou-se em 2003 a visita da Ministra da Assistência Social, Benedita da Silva, que conheceu o trabalho voluntário desenvolvido no INCA, e a premiação da voluntária Joenir Daumas, ex-paciente laringectomizada do Instituto, que recebeu o Troféu Beija-Flor, da ONG Riovoluntário.

Durante a gestão de José Gomes Temporão no INCA foram implantados o novo modelo de gestão participativa e compartilhada, o Projeto de Humanização e o processo de Acreditação Hospitalar em todas as unidades assistenciais. Outros avanços foram à criação do Banco Nacional de Tumores e DNA, e do Brasil Cord, além do lançamento da Campanha de Doação de Medula Óssea em todo o território nacional, que em apenas um ano duplicou o número de cadastramentos no Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME).

A gestão de Temporão estimulou a colaboração com outras instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, a ANVISA, o Instituto Adolfo Lutz, a UNICAMP, a USP, a escola americana de saúde pública Johns Hopkins, a Organização Mundial da Saúde, a União Internacional contra o Câncer, a Fundação Swiss Bridge, entre outras. Temporão também participou do Grupo de Trabalho Intergovernamental de Composição Aberta da Convenção-Quadro, e do grupo de conselheiros internacionais para desenvolvimento de uma estratégia global para o controle do câncer, ambos no âmbito da OMS.

Em 2004 a **Área de Ações Voluntárias (INCAvoluntário)** do INCA contou com 642 voluntários (142 a mais que no período anterior) e sete funcionários.

Na atuação do INCAvoluntário no de 2004, ficou marcada a importância estratégica dessa área nos processos decisórios do Instituto. O INCAvoluntário passou a ter assento cativo no Conselho Deliberativo, nos Conselhos de Gestão Participativa nas Unidades Hospitalares e no Grupo do Projeto INCA de Humanização.

A nova responsabilidade de gerenciar a distribuição e a captação de insumos para a confecção das bolsas de alimentos e fraldas descartáveis superou todas as expectativas, possibilitando quase dobrar a meta de 520 bolsas para as quatro unidades hospitalares.

Outro destaque foi a realização do **Seminário INCAvoluntário 2004**, que contribuiu para a melhoria da qualidade do voluntariado, através do treinamento de mais de 200 voluntários do Instituto. O evento, de tão exitoso, deverá fazer parte do calendário de atividades do voluntariado.

Para coroar o trabalho realizado pela equipe de voluntários em 2004, o INCAvoluntário recebeu, pelo segundo ano consecutivo, o Troféu Beija-flor na categoria voluntário, concedido ao voluntário do HC III, Jorge Cardoso. O prêmio foi instituído pela ONG RioVoluntário e é um dos mais importantes do país.

Outras atividades de destaque do INCAvoluntário foi o apoio a campanhas de vacinação e prevenção

Pelo terceiro ano consecutivo, o INCAvoluntário colaborou com o Serviço de Enfermagem do INCA na Campanha de Vacinação, desenvolvida pela parceria entre o INCA e a Secretaria Municipal de Saúde. Houve solicitação aos voluntários para prestar ajuda na vacinação de idosos contra a gripe e na vacinação contra hepatite dos profissionais da assistência, no HCl. Na Campanha de Prevenção do câncer de pele “Não Importa a sua Praia – De 10 às 16h Salve a sua Pele” o INCAvoluntário prestou valiosa colaboração na distribuição de folhetos informativos à população, nas praias do Rio e Niterói-RJ, sempre aos sábados, de 14 de fevereiro a 13 de março.

Em 2004, no cenário político, após um movimento de discussão nacional, foi aprovada uma nova Política Nacional de Assistência Social na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Conseqüentemente, em 2005, fez-se necessário à edição de uma Norma Operacional Básica que definisse as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Os instrumentos de regulação da Política de Assistência Social em vigor são, portanto, a CF/88, a LOAS/93, a

Política Nacional de Assistência Social/2004 e a Norma Operacional Básica/SUAS/2005.

Em julho de 2005 José Gomes Temporão deixou o INCA para chefiar a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde e em março de 2007 foi nomeado Ministro da Saúde pelo Presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, cargo que ocupa até hoje.

Em seu lugar, Temporão deixou seu coordenador de Ações Estratégicas, o atual diretor geral do INCA, o médico Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva, empossado em julho de 2005. Ao assumir o cargo de diretor geral do INCA, Santini deixou claro que “tomou posse com o objetivo de dar continuidade às metas de seu antecessor, por ele compartilhadas durante sua atuação como coordenador de ações estratégicas, avançando na implantação do projeto de gestão participativa com a mobilização e o aperfeiçoamento das Câmaras Técnicas-Políticas para o planejamento das ações institucionais e fortalecemos as articulações para a formação de uma Rede Nacional de Atenção Oncológica - duas conquistas essenciais para a consolidação da nova face do INCA. O atual modelo gerencial confere a todos os funcionários a oportunidade de participar ativamente nos espaços de decisões institucionais, segundo ele”.

Já a Rede de Atenção Oncológica reforça a visão do câncer como um problema de saúde pública, cujo enfrentamento envolve a atuação concomitante em várias frentes (promoção, prevenção, assistência, educação, pesquisa, comunicação), mas, principalmente, o trabalho em rede e articulado com outras instituições, fomentando o intercâmbio dos diversos saberes.

O ano de 2005 teve marcos históricos, como a contribuição do INCA para a construção da nova Política de Atenção Oncológica, lançada em dezembro de 2005, e para a ratificação da Convenção Internacional para o Controle do Tabaco – tratado que reúne mais de 190 países, sob a liderança da Organização Mundial da Saúde (OMS), e fixa padrões internacionais para o controle da droga, introduzindo medidas efetivas, como a implementação de alternativas à produção do tabaco, política de preços e impostos e estratégias para redução do consumo no mundo. A mobilização da sociedade foi fundamental para que a chamada Convenção-Quadro fosse finalmente ratificada pelo Senado, em outubro de 2005. Grande parte deste mérito deve ser atribuída ao esforço dos funcionários do INCA, principalmente da Coordenação de Prevenção a CONPREV.

Fiéis ao cumprimento das metas expressas na política institucional de prevenção, assistência e pesquisa, lançamos, com o Ministério da Saúde, as diretrizes estratégicas para o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, que passaram a nortear a política nacional para o controle destes tipos de neoplasias. Ampliamos os laboratórios do Centro de Transplante de Medula Óssea, inauguramos o Banco Nacional de Tumores e comemoramos o milésimo transplante.

O INCA conseguiu aumentar para 175 mil, através de campanhas de sensibilização, o número de doadores cadastrados no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea, o REDOME.

Foi também um ano em que o INCA apostou na capacitação permanente de pessoal, na política de humanização, na definição clara das linhas de pesquisa e nos projetos de educação e comunicação.

Finalmente, a contratação de 677 funcionários temporários e a perspectiva de um concurso público já autorizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para 2006 foram passos importantes para suprir o déficit de profissionais, principalmente na área da assistência, garantindo a continuidade dos serviços oferecidos aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Convocados pelo Ministério da Saúde, o INCA assumiu desde março, a administração dos Hospitais da Lagoa e Cardoso Fontes, com o desafio de que tal missão não afetasse a rotina no INCA. Para restabelecer a normalidade no atendimento desses hospitais, então sob intervenção do Governo Federal, formaram-se grupos técnicos de apoio.

A participação do INCA no comitê consultivo para discussão da política global de prevenção e controle do câncer, representando o Brasil, foi solicitada pela OMS, que reconhece a doença como questão de saúde pública.

O INCAvoluntário apresentou no Relatório Institucional do INCA de 2005 as seguintes informações:

- Cerca de 645 membros colaboram no gerenciamento da distribuição e da captação de insumos para bolsas de alimentos e fraldas descartáveis; no acolhimento aos pacientes nas recepções, nos ambulatórios e no Banco de Sangue; na administração de alimentos aos pacientes no leito; na realização de trabalhos manuais; no atendimento às necessidades pessoais dos pacientes, fornecendo itens de higiene, meias, toucas e perucas, e promovendo corte de cabelo e barba; na entrega de bolsas de alimentos, fraldas, auxílio transporte, empréstimo de equipamentos e de doações em geral.
- Dentre as principais ações em 2005, destacam-se:
  - Reforma dos jardins dos Hospitais do Câncer III e IV, com a parceria dos funcionários de uma empresa de telefonia celular e o apoio da Fundação Parques e Jardins;
  - Parceria com a Central de Medidas e Penas Alternativas, órgão da 1º Vara Federal Criminal da Seção Judiciária do Estado do Rio de Janeiro, que encaminha ao INCAvoluntário os condenados para prestação pecuniária ou de serviços à comunidade;
  - Parceria com a Associação Beneficente dos Professores Públicos Ativos e Inativos do Estado do Rio de Janeiro, que fazem doação de 50 bolsas de alimentos por mês;
  - Redecoração das salas de recreação dos pacientes infantis e adultos;
  - Colaboração com o Projeto de Humanização no atendimento do Hospital do Câncer IV. Os voluntários captaram doações de quadros e arranjos florais; promoveram a montagem de um aquário de água salgada; instalaram seis painéis fotográficos de 2,5 por 1,5 m mostrando cartões postais do Rio de Janeiro nos muros de proteção que bloqueiam a visão das janelas, construídos por questões de segurança;

- Acolhimento na Recepção Integrada do HC I, para dar apoio aos pacientes que chegam pela primeira vez.

Em 2006, o INCAvoluntário manteve suas atividades de rotina, como o acolhimento nas recepções, ambulatórios e Banco de Sangue, visita ao leito para auxílio na alimentação do paciente, realização de trabalhos manuais junto com o paciente, verificação de suas necessidades (itens de higiene pessoal, meias, toucas, entre outros), corte de cabelo e barba, entrega de bolsa de alimentos, fraldas, auxílio transporte, empréstimo de equipamentos e entrega de doações em geral.

Para o exercício de 2006, o voluntariado propôs-se ao seguinte objetivo geral:

- Melhorar a qualidade de vida dos usuários do INCA por meio de ações de assistência, educação, recreação e lazer.

Para o alcance deste objetivo, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Ampliar o número de beneficiados pelas atividades de assistência já existentes;
- Aumentar a oferta de atividades de recreação, lazer e educação (ensino de ofícios, alfabetização etc.);
- Melhorar ambiência de todas as unidades hospitalares visando melhor atender a usuários e doadores;
- Reorganizar e reestruturar a atividade de Visita Domiciliar (VD) dos voluntários;
- Aprimorar o Plano de Capacitação e Desenvolvimento de Voluntários;
- Aumentar a captação de recursos para o INCAvoluntário;
- Colaborar um plano de viabilidade da construção da Casa do INCAvoluntário.

Para cada um dos objetivos foram definidas ações e as respectivas metas a serem alcançadas. Das 14 metas propostas, apenas duas não foram plenamente atingidas, 10 foram atingidas e duas superadas.

A meta para 2007 era aumentar em 20% o número de voluntários no INCA, mas o resultado foi bem acima do esperado. O INCAvoluntário fechou o ano de 2007 com 182 novos colaboradores, quase o dobro do registrado em 2006, quando 92 voluntários se juntaram à equipe. A supervisora do INCAvoluntário, Emília Rebelo, acredita que a mudança no processo de recrutamento foi fundamental para atingir a meta. “Este processo ficou mais ágil. Agora as pessoas ligam às segundas-feiras, fazem a inscrição e participam de uma palestra. O voluntário começa a trabalhar imediatamente após o treinamento, ministrado pelo seu supervisor direto”, conta.

A rotatividade de voluntários ainda é considerada grande. Só em 2007 foram registrados 41 desligamentos. Por isso, também foram promovidas ações para diminuir os casos de abandono, como, por exemplo, a realização de palestras de motivação.

Durante o ano de 2007, o INCAvoluntário teve 370 participações nas palestras de recrutamento e promoveu 16 reuniões com voluntários e 35 reuniões de reciclagem.

Muito bem estruturado e organizado, o **INCA Voluntário não é para todos...** Para ser um voluntário do INCA é necessário atender a vários pré-requisitos, tais como:

- Ao se tornar voluntário, assume-se um compromisso com o INCA e, principalmente, com os pacientes, para os quais a presença do voluntário é imprescindível, portanto não se admite faltas aos compromissos assumidos.
- As regras da instituição devem ser seguidas.
- Não é oferecida ajuda de custo para transporte nem alimentação.
- O voluntário não pode de maneira nenhuma desenvolver atividades religiosas.
- O voluntário, ainda que profissional da área da saúde, não pode maneira nenhuma trabalhar na assistência.

**Portanto, o candidato deve refletir:**

- Se tem disciplina para seguir as regras da instituição
- Se conseguirá conciliar o serviço voluntário com trabalho, estudos e família
- Se tem condições financeiras para custear ida e volta ao INCA
- Se tem condições financeiras de custear almoço ou lanche, caso necessite comer na rua.

**Só pode ser voluntário no INCA:**

- Maiores de 21 anos e com documentação (RG e CPF) em dia.
- Caso sejam ex-pacientes de câncer que estejam em controle há mais de um ano
- Familiares de ex-paciente de câncer, de paciente que esteja em controle, ou que tenha falecido há mais de um ano.

**E é preciso, para ser voluntário do INCA, além de amor ao próximo e vontade de ajudar, é preciso ter quatro horas por semana durante o dia e flexibilidade de horário para comparecer às reuniões de reciclagem e treinamento mensais,** que são realizadas, em sua maioria, no horário comercial (8h às 18h), o que exclui qualquer trabalhador assalariado normal.

O voluntário do INCA também precisa ter **amadurecimento emocional e psicológico** para enfrentar a realidade de uma instituição que trata de câncer. Este, aliás, é o motivo pelo qual não é permitido o ingresso de jovens com menos de 21 anos.

**Disciplina para seguir as normas** também é essencial ao voluntário do INCA. Como uma instituição de tratamento (e também pesquisa, vigilância e prevenção) de câncer, há muitas regras que devem ser rigorosamente respeitadas para não prejudicar a assistência ao paciente e seu familiar. Caso contrário, o voluntário, elemento que vem somar, acaba tornando-se um empecilho ao bom atendimento ao doente e seu acompanhante.

Agora, o mais importante: para ser voluntário, no INCA ou em qualquer lugar, é essencial que exista **comprometimento**. É preciso que fique claro que se assumiu o compromisso de prestar serviço em um determinado dia, durante um determinado período de tempo, e esta deve ser a prioridade e maior obrigação do voluntário.

O serviço voluntário, apesar de prazeroso, é uma escolha que requer muito amadurecimento, determinação e disciplina.

**Para se candidatar a ser um voluntário do INCA o “cidadão”** deve entrar em contato com o INCAvoluntário, às “e somente as” segundas-feiras, através dos telefones 3970-7800 ramal 8023, 3970-7962 ou 3970-7971 e agendar sua participação em uma reunião de recrutamento de voluntários e saber que as vagas são limitadas.

Na primeira reunião, será solicitada uma doação de alimento não perecível para as bolsas de alimentos distribuídas aos pacientes. Caso o voluntário desista ou não seja selecionado, o item não será devolvido (!!!!).

Na reunião de recrutamento, o candidato conhecerá a estrutura do INCA e do INCAvoluntário, assim como as normas gerais do serviço voluntário na instituição e preencherá a ficha de inscrição.

A seleção será feita com base nas informações contidas na ficha e em entrevista individual com o supervisor da atividade escolhida pelo voluntário. Na ocasião, será observado o amadurecimento emocional, a capacidade para seguir normas disciplinares e de assumir compromissos. Também será levada em conta a disponibilidade de horário e a unidade do INCA onde o voluntário pretende atuar.

Poderá ser realizada também uma dinâmica de grupo com os candidatos.

Caso o candidato tenha o perfil e a disponibilidade de tempo adequado à vaga, ele será convidado a participar do treinamento com os profissionais da assistência.

**Importante:** o não comparecimento a uma das fases do processo implicará no desligamento do candidato.

Hoje a Área de Voluntariado do INCA é um “caixinha” dentro da estrutura formal do INCA, ligada a chefia de gabinete da Direção Geral do INCA, dirigida pela funcionária Emília Rebelo, médica ginecologista, que iniciou sua

carreira na Fundação das Pioneiras Sociais (atualmente o HC III), em 1976, quando está ainda não pertencendo ao INCA. Foi no hospital que teve o contato inicial com o sentimento de solidariedade que move a legião de voluntários.

Desde dezembro de 2001, ela está à frente das atividades realizadas. Pelas associações de voluntários do INCA, segundo a Dra. Emília, “a participação da sociedade é fundamental para uma melhor qualidade de vida da população.” Em lugar nenhum no mundo, o governo, sozinho, dá conta de todas as ações sociais. Há países em que postos de saúde e até delegacias de polícia funcionam apenas com voluntários. A sociedade deve e mobilizar. Ser solidário é acima de tudo ter consciência de seu papel como “cidadão”.

As associações de voluntários do INCA se incluem no chamado Terceiro Setor – onde fazem parte deste segmento entidades filantrópicas, sem fins lucrativos, organizadas para minimizar a exclusão

social. Traduzindo: o Setor funciona para facilitar o acesso à segurança, à educação e à saúde etc. Outra característica deste Setor é que ele envolve, em algum grau, o trabalho voluntário. Um tema de destaque em várias palestras e cursos foi a necessidade de mudança de foco na atuação do voluntariado no Brasil que precisa ser mais organizado, com treinamento,

plano de metas e a busca constante do alcance de resultados. "Mais do que caridade, ser voluntário hoje significa ter responsabilidade cidadã" e aparentemente, é esta realidade que o INCA vem tentando implementar em suas ações.

## BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, <http://www.inca.gov.br>

“Trabalho Voluntário no Brasil – Um breve histórico”, publicação do INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, Edição de 2001

“Resenha da Luta Contra o Câncer no Brasil – Documentário do Serviço Nacional de Câncer”, 2ª Edição, Série 1. História da Saúde no Brasil, Brasília, DF, 2007

“De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil”, de Luiz Antonio Teixeira e Cristina Oliveira Fonseca, Rio de Janeiro, 2007

“30 ANOS DE ATIVIDADES DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER”, Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil – 1968

“50 ANOS DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER”, documento do Doutor Edmur Flávio Pastorelo

## NOTA EXPLICATIVA

Por se tratar apenas da apresentação de um trabalho, requisito parcial para a obtenção do grau de especialista em Gestão Pública, do curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” da Universidade Candido Mendes, Instituto a Vez do Mestre, na disciplina “o papel do Estado e responsabilidade Social”, ministrada pelo professor William Lima Rocha que não exigiu uma “monografia” sobre o assunto, não redigi o mesmo obedecendo às normas técnica da ABNT para trabalhos acadêmicos, até mesmo, não é desculpa eu sei, por total falta de tempo.

Peço desculpas, portanto pela minha “licença acadêmica, literária e poética”.

Gostaria de poder contar não só com a sua avaliação para a conclusão da disciplina, mas também com a sua opinião sobre o assunto e a elaboração do texto que poderá ser uma opção de projeto monográfico.

Agradeço antecipadamente sua atenção e aguardo um retorno,

*FATIMA MENDES*  
E-mail: fatimac@inca.gov.br  
Tel. 21 3970.7400  
Cel. 21 9203.6398

## A ALUNA

Fatima Mendes Carvalho, brasileira, natural do Rio de Janeiro, graduou-se em Administração em 1987 pelo INSTITUTO METODISTA BENNETT FACULDADES INTEGRADAS.

Especializou-se em Administração Hospitalar no curso de Pós-graduação “Lato Sensu” da UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO em 1988 e recentemente, em 2007, completou o curso de Docência do Ensino Superior pela UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES/INSTITUTO A VEZ DO MESTRE.

É servidora pública do MINISTÉRIO DA SAÚDE atuando como Analista em Ciência e Tecnologia no INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, junto a COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA como, abre aspas, “Chefe” da Área de Apoio Administrativo do SERVIÇO DE APOIO LOGÍSTICO – CONPREV. Fique claro que esta “chefia” não é função, mas apenas responsabilidade.

Começou sua carreira no serviço público em Janeiro de 1982 pela CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER, que foi criada pelo Decreto nº 61.968 de 22/12/1967, pelo Sr. Presidente da República, que instituiu no Ministério da Saúde a CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER – CNCC destinada a intensificar e coordenar em todo o território nacional as atividades públicas e privadas de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de formação de técnicos especializados, de pesquisa, de educação, de ação social e de recuperação, relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhe a incidência.”Foi contratada em regime trabalhista CLT”.

Atuou em vários seguimentos da administração pública do Ministério da Saúde.

De Junho de 1981\* à Março de 1982 assessorou a Coordenação do Programa Integrado de Medicina Nuclear – PIMN na elaboração do programa anual de trabalho para o exercício de 1982 (fase de implantação do PIMN), incluindo estudos e pesquisas, contendo o plano de aplicação de recursos necessários, assim como a tabela de pessoal a ser contratado, promovendo e propondo as medidas que visavam à obtenção de recursos financeiros, humanos e materiais para a operacionalização do programa em âmbito nacional.

De Abril de 1982 à Novembro de 1982 foi assistente do Senhor Vice-Diretor Geral e Chefe da Divisão Médica do Hospital dos Servidores do Estado – HSE/INAMPS desempenhando, principalmente, função de controle e análise dos processos administrativos nas áreas de material e recursos orçamentário-financeiros do HSE.

De Novembro de 1982 à Agosto de 1983 foi assistente do Senhor Vice-Presidente e Chefe da Secretaria de Medicina Social da Direção Geral do

---

\* Período de Junho de 1981 à Janeiro de 1982 trabalhados como colaboradora da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

INAMPS desenvolvendo, principalmente, função de análise dos processos de solicitação de tratamento fora de domicílio, tanto em âmbito nacional como para tratamentos no exterior custeados pelo MS/INAMPS.

De Agosto de 1983 à Maio de 1985 integrou o “PROJETO PILOTO” da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS, em co-gestão com o MINISTÉRIO DA SAÚDE, INAMPS, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE e SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, conforme designação do ofício nº. 517-0/288 de 22 de novembro de 1983, do Senhor Superintendente Regional do INAMPS/RJ, como membro da SECRETARIA EXECUTIVA DA CIMS, desenvolvendo ações junto aos projetos que geraram a estruturação do antigo SUDS (SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE), hoje conhecido como SUS (SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE).

De Maio de 1985 à Maio de 1990 integrou a Comissão Inventariante de Material Permanente adquiridos com recursos públicos, através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, utilizados pelo Programa Integrado de Medicina Nuclear, no Estado do Rio de Janeiro, conforme Portaria nº03 de 03 de setembro de 1985 do Senhor Coordenador Regional da CNCC/RJ.

Assessorou a Coordenação do Programa Integrado de Medicina Nuclear e Atividades Afins – PIMAG principalmente nas áreas de projetos especiais e de pesquisas junto a seus pares, tais como FIOCRUZ, CNPq, UERJ, UFRJ, UFF, INCA e outros.

Foi membro do “PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO SERVIÇO INTEGRADO DE IMAGENS DO PIMAG”, em ação conjunta com o então “SUDS”, hoje SUS, para atendimento de toda a rede hospitalar federal, estadual e municipal sediados no Estado do Rio de Janeiro e implantação do Serviço de Ultra-sonografia do PIMAG, sito a Avenida Venezuela nº 134 no Município do Rio de Janeiro com designação de Administradora do Serviço conforme REGISTRO INTERNO PIMAG Nº02 de 15 de Setembro de 1988 do Gerente do Programa Integrado de Imagens – PIMAG.

Participou da implantação e desenvolvimento do “PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM IMAGEM, que visa à formação de profissionais de saúde, em âmbito nacional, nas áreas de medicina nuclear, ultra-sonografia e afins, com intercâmbio de profissionais, inclusive no exterior”.

De Maio de 1990 à Janeiro de 1994 trabalhou como analista do LABORATÓRIO DE IMUNOGENÉTICA DO PROGRAMA DE IMUNOGENÉTICA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – PITO, desenvolvendo o estudo de “vida e sobrevivência” relativo a todos os transplantes de órgãos realizados no RIO DE JANEIRO, em órgãos públicos federais, estaduais e municipais, trabalho base para propostas e diretrizes de novas ações para o programa de transplante de órgãos no Brasil.

Foi designada Administradora do o PROGRAMA DE IMUNOGENÉTICA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – PITO/INCA, conforme Ordem de Serviço Interno do PITO Nº01/91 DE 01 de Março de 1991, do Sr. Gerente do PITO, conforme portaria de da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde MS/GM Nº 2301 DE 10 DE Dezembro de 1981,

nomeada para função gratificada de Chefe de Seção, publicada no DOU N° 203 DE 13/01/1982 Seção II.

Nesta época, a CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER – CNCC: extinta pelo Decreto Lei n°. 109 de 02 de Maio de 1991, sendo seus funcionários absorvidos pelo Ministério da Saúde, como funcionários públicos federais efetivos, com lotação no quadro de pessoal do INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA.

De Outubro de 1994 à Agosto de 2000 foi designada para a COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL (COAGE) do INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) e lotada na DIVISÃO DE MATERIAL/SERVIÇO DE COMPRAS exercendo a função de compradora responsável pela aquisição de todo MATERIAL PERMANENTE do INCA/MERCADO NACIONAL.

Designada também, pelo Senhor Diretor do Instituto Nacional de Câncer, para compor o Comitê Especial de Infra-Estrutura do Programa de Gestão pela Qualidade Total do INCA, por portaria de n° 335 de 21 de novembro de 1995.

De Agosto de 2000 à Março de 2001 passou a integrar o “GRUPO DO PROJETO EXPANDE – EXPANSÃO DE CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA” em todo o território nacional, por designação da Direção Geral do INCA. Grupo multiprofissional responsável pela análise de necessidades de implantação de “CACON’s” – CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA junto às diversas SECRETARIAS ESTADUAIS e ao SUS.

Em Abril de 2001 foi lotada como Analista do SERVIÇO DE APOIO LOGÍSTICO DA COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DO INCA/CONPREV, onde é a responsável pelo processo de planejamento e orçamentação anual a nível estratégico e operacional, gestão de projetos com recursos do MINISTÉRIO DA SAÚDE, da Fundação Ary Frauzino e de outras instituições públicas e privadas de apoio e fomento a pesquisa epidemiológica e de saúde pública em geral, acumulando a responsabilidade de supervisão dos estagiários na área de administração, planejamento e logística.

Foi designada pelo Senhor Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer para:

- compor o Grupo de Trabalho de Acompanhamento e controle dos Equipamentos cedidos, em comodato, às Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e ao Distrito Federal, conforme Portaria n° 49 de 06 de Março de 2007.

- como Fiscal Titular do contrato n° 093/2008 Processo n° 1131/2007 cujo objeto de contratação é o serviço especializado de tradução ou versão escrita, para a CONPREV firmado com a Parecer Consultoria de Idiomas S/S Ltda. com vigência de 23/06/2008 a 22/06/2013.

- como Fiscal Substituta do contrato n° 140/2008 Processo n° 2331/2007 cujo objeto de contratação é o serviço de estocagem, com logística integrada de distribuição de produtos e materiais didáticos, com o recebimento, armazenagem e empacotamento, para a CONPREV firmado

com a Rodolog Transportes Multimodais Ltda. com vigência de 12/09/2008 a 11/09/2013.

Designada atualmente, pelo Senhor Chefe do Serviço de Apoio Logístico da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional de Câncer (SAL/CONPREV/INCA) como responsável pela Área de Gestão Administrativa da CONPREV, conforme COMUNICADO INTERNO de 23/10/2008.