



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

FERNANDA LETÍCIA SANTOS NUNES

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS POSTOS AO SERVIÇO SOCIAL NO
ACOLHIMENTO A FAMÍLIAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

CACHOEIRA - BA

2015

FERNANDA LETÍCIA SANTOS NUNES

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS POSTOS AO SERVIÇO SOCIAL NO
ACOLHIMENTO A FAMÍLIAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

Monografia, apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA – BA


2015

FERNANDA LETICIA SANTOS NUNES


DESAFIOS E PERSPECTIVAS POSTOS AO SERVIÇO SOCIAL NO
ACOLHIMENTO DE FAMÍLIAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Cachoeira – BA. aprovada em 25/05/2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Prof.ª Ms. Sida da Silva
(Membro Interno – UFRB)



Bel.ª Ana Carla Damasceno Brás
(Membro Externo)

Aos meus pais, Romero e Fátima, que nunca deixaram de me incentivar para que eu desse este importante passo da minha vida. Vocês são os responsáveis pela realização desse sonho. Amo muito vocês!

Ao meu irmão, Cesar, pelas palavras de força sempre que eu precisei. Amo-te!

Ao meu noivo, Ricardo, companheiro e amigo, que sempre acreditou em mim e não me deixou desistir. Amo-te!

Agradecimentos

A **Deus**, por estar sempre presente na minha vida e por ter iluminado o meu caminho durante toda essa jornada;

Aos meus amados pais **Romero e Fátima**, que mesmo a distância nunca deixaram de me incentivar e de cobrar resultados, graças a vocês concluí esse passo;

A **Cesar**, o melhor irmão que eu poderia ter, por desde o começo ter me incentivado a seguir o meu sonho;

Ao meu noivo **Ricardo**, presente que a graduação me deu e que levarei para o resto da vida, por sempre me apoiar e não me deixar desistir em momento algum;

Aos meus **avós, tios, tias e primos**, por terem sempre uma palavra de conforto, quando necessário;

A **família Chico Xavier**, pelo carinho dispensado a minha família desde sempre, e por terem aguentado os dias de choro dos meus pais;

Aos meus sogros **Jonas e Margarida** e aos meus cunhados, **Ane, Tina e Cristiano**, pelos dias que tão bem me acolheram em sua casa;

Aos meus sobrinhos emprestados, **Gabriel e Filipe**, pelos gestos de carinho;

As amigas de antes da graduação **Milena, Cíntia, Isabel**, por entenderem o meu afastamento;

As amigas da graduação, **Paloma, Stephanie, Camila, Thaís, Jenypher**, e tantos outros, por terem sido minha família durante esses longos anos;

A minha supervisora de estágio, **Daniela**, por ter sido um exemplo de integridade tanto quanto, pessoa quanto como profissional;

Aos meus **mestres** da graduação, por terem transmitido com tanta simplicidade e dedicação os seus conhecimentos;

A minha querida professora e orientadora de monografia, **Heleni** pelos dias dispensados à minha orientação, pela amizade construída e pelos ensinamentos passados;

A todo o corpo de funcionários e professores da **UFRB**.

Fernanda Letícia Santos Nunes

Resumo

O presente estudo trata de uma análise sobre o trabalho do assistente social no âmbito da oncologia, tendo como objetivo basilar desvelar as ações desenvolvidas pelos profissionais do Serviço Social, quais os desafios e perspectivas no acolhimento a famílias e pacientes inseridos nos serviços de oncologia, na garantia de seus direitos e na melhoria do tratamento. Foi utilizada, neste trabalho, análise documental e revisão de bibliografia como procedimento metodológico principal. No decorrer do trabalho será apontada um panorama acerca da política de saúde voltada para o câncer, posteriormente o câncer e família, já que esta doença, em especial, traz um adoecimento social/familiar, e por fim a atuação do serviço social inserido numa equipe multidisciplinar da saúde, enfocando uma nova demanda posta à profissão, que é a oncologia.

Palavras chaves: Serviço Social; Oncologia; Família; Direitos Sociais.

Abstract

This study is an analysis of the work of the social worker in the context of oncology, with the basic aim to unveil the actions developed by the professionals of Social Services, which challenges and prospects in host families and placed patients in oncology services, guaranteeing their rights and improving the treatment. It was used in this work, document analysis and literature review as the main methodological procedure. During the work will be pointed an overview about the health policy focused on cancer, then cancer and family, as this disease, in particular, brings a social / family illness, and finally the role of the inserted in a social service team multidisciplinary health, focusing on a new demand put to the profession, which is oncology.

Key words: Social Work; oncology; family; Social Rights.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEMO	Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea
CEP	Código de Ética Profissional
CF	Constituição Federal
CFAS	Conselho Federal do Assistente Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONTAPP	Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
HAM	Hospital Aristides Maltez
HSI	Hospital Santa Izabel
ICMS	Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
INCA	Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial Urbana
LBCC	Liga Baiana Contra o Câncer
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PCC	Programa de Controle do Câncer

PIS	Programa de Integração Social
PNS	Política Nacional de Saúde
INPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UICC	União Internacional de Controle do Câncer

Sumário

Apresentação	11
Introdução	12
1. Política de saúde para o controle do câncer no Brasil	14
1.1. As ações, programas e políticas para o controle do câncer dentro da história da saúde pública brasileira.....	14
1.2. Atenção ao tratamento de câncer na Bahia.	24
2. Câncer e família	27
2.1. Descobrimdo e enfrentando a doença	27
2.2. O papel da família junto ao paciente com câncer	30
3. O Serviço Social na Saúde	36
3.1. A Atuação do Assistente Social na Saúde	36
3.2 Os desafios e perspectivas na atenção aos pacientes oncológicos e suas famílias.	42
4. Considerações Finais	50
5. Referências Bibliográficas	54

Apresentação

Às Vezes Tenho Ideias Felizes

Fernando Pessoa

[...]

Depois de escrever, leio...

Por que escrevi isto?

Onde fui buscar isto?

De onde me veio isto? Isto é melhor do que eu...

Seremos nós neste mundo apenas canetas com tinta

Com que alguém escreve a valer o que nós aqui traçamos?...

Às vezes tenho muitas ideias e as escrevo.

Assim foi com o meu TCC. Fui tomada por uma ideia através de uma motivação, inicialmente, pessoal e depois profissional.

O ponto de partida foi uma experiência familiar vivida há alguns anos e outra vivida atualmente. Estas experiências me levaram a uma grande inquietação acerca da doença e, que com o ingresso no curso de Serviço Social tomaram a direção da pesquisa acerca dos desafios e perspectivas encontrados pelos Assistentes Sociais, na atuação junto às famílias e pacientes com diagnósticos de câncer.

Por outro lado, as vivências no campo de estágio, realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H) em Cruz das Almas- BA provocaram muitas inquietações, no sentido de conhecer mais a atuação do (a) assistente social junto às famílias dos pacientes oncológicos.

As minhas inquietações são muitas e dentre elas perceber o adoecimento social/familiar após o diagnóstico da doença e quais são as ações dos (as) assistentes sociais junto às famílias para garantir os direitos dos pacientes - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); Auxílio Doença; Aposentadoria por Invalidez; Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria; PIS/PASEP; Renda Mensal Vitalícia/ Amparo Assistencial ao Deficiente; Tratamento Fora do Domicílio (TFD), dentre outros - e que lhes seja dado o melhor acompanhamento, não apenas o acompanhamento curativo da doença, mas também o apoio emocional, dentro do possível..

Pesquisar e buscar compreender para não sermos apenas canetas com tinta!

Introdução

O presente trabalho nasce de reflexões anteriores a vida acadêmica, das atividades no campo de estágio e, sobretudo, do número crescente do câncer no Brasil¹ na qual ganha relevância pelo perfil epidemiológico, demográfico, com influências no processo de urbanização, industrialização, dentre outros.

A cicatriz/estigma do câncer compromete as relações familiares, dificultando a fala sobre a doença, o que é progressivamente maior, frente ao avanço da doença. Constatar a existência da doença traz sofrimento para todos os familiares - daqueles que são potencialmente mais fortes e podem saber do diagnóstico e outros que são mais frágeis e devem ser poupados, dentre estes se incluem os enfermos.

Nesta perspectiva, este estudo aborda as possibilidades de atuação do Serviço Social² junto aos familiares e aos pacientes oncológicos. Com o intuito de compreender essa totalidade durante o processo de tratamento também é necessário entender o contexto social, cultural, político e econômico em que está inserido o paciente oncológico. Esses fatores irão influenciar no comportamento podendo afetar sua saúde mental/emocional e, também afeta sua saúde física. Essa discussão está presente no contexto do Serviço Social e utilizou-se da pesquisa bibliográfica para contribuir nos debates, nas reflexões que direcionam a prática profissional, em especial, na área da saúde.

Destarte, a diversidade de demandas que são colocadas aos assistentes sociais possui uma intensidade ampla caminhando nos espaços públicos, privados e filantrópicos.

Assim, o objetivo geral desse trabalho se propõe a desvelar quais são as ações efetuadas pelos assistentes sociais que estão inseridos em espaços sócio ocupacionais onde são realizados atendimentos oncológicos, e quais os seus principais desafios e possibilidades na abordagem junto aos pacientes e familiares, para a efetivação dos seus direitos. Como objetivos específicos foram colocados a necessidade de conhecer a política de saúde para o controle do câncer no Brasil; perceber como um diagnóstico positivo de câncer altera o cotidiano das famílias e identificar e analisar as ações do

¹ <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>, acessado em 05/05/2015

² Segundo Yamamoto (2009), o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ídeo-política dos indivíduos sociais. YAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 16ªed. São Paulo. Cortez. 2009.

Serviço Social durante o tratamento oncológico, tanto com os pacientes quanto com as suas famílias.

Para atingir tais objetivos inicialmente foi pensada a possibilidade de fazer entrevistas com a assistente social de um hospital onde existe este tipo de atendimento, situado na capital do Estado, porém, diante das dificuldades de respostas surgidas no decorrer percurso trilhado para confecção desta monografia, optou-se pelo trabalho baseado em revisões bibliográficas e análise documental sobre o tema em estudo. Desta forma, foram pesquisados artigos, dissertações e teses que versassem sobre os assuntos: oncologia, família, serviço social, e direitos sociais, bem como portarias, normas, e demais marcos legais que tratam desta matéria. .

Esta monografia é dividida em três capítulos consoante descrito a seguir.

O primeiro capítulo trata da política de saúde para o controle do câncer no Brasil, através de uma linha histórica abordando ações, programas e políticas para o controle do câncer dentro da história da saúde pública brasileira e fazendo um recorte sobre essas ações e políticas na Bahia.

O capítulo dois vem tratar em seus tópicos sobre o câncer na vida de uma família, a partir do descobrimento da doença, passando pelas maneiras de enfrentamento que cada família adapta ao seu cotidiano e finaliza abordando o papel da família junto ao paciente com câncer, como essa família se comporta perante o doente oncológico, quais as reestruturações feitas na família para suprir a função que antes era de competência do ente que está impossibilitado, como são superadas as dificuldades psicológicas, econômicas e sociais vividas nesse momento.

O terceiro capítulo aborda a atuação do Serviço Social na saúde, fazendo um recorte histórico acerca da atuação do profissional nesse campo e depois seguindo para a atuação do assistente social em oncologia.

Por fim as considerações finais com os comentários e conclusões, possíveis, construídas através das reflexões embasadas no estudo como um todo.

Caracterizando-se como pesquisa qualitativa, o trabalho foi desenvolvido através de análise documental, extraindo destes documentos aspectos relevantes para o objeto deste trabalho monográfico. Para uma melhor elucidação foram categorizadas as questões encontradas no material pesquisado e a partir daí construir e tentar responder as questões existentes.

1. Política de saúde para o controle do câncer no Brasil

Neste capítulo, será realizado um resgate histórico da política de saúde brasileira, em especial a política de controle do câncer no Brasil. Em seguida será abordado como esta política se configura no Estado da Bahia, destacando a Liga Baiana Contra o Câncer – LBCC, bem como outras instituições que atuam com pacientes oncológicos, a exemplo do hospital Santa Izabel, Aristides Maltez e outros.

1.1. As ações, programas e políticas para o controle do câncer dentro da história da saúde pública brasileira.

Com o processo de modernização e ampliação, citado por Teixeira e Fonseca (2007), pelo qual passou a medicina, no século XIX, mais especificamente na década de 1880, houve o surgimento dos estudos sobre o câncer. Os primeiros artigos publicados no Brasil foram do Rio de Janeiro e São Paulo. Esses artigos, falavam sobre cuidados paliativos, casos clínicos, novas técnicas de cirurgia e a possibilidade da doença ser contagiosa, a dúvida sobre a possível contagiosidade do câncer, por diversas vezes excluiu pacientes do convívio na sociedade. Nessa mesma época houve um aumento na publicização de casos nos países da Europa e nos Estados Unidos, o que fez com que a maioria dos congressos sobre saúde tivesse o câncer como tema central das discussões.

Muitos dos médicos brasileiros, demonstravam interesse sobre o assunto para ter possibilidade de pertencerem ao cenário internacional e assim por muitas vezes não visualizaram que com as participações nesses eventos eles poderiam colaborar com uma possível erradicação de um problema de saúde que ainda estaria dando seus primeiros passos no Brasil. Na publicação do Ministério da Saúde, intitulada De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil (2007), somente a partir de 1910 é que houve um maior interesse pela doença, justamente por ter havido, em um curto espaço de tempo, um aumento significativo nos casos de câncer no país. Com esse aumento no número de casos, houve também uma crescente na dúvida sobre a probabilidade de transmissão do câncer entre pessoas. E a partir da década de 1920, o câncer passa a ser encarado como um problema de saúde pública, mas os órgãos responsáveis pela saúde no país estavam com o foco voltado para as epidemias que assolavam o país. Somente com a criação do Departamento

Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a revolução na saúde feita pelos novos sanitaristas, com formação em universidades norte-americanas, é que houve uma preocupação com as novas doenças que estavam surgindo no país e assim o câncer passou a ser um dos assuntos de interesse da saúde pública no país. A luta contra o câncer passa a ser baseada, a partir desse momento, no diagnóstico precoce e no tratamento. Tornou-se um objeto da saúde pública por ser visto como um mal prevenível. O DNSP trouxe também a possibilidade de elaboração de acordos entre associações ou estabelecimentos privados junto com o Governo, no intuito de fundar um instituto de câncer, para elaboração de pesquisas experimentais e oferecimento de tratamento gratuito aos necessitados.

Teixeira e Fonseca afirmam que durante muito tempo o câncer ficou relegado a um plano inferior, na saúde brasileira, pois não havia recursos para concretizar as ideias trazidas por Azevedo, após sua temporada de capacitação na Alemanha e na França. Suas ideias consistiam na criação de centros regionais de tratamento com área hospitalar e ambulatorial e outra voltada para estudos sobre a doença, nesses centros também haveria de ter um serviço social, para fazer o acolhimento dos pacientes. No ano de 1922, surgiu a primeira instituição voltada unicamente para pesquisas e tratamento do câncer no Brasil, mais precisamente na cidade de Belo Horizonte. Ao voltar da Primeira Guerra Mundial, onde se apresentou como voluntário, o doutor Eduardo Borges da Costa impressionado com a medicina oncológica da Europa, se dedicou a criação do Instituto de Raduim de Belo Horizonte.

Na sua publicação de 2007, o Ministério da Saúde indica que em meados do século XX a elite econômica brasileira, viu na filantropia a possibilidade de investimento nas instituições de pesquisa ou tratamento de enfermidades específicas, que ficaram conhecidas como Ligas. As Ligas se caracterizavam por serem instituições filantrópicas médico-assistenciais e conjuntos de entidades civis criadas no intuito de promover resolutividades para problemas sociais. No campo da saúde essas ligas atuaram em diversas doenças, sempre buscando recursos para a criação e manutenção de instituições de cuidados com os doentes e para ações de educação sanitária e propaganda.

No que diz relação ao câncer, à criação das instituições filantrópicas foram inspiradas no modelo francês. O primeiro instituto brasileiro sem fins lucrativos começou a funcionar em 1921, na cidade de São Paulo. Cobrando dos pacientes com melhor condição social e prestando serviços gratuitos, era assim que funcionava o

Instituto Dr. Arnaldo como trazido no próprio site da instituição (www.doutorarnaldo.org), nome dado em homenagem ao seu idealizador. No ano seguinte, na capital federal do país, foi criada oficial e juridicamente a Fundação Oswaldo Cruz, voltado para o tratamento do câncer.

Segundo Teixeira e Fonseca (2007) o I Congresso Brasileiro de Câncer ocorre em 1935, no Distrito Federal, trazendo ao público as primeiras propostas para enfrentar a doença em nível nacional. Os objetivos do evento eram potencializar a ação da saúde pública em relação ao câncer e chamar atenção das autoridades para o Hospital do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz, que estava passando por uma séria crise financeira, o que poderia levar ao seu fechamento. Ainda na década de 1930, Mario Kroeff, estava com a sua atenção voltada para a necessidade do diagnóstico precoce da doença, aos avanços da radioterapia e ao importante papel da cirurgia, que já havia sido feita em vários pacientes e os resultados haviam sido positivos. Diante da sua grande participação na caminhada contra o câncer, principalmente trabalhando com os pacientes incuráveis e a campanha para o diagnóstico precoce, em 1941, o Governo Federal transforma o Centro de Cancerologia em um serviço de abrangência nacional, o Serviço Nacional de Câncer (SNC). Este Serviço passou a ser o grande responsável pela elaboração de exposições, programas de rádio e por um filme com o objetivo de informar a população sobre quais seriam as formas de se proteger contra o câncer. O Centro de Cancerologia disponibilizava em seu serviço técnico: 40 leitos, 01 ambulatório, salas de cirurgia, curativo e esterilização, aparelhagem radioterapia, diagnóstico de radioterapia, o que lhe conferia o título de centro de tratamento, mesmo que pequeno.

Com o acontecimento de uma nova reforma na saúde citada pelos autores Teixeira e Fonseca (2007), o ano de 1941 foi marcado pela criação de 13 serviços nacionais dentro do DNS, cada um desses serviços estava relacionado a uma doença. O Decreto-Lei Nº 3.643, de 23 de Setembro do citado ano, institui o Serviço Nacional do Câncer, este serviço era totalmente responsável pelos assuntos que envolviam a doença nas pautas da saúde pública, o Ministério lhe conferiu um perfil de líder contra a doença, voltada sempre para a prevenção, com base no diagnóstico precoce; estudos epidemiológicos; e a luta para que iniciativas locais recebessem auxílio federal, no intuito da criação de unidades de tratamento dos doentes. No primeiro ano de fundação o SNC se limitou a fazer um levantamento epidemiológico sobre a doença nas

principais capitais do país, pois não havia recursos suficientes para a expansão das atividades que já eram desenvolvidas pelo Centro de Cancerologia.

Em meados da década de 1940, segundo Teixeira e Fonseca (2007) o então presidente Getúlio Vargas, solicitou que fosse feito um projeto de ação contra o câncer, em nível nacional. Tal projeto foi intitulado de Rede Nacional Contra o Câncer, que conjecturava a criação de 2.352 leitos totalmente voltados para pessoas acometidas pelo câncer, fazendo proveito de instituições já existentes no país, ficando assim sob responsabilidade das faculdades de medicina de cada estado, havia ainda a pretensão de elaborar um instituto nacional de câncer e outros centros anticâncer, também vinculado às faculdades de medicina, sob controle e fiscalização do SNC. Tal proposta tinha a intenção de utilizar as instituições já existentes em Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul e São Paulo; e as que estavam para serem inauguradas em Pernambuco e Ceará. Mesmo com esses projetos o Ministério da Educação e Saúde, tinha outras prioridades, como doenças que estavam com maiores números de incidência que o câncer, como a febre amarela e a malária. Ao aderirem à Campanha Nacional Contra o Câncer, as instituições de São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia e o de Belo Horizonte, foram designadas a ações específicas contra a doença. As ligas da Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul priorizavam a divulgação da importância da prevenção e procuravam meios de obter fundos para a construção de centros e hospitais de cuidados paliativos; o Instituto de Belo Horizonte, fazia tratamentos radioterápicos, cirurgias e conservava leitos para pacientes.

Somente em 1944, houve a regulamentação da SNC, segundo Teixeira e Fonseca pelo Decreto-Lei N° 15.971 de Julho de 1944, que particularizava sua estrutura, objetivos e formas de atuação. Só no ano seguinte é que se dá a institucionalização das vertentes do SNC, a Seção de Controle e o Instituto do Câncer. A Seção amplia a capacidade nas políticas de saúde e o Instituto coloca em andamento a ampliação e modernização das atividades, transformando-se mais tarde no mais importante centro de tratamento e pesquisa sobre o câncer na América Latina.

No ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, desagregando-se assim do Ministério da Educação. Para o novo ministério foi determinado apenas 1/3 dos recursos que antes lhe era direcionado. Para a política de controle de câncer, a criação do ministério não interferiu muito, houve apenas uma troca na direção do SNC, deixando de ser Kroeff para ser Antônio Prudente Moraes, e um ano mais tarde Ugo Pinheiro Guimarães. Nesta mesma época a saúde passa a ser pensada como sanitarismo

desenvolvimentista³, contrapondo assim a ideia de saúde que era pregada no país, que eram as campanhas contra doenças e o uso de tecnologias nesse combate. Já para os sanitaristas desenvolvimentistas a qualidade de saúde caminharía junto com o desenvolvimento econômico do país ou região. Assim então, a década de 1950 foi marcada pelos avanços científicos no campo da imunização e destruição de vetores e ainda pelo incentivo de instituições internacionais de saúde como a OMS. Nesta época a visão que tinham sobre a saúde refletia sobre o câncer, definindo ele como um problema de saúde pública, que poderia ser controlado na base da prevenção. Essa concepção foi bem aceita pelos cancerologistas brasileiros. Assim era visível que o controle do câncer estava passando por uma forte ação do Estado que supervisionava e orientava as instituições privadas, dando recursos e fazendo manutenção nos centros de referência.

O entrosamento integral da ação oficial e da iniciativa privada, muito particularmente a de caráter filantrópico, não constitui, por certo, originalidade de organização anticancerosa brasileira [...] a ação isolada, digamos, monopolizadora, seria impraticável entre nós, dada a extensão da campanha e a reconhecida impossibilidade material do governo em arcar com todo o ônus inevitável. [...]

A ação oficial isolada, digamos monopolizadora, seria impraticável entre nós dada a extensão da campanha e a reconhecida impossibilidade material do governo em arcar com todo o ônus inevitável.

Um ou outro governo estadual considerou vantajoso constituir organismos locais próprios. Entretanto, a tendência geral foi a de prestigiar a obra das organizações privadas que se fundaram. Esta mesma ação oficial estadual, quando existente, procura, atuar em cooperação com a entidade privada filantrópica que funciona no Estado. [...]

Contam-se atualmente entidades privadas voltadas para a luta anticancerosa em todos os estados da federação complementando a ação governamental. A todos, o Ministério da Saúde através do SNC, fornece ajuda financeira e técnica (GUIMARÃES *apud* TEIXEIRA (2007)).

A relação do Governo Kubitschek (1955-1960), com o controle do câncer ganha destaque pela maior destinação de recursos para o SNC, o que possibilitou uma ampliação de verbas para as instituições privadas filantrópicas ou dos estados que eram vinculados ao Serviço. Com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social

³ A ideia central de seus defensores era de que o nível de saúde de uma população estava relacionado diretamente ao grau de desenvolvimento econômico de sua região ou país. Assim, as medidas sanitárias só seriam efetivas quando acompanhadas de um processo mais amplo de desenvolvimento.

permitiu-se o aumento de gastos com a medicina hospitalar. Outro fato de grande relevância neste governo foi a inauguração da sede própria do Instituto de Câncer. As novas instalações do Instituto proporcionou o título de maior instituição na luta contra o câncer na América Latina, exercendo ainda múltiplas funções no controle, pesquisa e formação profissional sobre a doença.

Durante o período ditatorial vivido no país, além das mudanças econômicas e sociais ocorridas houve ainda uma grande transformação nas condições de saúde da população. O conceito de sanitarismo desenvolvimentista foi amplamente divulgado e utilizado pelo então ministro da saúde - Souto Maior-, fazendo com que a saúde ficasse subordinada a um possível projeto de desenvolvimento nacional, baseado em reformas estruturais da sociedade com uma distribuição da riqueza nacional de forma mais igualitária. Com o acontecimento da II Conferência Nacional de Saúde (CNS), houve uma grande discussão sobre a centralização de poder do Ministério da Saúde e a necessária adoção da descentralização da gestão da saúde, dando poder aos municípios para gerirem os serviços de saúde. A III CNS foi considerada um marco na política de saúde, pois as discussões ali feitas basearam durante anos as propostas de mudanças na saúde, como a gestão democrática na saúde, surgindo assim a ideia de um sistema mais universal e igualitário para a saúde dos brasileiros.

Os projetos do novo governo não eram compatíveis às discussões feitas na III CNS, o governo priorizaria a prática médico-hospitalar e a compra de serviços privados por meio da previdência social. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social houve uma concentração dos recursos com a justificativa de que facilitaria a ampliação da cobertura dos serviços médicos. O INPS ficou responsável então pela compra dos serviços médicos privados. A política para controle do câncer passava pelo mesmo processo que a saúde em geral, os cancerologistas lutavam para mostrar que somente o tratamento hospitalar era insuficiente para uma política contra o câncer, havia que se priorizar a questão voltada para a economia e o social.

No ano de 1967, foi instituída pelo Decreto Nº 61.968 a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) citada por Teixeira e Fonseca (2007). Diversas instituições constituíram a Campanha, algumas foram criadas com essa finalidade e outras já existiam, entre elas estão: a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos (fundada por Mario Kroeff); a Associação Paulista de Combate ao Câncer (por Antônio Prudente); a Liga Baiana Contra o Câncer (por Aristides Maltez); a Liga Paranaense Contra o Câncer (por Ernesto Gaetner); o Núcleo de Combate ao Câncer de Maceió (por

Ib Gatto Falcão); e a Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central (por Mário Palmério). A CNCC foi inaugurada em 1968, com o objetivo de:

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, ação social e de recuperação relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência (BRASIL. Decreto 61.9688, de 22/12/1967)

Mesmo com um orçamento mínimo a Campanha iniciou trabalhos em vários estados e várias entidades privadas receberam auxílio da campanha. Houve ainda um aumento expressivo nos recursos que eram repassados pelo SNC que se destinavam à manutenção das instituições entre os anos de 1968 e 1969. A CNCC incentivou a Campanha Educativa Social que visava alertar a população médica e leiga para os recursos disponíveis; para os avanços no tratamento da doença; e ainda para a possibilidade de prevenção a partir da educação higiênica.

Com Leonel Miranda, empossado como ministro da saúde e a instituição do Plano Nacional de Saúde (PNS), é dado início a uma nova era na saúde do país. A PNS estimulou a ação no campo da saúde como um investimento financeiro [...]o PNS deve ser visto como o instrumento político que tentou adequar o setor saúde à nova política de desenvolvimento nacional, respaldado na retomada do dinamismo da iniciativa privada (BODSTEIN apud TEIXEIRA, Luiz Antônio. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007, p. 117). À época o Ministério da Saúde priorizava a medicina assistencial em detrimento da dita saúde pública.

Com a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), em 1969, um novo contexto foi apontado na saúde pública, havia autonomia administrativa e financeira, ficando responsável por atividades que tinham como objetivos a erradicação e o controle de endemias. Esse processo favorecia e fortalecia a assistência médica e a privatização da saúde, e para fortalecer-ló ainda mais, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e aprovado o Plano de Pronta Ação (PPA) e anos depois ainda seria criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), esses caminhos tomados fortaleceram a separação entre o Ministério da Saúde e sua abrangência na saúde pública. Assim a previdência ganhava peso como política pública prioritária de saúde.

Os cancerologistas⁴ do INCA ficaram preocupados, quando Leonel Tavares se tornou o ministro da saúde, pois o PNS formulado, à época, previa a privatização de órgãos públicos, a partir de contratos. Nesse momento o ministério colocava em cheque se o câncer era mesmo uma questão de saúde pública, alegando que a doença poderia ser vista como um problema de saúde individual, pois não era uma doença endêmica, nem transmissível.

Leonel Miranda modificou a filosofia da política de saúde do Governo [...]. Todos os serviços criados sob a égide da estatização foram privatizados, ficando extremamente ociosos.

(...) instalamos um estado de beligerância dentro da instituição. Fazíamos assembleias permanentes e publicações nos jornais combatendo o Ministro. [...]. Foi sem dúvida uma fase negra para a instituição, pois não havia verba para sua manutenção nem por parte do Ministério da Saúde nem, tampouco, do Ministério da Educação e Cultura (FRAUZINO *apud* TEIXEIRA (2007).)

Em 1975, foi criado o Programa de Controle do Câncer (PCC), trazendo como justificativa o elevado número de casos de câncer no país, o programa foi efetivado entre os anos de 1976 e 1980, tendo sua atuação voltada para medidas de detecção através do diagnóstico precoce. O programa ainda instituía comissões locais e regionais para a ação integrada no combate à doença, e oficializou a universalização dos procedimentos feitos contra o câncer na Previdência Social. Foi na década de 1970 que o câncer ganhou relevância política participando, assim, da agenda de prioridades da saúde e se fortaleceu como problema público.

Na década de 1980, deu-se sequência aos avanços alcançados na década anterior. Logo no início da década foi realizada a VII CNS, tendo como debates que se destacaram a questão da regionalização e organização de serviços básicos como os serviços especializados no sistema de saúde; e a participação da população leiga. Depois de seis anos foi realizada a VIII CNS, tida até os dias de hoje como um dos marcos mais importante na história da saúde pública brasileira. Houve nesta conferência uma expressiva participação popular, ali foram firmadas propostas para criação de um sistema único e descentralizado de saúde, que garantisse o acesso universal da

⁴ Outra nomenclatura além de oncologista, utilizada para designar aquele que estuda e trata o câncer. Estuda os tumores malignos e o seu desenvolvimento para assim aplicar o melhor tratamento para o paciente oncológico.

população à saúde; formularam-se embasamentos para a Reforma Sanitária, que teve seus princípios incorporados a nova Constituição Federal Brasileira, que seria promulgada 02 anos após a realização da VIII CNS. Ainda nesta década, o INCA se fortalece e passa a ser uma referência institucional nos mais diversos campos da cancerologia.

No final dos anos 1980, segundo Teixeira e Fonseca (2007) as preocupações com o câncer ganharam novas dimensões e características. Sabendo-se da necessidade da prevenção e das ações básicas, e de buscando a integração dos diferentes subsistemas de saúde em andamento, o câncer passou a ser visto como um problema de maior amplitude, não podendo restringi-lo ao âmbito das ações curativas de alta complexidade e a campanhas unicamente dirigidas a populações específicas. O controle do câncer passou a ser baseado a partir da prevenção, da detecção precoce e da integração dos serviços.

A criação da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (CONTAPP), em 1996, tinha por objetivos a capacitação de profissionais; desenvolvimento de pesquisas; elaboração de livros didáticos, folhetos, cartazes e adesivos sobre o assunto; assessoramento técnico nos projetos de lei relacionados ao tabagismo; e participação em congressos de todas as áreas de conhecimento sobre o tema. A partir do ano 2000, o INCA, por Decreto Presidencial Nº 3.496, passou a ter competência para desenvolver ações nacionais de controle do câncer, o que tornou referência nacional na prestação de serviços oncológicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com isso foram criados 04 Hospitais do Câncer e um Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

A história recente do Brasil, conta com duas políticas sobre a oncologia. A primeira que foi instituída pela Portaria Nº 2.439/GM de 8 de Dezembro de 2005, tendo por nome Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Sendo obrigatória a articulação entre Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, dos estados e municípios.

A segunda, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é instituída em 16 de Maio de 2013, sob a Portaria Nº 874. O objetivo desta nova política é:

a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (Art. 2º, Portaria N° 874, 16 de Maio de 2013).

Assim observamos que a segunda política é o complemento da primeira, principalmente pelo fato de que durante décadas a responsabilidade pelas pessoas acometidas pelo câncer estava nas mãos de entidades filantrópicas ou privadas que contavam apenas com um repasse financeiro do governo, mas esse não se responsabilizava pelos serviços necessários aos pacientes oncológicos.

Das considerações da política instituída em 2005, podemos destacar as seguintes:

Considerando as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer;

Considerando a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS (BRASIL, Portaria N° 2.439/GM de 8 de Dezembro de 2005).

É visível que o Governo Federal pelos poderes conferidos ao ministro da saúde, à época, Saraiva Felipe, busca o início da formalização da oncologia no Brasil. Através do planejamento de ações e de formas de gestão, estabelecendo diretrizes para a atenção oncológica e a responsabilização do cuidado por meio do Ministério da Saúde articulado com o SUS.

A mais recente publicação do INCA que faz uma estimativa sobre o câncer no Brasil diz que:

[...]é incontestável o fato de que hoje, no Brasil, o câncer é um problema de saúde pública e, por isso, seu controle e prevenção devem ser priorizados no país. Assim, foram incluídas ações de controle de câncer entre os 16 Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011-2015, com destaque para as ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero, assim como a publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (INCA, 2014).

1.2. Atenção ao tratamento de câncer na Bahia.

A Bahia tem grande destaque na história brasileira na luta contra o câncer, desde a fundação da Liga Baiana Contra o Câncer (LBCC), em 1936 por uma das pessoas com maior representatividade da medicina baiana, na época. Tendo como primeiro nome Instituto de Câncer para a Bahia, o objetivo era o atendimento de mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero. Após três anos do início das obras da sede da Liga, o fundador Aristides Pereira Maltez veio a óbito, e em sua homenagem, os seus seguidores denominaram o nome de Hospital Aristides Maltez – HAM.

Como disposto no seu sítio⁵, desde a sua fundação a LBCC (mantenedora do HAM) segue a mesma filosofia, que é a atenção prioritária aos pacientes carentes portadores de câncer no estado da Bahia. Nos dias atuais, todos os atendimentos do HAM são realizados pelo SUS.

Sendo uma das entidades brasileiras mais antigas que trabalha no propósito do combate às neoplasias, a LBCC tem atuação em inúmeras áreas, sendo algumas delas: a educação, ensino, pesquisa; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; a prevenção; o acompanhamento; há também o incentivo ao voluntariado, a formação de profissionais e o contato entre órgãos estatais na busca de aliados na luta para combater à doença.

A LBCC disponibiliza em seu site, www.lbcc.org.br/, boletins estatísticos que trazem os números de todos os setores do hospital. A edição mais recente disponibilizada é a do mês de Março de 2014. Nesse boletim constam números sobre a quantidade de novos atendimentos realizados no Hospital Aristides Maltez, especificando-os pelo tipo de neoplasia. Analisando brevemente tal documento é possível perceber que os índices de câncer de mama feminina e de próstata são os com

⁵ www.lbcc.org.br/

números mais elevados, sendo 129 e 122 casos, respectivamente. Podemos assim concluir que 35% dos casos que são atendidos no HAM se resumem a apenas dois, dos quatorze tipos de câncer citados no boletim.

Outro hospital tido como referencia no tratamento do câncer na Bahia é o Hospital Santa Izabel (HSI). Originado dos Hospitais de Caridade, a fundação do HSI baseou-se na criação das Santas Casas de Portugal. Passando por diversas dificuldades entre os anos de 1814: ano que foi feita a doação do terreno para a construção do ovo hospital; 1822: período de grande instabilidade política no Brasil, por ter sido o ano da concretização da independência do país; 1823 quando após muitas lutas a Bahia consegue expulsar as tropas portuguesas de seu território; até 1893 quando finalmente é inaugurado, no dia 30 de Julho do citado ano, o novo Hospital da Santa Casa, recebendo o nome de Hospital Santa Izabel.

O setor de oncologia do HSI faz uma média de 1400 atendimentos mensais, segundo informações disponíveis em sua plataforma digital (www.hospitalsantaizabel.org.br/), garantindo aos seus pacientes a possibilidade da realização de todo o tratamento em suas dependências, indo desde as consultas clínicas, passando pela cirurgia, a radioterapia e tratamento quimioterápico até a internação, oferecendo ainda aos pacientes que fazem parte do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), apoio social através da permanência em casas de apoio, dos pacientes e seu acompanhante, durante todo o decorrer do tratamento. O HSI possibilita ainda, à comunidade médica, a residência em Oncologia Clínica, visando à formação de novos profissionais capacitados para lidar com a doença.

O estado da Bahia ainda conta com outras instituições que visam à prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle do câncer para a população. Algumas dessas instituições são o CICAN que tem seu foco principalmente na prevenção do câncer de colo de útero, mama e próstata; o ION especializado na prevenção e tratamento do câncer e ainda o NOB oferecendo consultas e tratamento quimioterápico e ainda acompanhamento durante o tratamento e pós-tratamento. Outros hospitais com instalações no interior do estado, que fazem atendimento oncológico são: Hospital Dom Pedro de Alcântara/Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana, localizado na cidade de Feira de Santana; Hospital São José Maternidade Santa Helena/Santa Casa de Misericórdia, em Ilhéus; Hospital Calixto Midlej Filho e Hospital Manoel Novaes, em Itabuna; Hospital Regional de Juazeiro, em Juazeiro; Hospital Municipal de Teixeira de

Freitas, em Teixeira de Freitas; Hospital Geral de Vitória da Conquista e Conquista Assistência Médica Ltda, em Vitória da Conquista.

2. Câncer e família

Neste capítulo trataremos sobre as etapas de descoberta e enfrentamento do câncer analisando quais são as maiores mudanças ocorridas na vida das pessoas acometidas pela doença. Em seguida faremos uma breve conceituação sobre a família contemporânea e destacaremos a importância da participação familiar em todas as etapas do tratamento do paciente oncológico.

2.1. Descobrendo e enfrentando a doença

A palavra câncer é de origem latina e quer dizer caranguejo. O tumor maligno tem este nome porque se infiltra nos tecidos saudáveis como as patas (apêndices) do crustáceo. A doença é também conhecida pela palavra “neoplasia”, de origem grega, formada por “neo + plasis” que significa “nova proliferação” (Liga Baiana Contra o Câncer; sem ano).

Pode-se compreender o câncer como o crescimento desordenado das células no corpo humano. O INCA propaga que existe cerca de 100 doenças que são denominadas de câncer pelo fato delas serem causadas por essa disseminação desordenada de células. Podendo surgir em qualquer órgão do ser humano, em alguns casos ocorre a metástase, que se dá quando o crescimento dessas células não se concentra em apenas um local do corpo e espalha-se por outras regiões.

Nem todo câncer é maligno, esses se caracterizam pelo acúmulo de células cancerosas que formam tumores. Já o câncer denominado de benigno é nada mais que uma massa de células que se reproduzem lentamente e são parecidas com o órgão original, dificilmente os cânceres benignos causam risco de morte às pessoas diagnosticadas.

Mesmo com a quantidade de estudos em andamento e a grande variedade de tratamentos existentes ao redor do mundo, ainda hoje, é comum que pessoas diagnosticadas com câncer recebam essa informação como uma sentença de morte, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2014), muitos tipos de câncer podem ser prevenidos, evitando a exposição a fatores de risco comuns, tais como o fumo do tabaco. Além disso, uma proporção significativa de cânceres podem ser curados, por cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, especialmente se forem detectados precocemente⁶(tradução livre).

⁶ Cancer is the uncontrolled growth and spread of cells. It can affect almost any part of the body. The growths often invade surrounding tissue and can metastasize to distant sites. Many cancers can be prevented by avoiding exposure to common risk factors, such as tobacco smoke. In addition, a significant

[...] o câncer tem sido visto como uma doença cruel, intratável e misteriosa. Por ser algo que ataca, invade o corpo, o seu tratamento tem sido pensado como um contra-ataque, fazendo com que muitas vezes seja visto como algo pior do que a própria doença. Nesse tratamento, costuma-se usar metáforas tiradas da linguagem militar. Assim, a radioterapia é o „bombardeamento“ com raios tóxicos e a quimioterapia objetiva „matar“ as células cancerosas. (SONTAG apud SKABA, Márcia Marília Vargas Froés. Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica (Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2003, p.38.).

Receber o diagnóstico de um câncer acarreta em vários sentimentos, surge preocupação e inquietação pelo fato do futuro se tornar algo incerto. As crenças e culturas de cada diagnosticado muitas vezes influenciarão na maneira como ele vai encarar a doença, pois é comum que já esteja enraizado na mente das pessoas que o único destino possível para uma pessoa diagnosticada com câncer é a morte. Há ainda o grupo de pessoas com diagnósticos recidivos (metástase), que por vezes é ainda mais impactante que a primeira descoberta, pois muitos já vêm fragilizados emocional, psicológica, financeira e fisicamente.

Ao ser diagnosticado com câncer o paciente não será o único afetado pela notícia. Toda a sua família passa a compartilhar desse diagnóstico, partilhando assim dos mesmos sentimentos. O contexto familiar no qual o paciente está inserido passa a valorizar mais o presente do que fazer planos para o futuro, isso ainda é provocado pela visão de sentença de morte que as pessoas atribuem ao câncer. Não só vista como sentença de morte, é muito comum ainda hoje vermos pessoas que se recusam a pronunciar a palavra “câncer” procurando sempre alguma outra palavra que possam relacionar à doença. E sobre esse assunto o INCA traz na Revista Rede Câncer, nº 24, de Dezembro de 2013, o seguinte texto por Luiza Polessa, vice-presidente da SBPO-RJ:

Tabu vem do tempo em que doença era “sentença de morte”

[...] a dificuldade em falar a palavra “câncer” existe para os portadores da doença, seus familiares e a população em geral. A diferença é que uns enfrentam, enquanto outros recuam [...] ser mais ou menos escolarizado ou favorecido economicamente não muda o impacto que a palavra provoca nas pessoas. “O medo que o paciente e seus familiares têm da doença vai determinar a relação que se estabelece com a palavra. Pessoas mais velhas, que presenciaram casos para os quais a medicina não tinha resposta favorável, têm muita dificuldade não só de falar, mas também de ouvir a palavra”, informa. [...]“Os

proportion of cancers can be cured, by surgery, radiotherapy or chemotherapy, especially if they are detected early.

próprios médicos, muitas vezes, não nomeavam a patologia, que durante muito tempo era recebida como uma sentença de morte. Já pessoas mais jovens, que acompanharam um maior número de casos em que a doença foi curada, controlada, ou mesmo a morte não foi tão sofrida, têm menos medo de falar abertamente o nome „câncer“ [...] o tabu relacionado à palavra está menor por conta da divulgação da própria doença. Atualmente, profissionais da saúde, de outras áreas e a mídia falam em “câncer” abertamente. “Campanhas informativas e preventivas, associações de apoio a pacientes e familiares empregam a palavra em seus discursos, abordam diretamente o assunto. Essa tem sido uma grande contribuição na quebra de estigmas que a palavra carrega. Espero, para um tempo não distante, que todos, independentemente de idade, escolaridade e cultura, possam falar sobre câncer com menos temor e mais consciência.”

As mudanças provocadas nas famílias após o diagnóstico positivo podem ser chamadas também de estratégia de enfrentamento⁷. Algumas dessas transformações são perceptíveis pouco tempo depois do resultado dos exames e outras vêm como consequências das mudanças iniciais. Uma das transformações que pode ser percebida logo quando iniciado o tratamento quimioterápico são os efeitos colaterais do tratamento que podem levar a uma simples indisposição ou total desolamento com a vida. O tratamento quimioterápico infelizmente:

[...]ainda não detêm a capacidade de destruir somente as células cancerígenas, provocando, assim, um efeito sistêmico. Neste sentido, esse tipo de tratamento é vivenciado pelas mulheres como um período muito sofrido e desconfortável[...] (SALCI; MARCON, 2011, p. 181).

As mudanças físicas causam forte sensação de perda, principalmente em mulheres acometidas por câncer.

Dentre as inúmeras alterações que ocorre em seu corpo, ocasionando-lhes a sensação de perda, as mais significativas são aquelas relacionadas com a alopecia, e a mutilação da mama, visto que esta tem um significado representativo de beleza feminina e sexualidade (SALCI; MARCON, 2011, p. 182).

Outras mudanças que o descobrimento da doença traz é a preocupação com a qualidade de vida relacionada à alimentação, a prática de exercícios físicos e principalmente às relações sociais:

⁷ O termo enfrentamento vem do inglês *coping*, e está relacionado a uma variedade de respostas frente as situações estressantes; as quais são caracterizadas com base na vivência do indivíduo e em reações emocionais presentes; o indivíduo se comporta de forma a controlar ou reduzir os efeitos físicos, sociais e emocionais consequentes de tal situação. (PIMENTEL; OLIVEIRA; 2012)

A vivência de mudanças nos relacionamentos envolve os contextos de amizade, matrimônio e família. Com relação aos amigos, os relacionamentos mais consolidados permanecem e se fortalecem com o advento do câncer, proporcionando bem estar para a mulher e para a família, contudo, relacionamentos problemáticos ou superficiais muitas vezes não resistem, sendo excluídos do convívio familiar e às vezes tornam-se prejudiciais para a mulher do ponto de vista emocional. (SALCI; MARCON, 2011, p. 183).

Os tratamentos alternativos e a fé se tornam muitas vezes grandes aliados para enfrentar a doença e normalmente é uma das mudanças provocadas pelo diagnóstico positivo:

Ao buscarem a espiritualidade, parecem encontrar esperança na recuperação de seu ente querido, sendo este um ponto de referencia para os familiares, no sentido de se manterem fortalecidos para enfrentarem os obstáculos vivenciados durante todos os processos. (SALCI; MARCON, 2011, p. 184).

Essas estratégias de enfrentamento citadas acima são criadas por cada diagnosticado e suas famílias no intuito de minimizar os possíveis sentimentos (desesperança, sentimentos de abandono, ansiedade, baixa autoestima, depressão), que aparecem ao receber diagnóstico.

As estratégias de enfrentamento, nas doenças crônicas, tem papel mediador entre sujeito, saúde e doença. Ao tratar enfrentamento e doenças crônicas, e preciso considerar as implicações destas sobre o desenvolvimento e reações do paciente, da família, e de grupos sociais. Vários sentimentos manifestam-se comumente em pacientes com problemas crônicos, como sentimentos de abandono, desesperança, baixa autoestima, ansiedade, depressão. Além disso, os antecedentes e desencadeantes da doença, a interação, a avaliação e a resposta do individuo, em relação as ameaças ao seu bem-estar, podem moderar o impacto, frear, ou acelerar o desenvolvimento de um processo mórbido. (PIMENTEL; OLIVEIRA, 2012, p.518).

2.2. O papel da família junto ao paciente com câncer

Luiz Edson Fachin citado por Maluf (2010) afirma que

o compromisso com a cidadania impõe uma nova forma de caminho para o reconhecimento da formação familiar, e para tanto, amplia-se o entendimento do direito de família para além do estabelecido no Código Civil, valendo-se para tanto dos princípios instituídos pela Carta Constitucional, e pela formação jurisprudencial, para compreender e reconhecer a dinâmica dos novos tempos.

Partindo da premissa de que família é uma instituição privada que zela pelos direitos sociais dos seus componentes, mas compreendendo que essa é apenas uma das muitas definições atribuídas a família faremos aqui uma análise sobre a família e a sua atuação junto ao paciente com câncer.

Cada núcleo familiar da atual sociedade brasileira se configura de forma distinta. Há a família denominada de monoparental (quando há apenas uma figura para representar pai e mãe, seja ela de qualquer sexo); as famílias remontadas (quando não são frutos de um único casamento); as famílias formadas por avós, netos e tios; as famílias homossexuais e ainda muitas outras configurações. As famílias hoje não podem ser vistas e entendidas apenas pelos laços sanguíneos e matrimoniais, muitas vezes vizinhos e amigos se tornam a família de algum cidadão. Freitas, Braga e Barros (2010) definem família

[...] enquanto um processo de articulação de diferentes trajetórias de vida, onde se entrecruzam as relações de classe, gênero, etnia e geração. Além do lugar de reprodução biológica – e também social e afetiva -, é o lugar onde se entrecruzam as relações sociais fundadas na diferença dos sexos e nas relações de filiação, de aliança e coabitação” (LEFAUCHEUR, 1991, p.479).

As autoras citadas acima, também trazem instrumentos jurídicos com definições de família:

[...] nossa Constituição prevê como famílias a comunidade formada por qualquer um dos cônjuges e seus descendentes (artigo 226). O reconhecimento se dá pela união formada pelo casamento, a união estável entre um homem e uma mulher, incluindo, ainda, a possibilidade da família monoparental - ainda está ausente o reconhecimento das relações homoafetivas, mas acreditamos que estamos no caminho deste reconhecimento. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também define família como uma comunidade “formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes” (FREITAS; BRAGA; BARROS, 2010, p.26).

Esse é um dos conceitos de família, porém, vamos adotar o conceito ampliado de família, ou seja, pessoas que habitam sob o mesmo teto, como tem sido utilizado nas

políticas sociais (saúde, assistência, dentre outras), para viabilização de direitos sociais e intervenções profissionais.

Cada vez mais os cuidados para com o paciente oncológico têm sido transferidos para as famílias, deixando de ser uma obrigação única e exclusiva dos hospitais. Esse processo é efetuado com todo apoio do hospital, que instrui os familiares sobre todos os cuidados necessários aos seus doentes.

Mudanças no sistema de cuidado à saúde têm ocorrido como o objetivo de transferir os doentes com doenças crônicas avançadas do cuidado hospitalar para o cuidado ambulatorial ou domiciliar. Aumentando a responsabilidade familiar com o cuidado do membro doente. A família pode não estar preparada para assumir o cuidado, necessitando ser informada sobre a doença e o tratamento, além de receber instrução sobre habilidades técnicas para cuidar no domicílio (SANCHEZ; et al, 2010, p.291).

Como foi dito no tópico anterior, sabemos que um diagnóstico de câncer traz mudanças para a família como um todo. Uma dessas mudanças é justamente na parte financeira da família, e esse é um dos recursos que possibilitam ou não a transferência do paciente para a continuação do tratamento em casa. Os fatores psicológicos e sociais também influenciam, como analisado por Sanchez e outros (2010) “a disponibilidade de certos recursos materiais, sociais e psicológicos pode ter um papel crucial na decisão do familiar tanto em relação à continuidade do cuidado em casa, quanto à efetividade do resultado.”. Assim é preciso sensibilidade para reconhecer como e com o que serão feitos esses cuidados em casa, não se pode exigir resultados de uma família se ela não tem como arcar com o que lhe foi orientada.

O grupo de pessoas que está ali à frente do cuidado do paciente com câncer também carece de cuidados, esses cuidados recebem o nome de apoio social e aqui vamos empregar o conceito utilizado pela enfermagem familiar que define como “qualquer ajuda material, afetiva e emocional, considerando informações e pessoas com quem contar nos momentos de dificuldades.” (RODRIGUES, FERREIRA, CALIRI; 2013). O apoio social é para todas as pessoas que estão envolvidas nesse processo, ele vem como um estímulo para enfrentar as dificuldades que fazem parte do cuidado de um paciente de oncologia.

Quando a família percebe o apoio social, há um estímulo maior para o enfrentamento das dificuldades inerentes à doença e sua terapêutica, fato que justifica o papel fundamental do apoio, não somente na manutenção da saúde do doente, mas também na prevenção de

doenças da família. O apoio social, permite que as pessoas trabalhem suas emoções e sentimentos, aumentando seu bem-estar subjetivo, sua auto-estima e sua satisfação com a vida (RODRIGUES, FERREIRA, CALIRI; 2013; p.292).

A família com um diagnóstico de câncer positivo, entre seus membros, precisa passar por adequações para que a rotina não seja tão modificada por conta da doença. O(s) cuidador (es) do paciente oncológico passam a abrir mão de tarefas e atividades que faziam para assistir cada vez mais ao doente. Há ainda a questão das funções desempenhadas dentro do lar, se o doente era o maior provedor da casa e com o tratamento ele ficar impossibilitado para o trabalho, os membros da família terão que revezar entre cuidados e alternativas para suprir a falta daquela quantia financeira. Sabemos que a Constituição Federal Brasileira garante alguns direitos (como aposentadoria por invalidez e auxílio-doença) aos cidadãos acometidos por neoplasias malignas, mas os valores recebidos nem sempre são suficientes para suprir as necessidades de casa e custear o tratamento. As autoras Ferreira e outros (2010) trazem uma reflexão acerca dessa questão:

As atividades familiares necessitam ser modificadas ao longo da experiência do câncer, devendo cada membro se adaptar às fontes de tensão, às atividades restritas no dia a dia e ao aumento das responsabilidades e menor flexibilidade. A família une-se em torno de um objetivo comum: ajudar o familiar necessitado em tudo que for possível e estiver ao seu alcance. Para o doente, receber este apoio emocional e contar com a participação direta desses familiares em seu cuidado é de grande importância para o enfrentamento (FERREIRA; et al, 2010, p.273).

Mesmo com todos os cuidados e atenção que o familiar acometido por neoplasia necessita os cuidadores familiares não podem esquecer-se de si mesmos e também não podem querer fazer tudo pelo familiar doente, é necessário que ambos tenham o mínimo de liberdade possível para que possam atender a suas próprias vontades.

Para ajudar o paciente, os familiares estão dispostos a fazer qualquer coisa que venha a favorecê-lo, porque se sentem responsáveis e solidários pelo mesmo. Necessário se faz, entretanto, que satisfaçam suas próprias necessidades e permitam que o paciente assuma a sua própria responsabilidade (BIELEMANN; 2003; p.135).

Uma alternativa que as famílias buscam para dar uma vida mais digna ao seu familiar acometido por neoplasia e até para os próprios cuidadores são os cuidados paliativos. Geralmente procurado quando não há mais esperanças de cura para o

paciente, os cuidados paliativos são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

[...] consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2002).

Em publicação intitulada Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle da Dor (2002), o INCA traz que a medicina paliativa busca que o paciente e a família desviem “o foco de suas atenções da cura para a qualidade de vida.”, quando utilizado com pacientes oncológicos o caminho pra alcançar esse objetivo é através da minimização da dor, sendo essa dor em qualquer âmbito social, física e emocional.

Pacientes com doença avançada se deparam com muitas perdas; perda da normalidade, da saúde, de potencial de futuro. A dor impõe limitações no estilo de vida, particularmente na mobilidade, paciência, resignação, podendo ser interpretada como um “saldo” da doença que progride. (INCA, 2002, p.15).

Quando se percebe que nenhum tratamento mais será eficaz e as expectativas para a cura do paciente se findam os cuidadores passam por momentos de insegurança:

[...] quando a doença encontra-se em um estágio no qual os sintomas passam a se acentuar e a proximidade da morte aumenta, muitos familiares podem se sentir inseguros e até mesmo com medo de estarem sozinhos com o paciente no momento da morte. (INOCENTI, RODRIGUES, MIASSO; 2009; p.864).

As autoras do artigo “Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos”, publicado na Revista Eletrônica de Enfermagem trazem que muitas vezes quando o falecimento do paciente se torna mais próximo, as famílias optam pelo internamento hospitalar mesmo que grande parte do tratamento tenha sido em casa “Isto ocorre, porque na fase terminal há um aumento do estresse do cuidador devido à maior intensidade dos sintomas manifestados, o que gera uma ansiedade em relação à piora do seu estado de saúde e morte iminente.” (p.864).

Vemos que mesmo com todo o tempo que familiares/ cuidadores e pacientes oncológicos passam convivendo com o câncer não é suficiente para que a morte ou a iminência dela se torne um assunto fácil.

A elaboração do enfrentamento da morte e do luto é a etapa mais difícil para o paciente e a família, pois a assimilação da impossibilidade de cura é um momento muito doloroso e a aceitação desta condição dependem da conscientização da finitude humana (CAPELLO; et al, 2012, p.235).

Todas as formas de enfrentamento buscadas pela família ao decorrer do diagnóstico e tratamento, seja ele recidivo ou não, são maneiras de amenizar as mudanças que o diagnóstico positivo de neoplasia traz e preparar para enfrentar o falecimento do ente querido.

3. O Serviço Social na Saúde

Neste capítulo falaremos da atuação do Serviço Social na saúde. Abordando desde o início do trabalho nessa área, passando pelo período ditatorial no Brasil, o acontecimento do 8ª CNS, a nova CF, o advento do SUS e a Reforma Sanitária, trazendo sempre as mudanças que esses acontecimentos provocaram para a profissão. No segundo tópico trataremos sobre a atuação dos assistentes sociais no setor de oncologia trazendo quais são as técnicas utilizadas nos atendimentos aos pacientes e suas atribuições.

3.1. A Atuação do Assistente Social na Saúde

Segundo Carvalho, Alves e Araújo (2007), a atuação do serviço social na saúde se deu “no final da década de 60, período em que ocorreu a unificação dos Institutos de Pensão – IAPS e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.”, anos mais tarde de quando a OMS, em 1948, adota o conceito de que “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”. Ao incluir o bem-estar social ao conceito de saúde, o assistente social passou a atuar na mediação das relações entre instituições de saúde e usuários, já que nessa década a saúde ainda era de responsabilidade da previdência. Nos primeiros momentos a atuação desses profissionais se resumia a encaminhamentos; triagem; plantões e orientações em hospitais e laboratórios.

Quando o Brasil passava pelo Golpe Militar de 1964, os assistentes sociais e os estudantes do curso passaram a questionar as características conservadoras que fundamentavam a profissão desde o seu surgimento. A respeito do serviço social na saúde Netto (2011), traz a participação da profissão em equipes multiprofissionais. Essa possibilidade de trabalho com outros profissionais se deu por conta da renovação pelo qual passou o Serviço Social na época (durante e pós) a Ditadura Militar Brasileira:

[...] inserção do assistente social em equipes multiprofissionais nas quais, dado o caráter relativamente novo destas experiências entre nós, o seu estatuto não estava previamente definido como subalterno. Enfim, posta a natureza das experiências e dos programas, relacionava o assistente social com aparelhos administrativos e decisórios do Estado, situando-o ao mesmo tempo em face de novas exigências de alocação e gestão de recurso e de circuitos explicitamente políticos. (NETTO, 2011, p.137-138.).

Quando já na década de 1980, mais especificamente no ano de 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é tida até os dias de hoje como grande marco para a saúde brasileira:

[...] sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas - sendo mil delegados -, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento de sedimentação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final. (BRAVO, 2012, p.01-02).

Álvaro Nascimento coordenador do FIOCRUZ, no texto sobre a 8ª CNS traz os números correspondentes à participação popular na conferência, que foi um dos grandes diferenciais da história das CNS:

Superando todas as expectativas e estimativas feitas anteriormente, mais de quatro mil pessoas participaram da Conferência, em jornadas de discussão que duraram até 14 horas. Destes, mil eram delegados escolhidos e/ou indicados pelas instituições, organizações e entidades como seus representantes. [...] A distribuição de vagas entre as organizações da sociedade civil se fez da seguinte maneira: entidades, associações e órgãos de representação de produtores privados de serviços de saúde com 15% das vagas; entidades das diversas categorias de profissionais do setor saúde com 20%; sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais com 30%; associações de moradores com 10%; entidades comunitárias e outras entidades civis com 20% e partidos políticos com 5%. Quanto às outras instituições, a distribuição foi a seguinte: nível federal com 50% (Ministério da Saúde - 16%; MPAS - 16%; Ministério da educação - 8%; outros Ministérios e órgãos - 10%); nível estadual com 22%; nível municipal com 18% e parlamento com 10% (NASCIMENTO, sem ano, sem página.).

Como resultados a 8ª CNS apresentou a:

[...] implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas, o mais importante foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Levcovitz, 1997; Santos, 203). A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por

fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, que traria mudanças importantes para a saúde brasileira (JÚNIOR, SILVA, MEOHAS; 2010, sem página).

A Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988 e ainda vigente, traz uma das mudanças provocadas na sociedade a partir do acontecimento da 8ª CNS, em seu artigo 196 define:

A saúde e direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art.196).

Com o advento do SUS em 1990, que também foi uma conquista garantida pós a 8ª CNS, o serviço social passou a ter mais um espaço sócio ocupacional, ocasionado pelo aumento horizontal das subunidades de serviços e a uma maior divisão sócio técnica do trabalho (COSTA, 2000 *apud* CASTRO, 2009 p.95). Assim, como dito também por Castro (2009), a inserção do assistente social na saúde se deu no campo da promoção e proteção nos diferentes níveis do SUS (da atenção primária à quaternária) (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006), e em seus diversos âmbitos: hospitais, maternidades, UBS's, USF e no controle social da saúde.

Historicamente, a atuação do Serviço Social na área se deu no âmbito curativo e individual. Somente nas décadas de 1980-1990 houve a adoção da perspectiva da saúde como uma questão política, havendo um reconhecimento interno da categoria profissional em defesa do SUS e de seus princípios (CASTRO, 2009, p.96 *apud* MATOS, 2003).

Sobre a Reforma Curricular do Serviço Social ocorrida em 1982, CASTRO (2009) cita que:

[...] trouxe novas discussões para a área relacionada à sociedade, Estado, política social, instituição e prática profissional, e à Política Nacional de Saúde. A análise do exercício profissional passou a ser feita sob o ponto de vista das relações econômicas e políticas do capitalismo. (CASTRO, 2009, p.96).

Com essas novas discussões trazidas pela reforma foram possíveis novas maneiras de ver e agir do assistente social para com a população.

Visualiza-se, neste período, por parte dos profissionais da área, maior postura crítica e investigativa nos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) de 1985 e

1989; presença nos anais dos Congressos de Saúde Coletiva; formulação de uma proposta de intervenção para o Serviço Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pelas entidades profissionais; e articulação do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) com outros conselhos profissionais da área da saúde (CASTRO, 2009, p. 97 *apud* MATOS, 2003).

A década de 1990 para o Serviço Social é marcada por diversos acontecimentos e caracterizada por Matos (2003) como um período de avanços políticos, institucionais e acadêmicos construídos pelo conjunto de profissionais situados na tendência “intenção de ruptura”. (CASTRO, 2009).

No aspecto institucional ocorreu a promulgação do Novo Código de Ética Profissional de 1993 e da Nova Lei de Regulamentação da Profissão – Lei nº 8.662/93 -, na defesa de valores como a liberdade, a democracia e a qualidade dos serviços prestados à população. Ocorreu também o protagonismo da categoria profissional no processo de luta na construção da política pública de assistência social. E em 1996 foram aprovadas as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social. A citada Lei 8.662/93 trata o Serviço Social com profissão liberal, dispõe sobre o exercício profissional e as competências e atribuições privativas dos assistentes sociais e sobre as entidades de fiscalização da categoria - Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) (CASTRO, 2009, p.97).

O CEP traz 11 princípios fundamentais para a profissão, podendo ser destacados, prioritariamente para este trabalho os que seguem: Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes; Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; Compromisso com a

qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; (CFESS, 2011, p.23-24).

O Conselho Federal de Serviço Social, através de sua Resolução N.º 383/99 de 29/03/1999, reconhece o assistente social como profissional da saúde, reforçando o estabelecido pelo Conselho Nacional de saúde na Resolução N.º 218, de 06 de março de 1997.

Além dessas resoluções o Conjunto CFESS/CRESS, protagonizaram a construção dos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na política de saúde, importante instrumento para qualificar a atuação da categoria no campo da saúde.

Sabe-se, ainda, que os assistentes sociais têm que basear as suas ações a partir da realidade dos sujeitos que passam pelo seu atendimento, na publicação do CFESS (2010) é trazida uma citação de Miotto (2006) sobre como se caracteriza a ação profissional “se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas.” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006 apud MIOTTO, 2006).

Cinco conceitos são empregados pelo CFESS (2010) como fundamentais para a atuação dos assistentes sociais na saúde, eles são:

- Concepção de saúde;
- Integralidade;
- Intersetorialidade;
- Participação social;
- Interdisciplinaridade.

A concepção de saúde trazida pelo documento do CFESS é:

[...] melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p.19).

Integralidade é trazida por Matos através do que a CF institui:

Poderíamos dizer, numa primeira aproximação, que é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, 1988, art. 198). (MATOS, sem ano).

Rodrigues cita Bidarra ao trazer o conceito de intersectorialidade “é identificada como uma articulação de saberes e experiências, no movimento do planejamento, da implementação e da avaliação de políticas públicas, com vistas a alcançar melhores níveis de desenvolvimento.” (Bidarra, 2009 *apud* Rodrigues, 2011)

As autoras Costa e Vieira (2013), distinguem dois projetos políticos para a participação social no país e por consequência na saúde, o primeiro é o neoliberal “busca garantir o Estado Mínimo, diminuindo a sua presença e transferindo responsabilidades, principalmente da área social, para a Sociedade Civil.”. E o segundo seria o projeto político em que elas citam Benevides

[...] nasce da luta contra a ditadura militar, que nos anos 80 se mobiliza pela redemocratização do Estado, propondo a participação da sociedade nas tomadas de decisão. Nessa perspectiva, a participação social se aproxima do conceito de “cidadania ativa,” ou seja, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, especialmente como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (BENEVIDES, 1994 *apud* COSTA; VIEIRA, 2013).

Sobre o último conceito citado na publicação do CFESS (2010), a interdisciplinaridade é entendida por Cavalcanti e Carvalho como:

[...] a interdisciplinaridade coloca-se na área da saúde como uma exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho – a saúde e a doenças em seus múltiplos aspectos- envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (CAVALCANTI, CARVALHO; 2010; p.194).

Uma das bandeiras levantadas pelo serviço social é a do projeto de Reforma Sanitária, surgido na década de 1970. Esse projeto desde a década de 1990 entra em confronto com o projeto da privatização da saúde e durante esse tempo vem perdendo algumas batalhas. O primeiro projeto tem como fundamentos:

[...] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a

democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (CFESS, 2010, p.19).

E como principal proposta “a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.” (CFESS,2010). Já o segundo projeto citado tem como diretrizes:

[...] a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contrarrevolução (GUERRA, 1998) ou contrarreforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais. (CFESS,2010, p.20).

Diante dos dois projetos referidos a cima, podemos dizer que com o grande avanço que a proposta da privatização está obtendo nos governos políticos atuais, um dos grandes desafios do serviço social na saúde é o que está se configurando como nova política de saúde, pois afetará diversos aspectos do seu trabalho. Sobre essa questão a publicação do CFESS (2010) traz:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS,2010, p.23).

Na luta pela concretização da Reforma Sanitária, o serviço social busca parcerias com os movimentos sociais e os demais profissionais de saúde, para que possam ser atingidas a idealização feita e a premissa básica do projeto, defendida pelo CFESS (2010) „saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).”.

3.2 Os desafios e perspectivas na atenção aos pacientes oncológicos e suas famílias.

O trabalho do assistente social pode ser analisado a partir de três dimensões, que surgiram através das mudanças históricas encaradas pela profissão. Sobre isso Farias (2007) afirma que

O serviço social passou por mudanças, as quais aborda-se em três dimensões: a primeira diz respeito às alterações do mercado de trabalho e das condições de trabalho desse profissional; a segunda refere-se às novas demandas que foram postas à profissão, como é o caso da oncologia e a terceira relaciona-se à identificação da direção das respostas a tais demandas.(FARIAS, 2007,p.100).

Ateremo-nos aqui a falar sobre a segunda dimensão, que são as novas demandas para o serviço social, com enfoque no trabalho realizado na área da oncologia.

Um dos primeiros passos no atendimento do paciente oncológico feito pelos assistentes sociais é justamente tirá-lo da situação de passividade em que, muitas vezes, os familiares os colocam, quando não os deixam decidir sobre o tratamento ou até escondem a doença, tomando assim as rédeas da vida do cidadão. É necessário que este sujeito continue ativo e ciente dos seus direitos como cidadão portador de neoplasia.

É preciso enfatizar o papel do (a) assistente social na constituição do paciente como indivíduo que vive o processo de doença, ao ter acesso aos serviços de saúde, entre um ser político, que possui direitos, e o seu corpo doente; e ainda refletir até que ponto o fazer cotidiano do Serviço Social corrobora com o que Antunes chama de “suspensão do exercício pleno da cidadania” do indivíduo doente, analisando como esse profissional se posiciona frente à realidade de um usuário que busca os seus serviços, na tentativa de obter uma resposta humanizada no campo da saúde. (FARIAS, 2007, p.100).

Ao assistente social é fundamental conhecer e a família, saber quais são os anseios e dúvidas que permeiam aquele círculo familiar, assim Identificar quem são essas famílias, quais as dificuldades que apresentam, quais são suas dúvidas e questionamentos e em que contexto cultural, social e econômico se inserem, constitui um dos seus trabalhos na saúde. (SILVA, 2010, p.140).

O atendimento ao paciente com câncer é feito através de uma equipe multidisciplinar, onde se encontram médicos oncologistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outras categorias profissionais, mas,

Especificamente em oncologia, Mejía (2004) explicita que o assistente social é o profissional apto a, num primeiro momento, identificar a fonte e o grau de recursos e flexibilidades sociais e financeiras da família, e, num segundo momento, identificar quais recursos podem ser acionados na rede para dar o suporte necessário com vistas à garantia do seu acesso aos cuidados propostos. (MEJÍA, 2004 *apud* SILVA, 2010).

O atendimento multidisciplinar visa sempre um resultado positivo para o tratamento da neoplasia. As competências conferidas ao serviço social dentro dessa

equipe envolvem as “esferas social, econômica, educativa e reabilitacional. Seu campo de atuação implica um contato íntimo com o paciente e sua família, sendo esse profissional determinante para o sucesso no tratamento do câncer.” (Farias, 2007). O trabalho através dessas esferas é feito visando à garantia tanto do paciente quanto dos familiares às políticas institucionais e sociais, para que seus direitos sejam garantidos. Esses trabalhos são realizados em quatro dimensões:

- Ambulatório:

o(a) assistente social propõe uma intervenção profissional; e orientada no acolhimento ao paciente, contribuindo para a construção de uma análise reflexiva sobre sua trajetória, tanto do ponto de vista das dificuldades de acesso aos serviços de saúde quanto ao caráter estigmatizador da doença. (FARIAS, 2007, p.101).

Para o trabalho no ambulatório Farias (2007) afirma que “o profissional precisa estar atualizado com o projeto ético-político da profissão, preparando-se para dar respostas significativas às demandas provenientes da instituição e da população usuária.”. Neste ambiente o profissional se depara com a necessidade de averiguar todas as situações que fazem parte da vida do paciente (social, financeiro, psicológico, ambiental e cultural), pós a investigação é necessária repassar a situação à equipe que o assistente social está inserido para que sejam pensadas as melhores condições para cada paciente específico.

- Enfermaria:

O trabalho na enfermaria é tido como complementar ao trabalho feito nos ambulatórios. Para Farias (2007) “Essa atuação do(a) assistente social identifica e intervém nas situações que emergem durante o período de internação, de forma a contribuir para a realização do trabalho em equipe, como também para o tratamento médico.”. Uma noção geral de clínica é essencial ao assistente social que atua nas enfermarias.

- Grupos de Apoio:

Técnica muito utilizada pelo serviço social na oncologia, busca com que as próprias experiências de vida dos pacientes sejam motivacionais para o sucesso do enfrentamento da doença.

O(a) assistente social nos grupos de apoio tem a habilidade de identificar e discutir os valores culturais, utilizando-os como subsídios de sua atuação, cabendo também a esse profissional desencadear um processo reflexivo com pacientes e/ou familiares, quanto ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando a contribuir para o enfrentamento da nova situação, permitindo que o(a) paciente assuma a condição de sujeito de sua história de vida, durante o tratamento do câncer. (FARIAS, 2007, p.107).

- Radioterapia/ Quimioterapia:

O tratamento de radioterapia é longo, ininterrupto e dispendioso, pois há a necessidade de estar no hospital todos os dias, já o quimioterápico tem prazo definido, mesmo que longo, mas não é diário. Assim o trabalho do assistente social é fundamental para a quebra de tabus que os pacientes e familiares muitas vezes criam acerca dos tratamentos.

Cabe ao assistente social a competência de educador nos processos de trabalho, desmistificando esses mitos postos pelos próprios pacientes junto a equipe médica, tentando estabelecer uma relação de confiança entre os mesmos, pois é preciso termos cuidado de não assumirmos papéis que não são os nossos, relembrando o processo ético-político que norteia nossa profissão. (FARIAS, 2007, p. 108-109).

Dentro desses 04 espaços hospitalares, o serviço social aplica técnicas próprias da profissão para que a investigação para cada caso que chegue ao profissional seja efetuada com sucesso. A entrevista social é feita para ser instrumento norteador das futuras ações do profissional para com aquele paciente, nessa entrevista busca-se saber as condições sociais, culturais e econômicas, que cercam o doente e sua família.

A intenção da entrevista é garantir o registro do caso, e a partir daí, proceder com os encaminhamentos dos dados que foram expostos, pois é preciso o(a) assistente social ater-se na forma de redigir o que ouve, analisando tudo o que se viu e ouviu, utilizando-se assim do seu conhecimento teórico para decidir a intervenção que será abordada. (FARIAS, 2007, p.109).

Um segundo artifício que podemos destacar aqui são os encaminhamentos, Farias (2007) afirma que “Nesse momento, é preciso informar com clareza ao paciente e aos familiares as dificuldades que os órgãos gestores da saúde, previdência e assistência possuem, pois nem todo encaminhamento realizado é prontamente atendido.”. Para utilizar deste instrumento a assistente social tem que conhecer as reais necessidades que o paciente está passando, para que o encaminhamento seja feito de melhor maneira

possível, conhecendo normas e regras das instituições para onde serão encaminhados os pacientes.

Outro norteador para trabalho são os planejamentos e pesquisas feitas pelo setor do serviço social. Farias (2007) diz:

[...] o(a) assistente social precisa participar de decisões na Instituição, no que diz respeito à qualidade do tratamento proposto, visando aos efeitos sociais pelos quais esses irão passar, considerando sempre seu referencial teórico, a conjuntura vivenciada e as demandas que chegam até sua área de competência. (FARIAS, 2007, p.109).

A atuação do serviço social na oncologia está também ligada aos encaminhamentos para a garantia dos direitos do cidadão portador de neoplasia maligna. O INCA (2009) em sua publicação intitulada “Direitos Sociais da Pessoa com Câncer-Orientações aos Pacientes”, traz esses quais são os direitos garantidos pela CF e quais são os documentos necessários para alcançar a efetivação desses direitos. “O Serviço Social atua no campo das políticas sociais, com o objetivo de viabilizar o acesso aos direitos da população e o exercício da cidadania.” (INCA, 2009, p.8)

Traremos a seguir quais são esses direitos, retirados da publicação do INCA intitulada Direitos sociais da pessoa com câncer – Orientações aos pacientes (2012).

- Saque do FGTS/ Saque do PIS/PASEP

A Lei nº 8.922, de 25 de Julho de 1994, garante ao trabalhador portador de câncer ou àquele que tem um dependente que seja acometido por neoplasia maligna, o saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), esses saques podem ser realizados junto a Caixa Econômica. Essa mesma lei afirma o saque do PIS pela Caixa Econômica e do PASEP pelo Banco do Brasil; (INCA, 2012, p.11-12).

- Auxílio-Doença:

A Lei que garante o auxílio-doença é a Lei 8.213, de 24 de Julho de 1991, em seu artigo 61. O auxílio-doença é um benefício mensal a que tem direito o segurado que ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual. O artigo 42 da citada Lei, garante a aposentadoria por invalidez, para ter esse direito garantido é necessário ao portador de câncer está inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS); (INCA, 2012, p.12).

- Aposentadoria por Invalidez:

A aposentadoria por invalidez é concedida desde que a incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS. Tem direito ao benefício o segurado que não esteja em processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência (independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença).

O portador de câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado. (INCA, 2012, p.13).

- Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente (Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS):

Amparado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) o cidadão portador de câncer tem garantido uma renda mensal vitalícia (amparo assistencial ao deficiente), que é um salário-mínimo mensal; (INCA, 2012, p.14).

- Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS):

A Portaria nº 055, da Secretaria de Assistência a Saúde, de 24 de fevereiro de 1999. Esta portaria garante o Tratamento Fora do Domicílio (TFD); (INCA, 2012, p.15).

- Isenção do Imposto de Renda na aposentadoria:

A isenção do imposto de renda na aposentadoria é assegurada pelo artigo 6 da Lei 7.713, de 22 de Dezembro de 1988, assegura que os portadores de câncer tem direito a essa isenção mesmo que a doença tenha sido identificada após a aposentadoria; (INCA, 2012, p.17).

- Quitação do financiamento da casa própria:

A pessoa com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença, possui direito à quitação, caso exista esta cláusula no seu contrato. Para isso deve estar inapto para o trabalho e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel. (INCA, 2012, p.17).

- Isenção de IPI na compra de veículos adaptados:

O paciente com câncer é isento deste imposto apenas quando apresenta deficiência física nos membros superiores ou inferiores que o impeça de dirigir veículos comuns. É necessário que o solicitante apresente exames e laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência. (INCA, 2012, p.18).

- Isenção de Imposto de Circulação Mercadorias e sobre Prestação de Serviços (ICMS) na compra de veículos adaptados:

Cada Estado possui a sua própria legislação que regulamenta este imposto. (INCA, 2012, p. 19).

- Isenção de Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para veículos adaptados:

É o imposto estadual referente à propriedade de veículos automotores. Cada Estado tem a sua própria legislação sobre o imposto. Os estados que possuem a regulamentação são Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo. (INCA, 2012, p.20).

- Isenção de Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU):

Alguns municípios preveem, em sua Lei Orgânica, isenção do IPTU para pessoas portadoras de doença crônica, segundo critérios estabelecidos por cada Prefeitura. Confira se você tem direito a este benefício na Prefeitura do seu município. (INCA, 2012, p.20).

- Bilhete de Viagem do Idoso - Transporte interestadual gratuito:

A carteira do idoso é um documento de direito ao acesso a transporte interestadual gratuito (duas vagas por veículo) ou desconto de 50%(cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens.

Este direito está determinado no Estatuto do Idoso - Lei Nº 10741/2003, no art. 40 e o Decreto Nº 5934/2006 estabelece os mecanismos e critérios a serem adotados na aplicação do ICMS. (INCA, 2012, p.21).

- Laudo Médico para Afastamento de Trabalho:

É uma documentação exigida para acesso aos diferentes direitos previdenciários, das iniciativas pública ou privada.

O médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médico. De acordo com o artigo 3º da Resolução CFM 1851/2008, o médico assistente especificará o tempo concedido de dispensa às atividades de trabalho e estudantil, necessário para recuperação do paciente. (INCA, 2012, p.22).

- Laudo Médico para Atestado de Lucidez:

Este atestado é usualmente utilizado para fins de procuração a terceiros.

Conforme Resolução CFM 1658/2002, o atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, inclusive para fornecimento de atestados de sanidade, em suas diversas finalidades (arts. 1º e 7º). (INCA, 2012, p.22).

A União Internacional Contra o Câncer (UICC), citada por Farias (2007) “tem como incentivo e proposta a filosofia de que o sucesso para o tratamento oncológico depende também do atendimento global a esse paciente.”.

Assim é possível reconhecer a relevância da visão que o profissional de Serviço Social deve ter do seu espaço dentro da instituição e da equipe, auxiliando assim a interpretar os fatores políticos, sociais e econômicos que interveem na realidade dos pacientes e de seus familiares.

4. Considerações Finais

Encerra-se esse trabalho, mas sem a pretensão de encerrar essa discussão. A sociedade é o resultado de diversas transformações ocorridas durante anos e mais anos, e assim continuará a ser. O serviço social é parte da sociedade, portanto está sempre se reinventando, é uma profissão dinâmica, que tem por escopo intervir na realidade, no cotidiano, através de uma análise crítica, possibilitando ações que visem a emancipação humana.

Assim, este trabalho, busca, através de uma perspectiva crítico analítica, desvelar a atuação do serviço social em um cenário de mercantilização das políticas sociais, de desregulamentação de direitos sociais historicamente conquistados. Cabe um enfrentamento a toda essa situação e isso impõe aos assistentes sociais, desafio e estabelecimento de estratégias.

O assistente social, na condição de profissional de saúde, trabalha com as manifestações da expressão social e, na saúde, estas manifestações estão associadas a fatores ligados a dor; sofrimento; mutilação; sentimento da iminência da morte/perda, associado a dificuldade financeira, a exclusão do mundo do trabalho e a convivência consigo mesmo e com familiares e rede social que o cerca, após o diagnóstico de uma doença como o câncer.

Para viabilização das entrevistas foram feitos contatos com um Hospital onde existe o atendimento a pacientes oncológicos, situado na cidade de Salvador, para que houvesse a realização de entrevista com os profissionais do serviço social. Inicialmente foi feita uma visita institucional para apresentar o estudo e a necessidade de conhecer mais de perto o trabalho do serviço social, após, atendendo a solicitação da instituição selecionada, procedeu-se ao envio de documento detalhando o estudo e solicitando agendamento de horário para que as entrevistas fossem realizadas, ocorre que, após a realização de envio da documentação solicitada, através do meio eletrônico não foram obtidas respostas. Com a falta de sucesso nos contatos via mensagem eletrônica, foi realizada nova tentativa de contato sem sucesso e por fim, realizado ligação telefônica para saber da entrevista, quando a autora do trabalho foi informada da impossibilidade de realização da entrevista. Ante essa negativa e com o limite temporal para a conclusão do presente estudo, optou-se pela realização de pesquisa documental/bibliográfica.

Num primeiro momento, analisa-se a história da doença através das ações e políticas voltadas para o combate ao câncer no Brasil, destacando os momentos de

quando a doença era desconhecida pela população leiga e também pelos profissionais de medicina, passando pelas primeiras descobertas, congressos sobre o assunto e os primeiros métodos de tentativa de cura, até chegar ao momento que a doença passa a ser considerado problema de saúde pública e trazendo a política mais atual, intitulada Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Também são analisadas as Ligas de combate ao câncer, surgidas no Brasil e destaca-se a LBCC, que no estado da Bahia é uma das grandes referências no tratamento das neoplasias:

A Filosofia da LBCC é a da atenção prioritária aos pacientes carentes portadores de câncer no Estado da Bahia, conforme o postulado do seu idealizador, Prof. Aristides Pereira Maltez, e de seus 52 companheiros. Fiel ao compromisso dos fundadores da LBCC, 100% do atendimento do Hospital Aristides Maltez ? HAM, é voltado para o Sistema Único de Saúde ? (100% SUS). As frentes de atuação da LBCC no combate ao câncer são ilimitadas, abrangendo áreas como educação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, acompanhamento e pesquisa. Ao longo dos últimos 77 anos, sem que tenha fechado as suas portas um único dia, transformou-se num dos alicerces mais consistente na luta contra o câncer na Bahia e no Brasil, formando profissionais, estimulando o voluntariado e promovendo o entrelaçamento entre os órgãos estatais ? nos três níveis de poder - com o propósito de combater a doença. (LBCC, 2015)

Num segundo momento, explora-se a questão do enfrentamento da doença, tanto pelos doentes, quanto por sua rede familiar. O câncer é a doença da incerteza, do medo de morrer, da mutilação, da recidiva, do medo da alopecia (queda de cabelo), da dor, do preconceito consigo mesmo, da rejeição familiar, e do isolamento da sociedade. Isto porque a confirmação do diagnóstico positivo da doença é uma situação mobilização existencial, com implicações corporais, sociais, sexuais e psicológicas. Estas situações são evidenciadas nas mais diversas publicações, a cerca do tema, que foram analisadas. As famílias efetuam um papel de extrema importância para o enfrentamento da doença. É ela que dará o apoio diário ao seu doente, sempre orientado por uma equipe que estará ciente da realidade social que aquela família está inserida.

No enfrentamento ao câncer - doença de caráter crônico -, que demanda tratamento complexo, continuado e de longa duração - o quadro socioeconômico familiar dos pacientes precisa ser levado em conta, pois pode comprometer o seguimento do paciente e os cuidados que a doença exige. (CARVALHO, 2008, p.99)

Num terceiro momento, aborda-se o serviço social atuando na oncologia. Traz-se um breve histórico sobre a inserção do assistente social nos espaços de saúde, passando pelo acontecimento da 8ª CNS, o advento do SUS, a intenção de ruptura, chegando aos desafios postos à profissão, destacando a oncologia.

A dinâmica de trabalho nessa área realiza-se por processo de cooperação, pelo qual o usuário não apenas se beneficia do efeito final do trabalho, dos insumos ou dos medicamentos aos quais tem acesso. Ele participa do processo de trabalho, fornecendo informações necessárias à definição do diagnóstico, colaborando na execução do plano terapêutico. A ação do profissional incide sobre o processo saúde-doença, e não sobre coisas. Isto faz serem os resultados de difícil previsão, pois o que se consome é o efeito que se presume de uma determinada ação ou procedimento. (FARIAS, 2007,p.99)

No trabalho com a família procura-se a conscientização dos direitos sociais, da importância do tratamento, da prevenção, do diagnóstico precoce. Busca-se também junto à equipe multiprofissional o apoio social às famílias, para que todas as fases percorridas com um doente oncológica sejam o mais tranquilo possível.

Procurou-se, nessa pesquisa, apontar, investigar e avaliar a importância da atuação do(a) assistente social na área da oncologia, frente às demandas apresentadas pelos pacientes e suas famílias.

Diante das análises documentais feitas no decorrer de todo o estudo, pode-se apontar algumas considerações e contribuições deste trabalho para os profissionais e futuros profissionais de Serviço Social na área da saúde, através de estudo e pesquisa, que possibilita o surgimento de novas indagações e olhares para serem respondidas e avaliadas.

O(a) assistente social intervém nas questões sociais do paciente e familiares, sendo papel deste profissional, promover uma ação educativa com intenção de desencadear, uma reflexão, tendo assim, condições de participar ativamente no processo de tratamento do câncer, bem como na prevenção e detecção precoce desta neoplasia (FARIAS, 2007, p.150)

Identificou-se e analisaram-se as demandas propostas aos assistentes sócias atuantes na oncologia, pelos pacientes e suas famílias. Espera-se, que a partir dos questionamentos, reflexões, análises e discussões surgidas nesta monografia, consiga-se gerar temas de reflexão para os(as) assistentes sociais da área oncológica, para (re)pensarem sua prática e que (re)encontrem alternativas para continuar fazendo o que já existe de positivo e buscar melhorias para o que há de deficiente no que diz respeito ao cotidiano desse profissional frente as demandas postas.

Por fim, o trabalho apresenta o fazer do(a) assistente social frente aos desafios postos no trabalho com paciente oncológicos e suas famílias, no dia a dia profissional, sendo este profissional totalmente comprometido com o projeto ético político da profissão, considerando os limites e desafios impostos no cotidiano e inseridos no contexto sociocultural. É necessário crer em um futuro com condições de trabalho digno, e com real efetivação das políticas públicas e direitos sociais.

Foi percebida, ao longo do trabalho, a importância da atuação dos profissionais do Serviço Social, primeiro pela concepção de saúde ampliada que traz da sua formação e pela forma crítica que apreende a realidade onde os pacientes estão inseridos. Outra importância dessa intervenção aparece na orientação e apoio emocional junto as famílias e aos pacientes, esclarecendo acerca de direitos e refletindo sobre os estigmas que foram construídos historicamente acerca do câncer.

Vale ressaltar a importância da continuação do conhecimento aqui produzido, pois cada assistente social está inserido em uma realidade diferente, portanto não há verdades universais contidas nesse trabalho, o intuito aqui é de abrir espaços para novos estudos sobre a temática.

5. Referências Bibliográficas

BIELEMANN V. L. M. **A família cuidando o ser com câncer e sentindo a experiência.** Rev Bras Enferm. 2003;56(2):133-137.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico] : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais n.s 1/1992 a 84/2014, pelo Decreto legislativo n. 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão n.s 1 a 6/1994. – 43. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. 455 p. – (Serie textos básicos ; n. 86).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRAVO, M. I. S. **AS LUTAS PELA SAÚDE: DESAFIOS DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.** In: Reunião Anual da SBPC, 64, 2012, São Luís. Anais... São Luís, 2012.

CAPELLO. E. M. C.S, VELOSA M. V. M, SALOTTI S. R. A. , GUIMARÃES H. C. Q. C. P. **Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida.** J Health Sci Inst. 2012;30(3):235-40

CARVALHO. R.N, ALVES. C.S, ARAÚJO. R.C.X.S. **Política de Saúde e Serviço Social, programa saúde da família como elemento de debate para o assistente social** In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, III, 2007, Maranhão, p.1-8.

CASTRO, M.M.C. **Trabalho em Saúde - inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG.** 2009. 200 f. : ilus. graf. Tese (Mestrado)- Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2009.

CAVALCANTI. P.B, CARVALHO. R.N. **A Interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família.** Sociedade em Debate, Pelotas, 16(2): 191-208 jul-dez/2010.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

COSTA P., LEITE R. C. B. O. **Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras.** Revista Brasileira de Cancerologia 2009: 55(4): 355-364.

COSTA, AM., VIEIRA, NA. **Participação e controle social em saúde.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FARIAS. T. S. D. . **O Cotidiano do (a) Assistente Social frente às Demandas Apresentadas pela Paciente Portadora do Câncer de Mama em Tratamento no Hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN.** 2007. 182 f.: ilus, graf. Dissertação(Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Natal,2009.

FERREIRA N. M. L. A. , DUPAS G. , COSTA D. B., SANCHEZ K. O. L. **Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos.** Cienc Cuid Saúde. 2010; 9:269-77.

FREITAS R. C. S, BRAGA C. D, BARROS N. V. **Famílias e Serviço Social: Algumas Reflexões para o Debate.**

http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474 acesso: 05 de maio de 2015 às 18:00

<http://www.lbcc.org.br/> acesso: 30 de abril de 2015 às 14:58

<http://www.who.int/topics/cancer/en/> acesso em: 30 de abril de 2015 às 20:16

INOCENTI A. , RODRIGUES I. G. , MIASSO A. I. **Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):858-65. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a11.htm>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Divisão de Comunicação Social. Direitos sociais da pessoa com câncer.** / Instituto Nacional de Câncer. – 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (BRASIL). **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.** Resenha de: FACINA, T. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(1): 63).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Vilão de seis letras.** Revista Rede Câncer, nº 24, 2013.

JÚNIOR S. C. , e SILVA M. N. , MEOHAS E. **Os 20 Anos do SUS e a Odontologia do Trabalho.** Cadernos UniFOA 2010: edição nº 12: 55-62

MALUF, A. C. R. F. D. **Novas Modalidades de Família na Pós-Modernidade.** 2010. 348 f.: ilus, graf. Tese(Doutorado)- Faculdade de Direito da USP,SÃO PAULO,2010

NASCIMENTO, A. **Oitava Conferência Nacional de Saúde** - Realizada de 17 a 21 de março de 1986, Brasília/DF. Departamento de Computação Científica - DCC/CICT

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social – uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 16. ed. - São Paulo: Cortez, 2011. 334 p. 52

RODRIGUES, J.M.S. **A intersectorialidade entre as Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social pós Constituição Brasileira de 1988.** In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, V, 2011, São Luís/Maranhão.

SALCI M. A. , MARCON S. S. **Enfrentamento do câncer em família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 178-86.

SANCHEZ K. O. L. , FERREIRA N. M. L. A. , DUPAS G, COSTA D. B. **Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções.** Rev Bras Enferm.. 2010; 63:290-9.

SILVA, T.S.C. **Crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos- a intervenção do serviço social juntos às famílias.** R. Pol. Publ. São Luís, v.14, n.1, p.139-146, jan./jun. 2010

SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica.** 2003. 133 f. : ilus, graf. Tese(Doutorado)–Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA L. A., PORTO M. , HABIB P. A. B. B. **Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória.** Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (3): 375-80.

TEIXEIRA, L. A. (Coord.). **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil / Luiz Antônio Teixeira; Cristina M. O. Fonseca.-** Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007. 172 p. : il.

ULYSSES DE CARVALHO, C. S. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2008; 54(1): 87-96.