

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE  
ONCOLÓGICO EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO NO  
HOSPITAL DE CARIDADE – “ANEXO”**

  
Prof.<sup>a</sup> Krystyna Matys Costa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

**JANAINA STEIN**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 10/07/03

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003

**JANAINA STEIN**

**O SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE  
ONCOLÓGICO EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO NO  
HOSPITAL DE CARIDADE – “ANEXO”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Luciana Francisco de Abreu Ronconi**

**Florianópolis, julho de 2003.**

**JANAINA STEIN**

**O SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE  
ONCOLÓGICO EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO  
NO HOSPITAL DE CARIDADE –“ANEXO”**

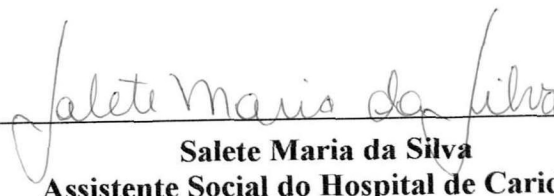
Trabalho de Conclusão de Curso julgado e aprovado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da UFSC em 10/07/2003.

**BANCA EXAMINADORA**



---

**Prof<sup>a</sup>- Luciana Francisco de Abreu Ronconi**  
**Orientadora**



---

**Salete Maria da Silva**  
**Assistente Social do Hospital de Caridade**

---

**Soraya Baião Maragno**  
**Enfermeira do Hospital Universitário**

“ Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.....”. (Autor Desconhecido).



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho de Conclusão de Curso a minha mãe Filomena, pela lição de vida demonstrada durante todos estes anos e por me ensinar o verdadeiro sentido da vida. Obrigada por estar sempre ao meu lado...

## AGRADECIMENTOS

A Deus, ser de luz e energia, que ilumina o meu caminho, me oportunizando crescimento espiritual e pessoal.

Agradeço a toda minha família, em especial, a minha Mãe Filomena, meus irmãos Gisele e Djeison, pelo carinho, dedicação e compreensão.

As minhas amigas que fiz durante estes quatro anos de curso, Carla, Cris e Tati, obrigada por me apoiarem em todos os sentidos e pela eterna amizade.

A todos os meus amigos, os quais prefiro não citar nomes para não correr o risco de esquecer de alguém. Obrigada pelos vários momentos compartilhados.

A Assistente Social do Hospital de Caridade, Salete Maria da Silva, pela oportunidade e orientação durante o período de estágio e conclusão deste, e a todos da mesma instituição que me acolheram e me apoiaram de alguma forma.

A supervisora Luciana Francisco de Abreu Ronconi, pela orientação neste trabalho.

A Soraya Baião Maragno, por aceitar prontamente participar de minha banca.

A todos os pacientes pela lição de vida que me ensinaram... Muito obrigada.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1 O SERVIÇO SOCIAL E O HOSPITAL DE CARIDADE.....</b>	<b>11</b>
1.1 MOMENTOS SIGNIFICATIVOS NA HISTÓRIA DO HOSPITAL DE CARIDADE.....	11
1.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CARIDADE E SEUS PROJETOS.....	14
1.3 HOSPITAL DE CARIDADE “ANEXO”– ALA JOANA DE GUSMÃO.....	18
<b>2 O PACIENTE ONCOLÓGICO: OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>20</b>
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE.....	20
2.1.1 A Política Social em Oncologia.....	25
2.1.2 Direitos dos Pacientes Oncológicos.....	29
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROBLEMÁTICA INERENTE DO PACIENTE ONCOLÓGICO INTERNADO NA ALA JOANA DE GUSMÃO - ANEXO.....	37
2.2.1 Considerações sobre a problemática inerente ao paciente internado em tratamento radioterápico.....	39
2.2.2 A importância da família junto ao paciente oncológico internado.....	42
2.2.3 A intervenção do Serviço Social junto ao paciente oncológico.....	45
<b>3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO QUE REQUER TRATAMENTO RADIOTERÁPICO.....</b>	<b>47</b>

3.1 O DESENVOLVER DA PESQUISA.....	47
3.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo descrever e analisar a percepção do paciente oncológico acerca do atendimento prestado pelo Serviço Social, e sobre seus direitos enquanto pacientes internados na Ala Joana de Gusmão–“Anexo” no Hospital de Caridade. O interesse pelo tema teve início durante o estágio curricular, onde compartilhamos o cotidiano de pessoas portadoras de câncer, suas angústias, seus temores e suas alegrias. Partimos do pressuposto básico, de que o respeito, a afetividade, e o encontro com o outro ser, norteariam nossas atitudes junto às pessoas, pois acreditamos que deste modo estaríamos mais próximos. Esta proximidade aconteceu no compartilhar e na troca de experiências, onde as limitações, a fragilidade, sensibilidade e ansiedades das pessoas, puderam se expressar.

Para melhor apresentar o tema, este trabalho de conclusão de curso foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo foi contextualizado o Hospital de Caridade, assim como o setor de Serviço Social e posteriormente a Ala Joana de Gusmão – “Anexo”, onde foram realizadas as entrevistas. No segundo capítulo, o tema foi abordado através de referencial teórico, buscando-se caracterizar e qualificar os dados da pesquisa. O terceiro capítulo está voltado aos resultados da pesquisa, tendo sido esta realizada com quatro pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. Optamos por uma abordagem qualitativa do objeto, por esta proporcionar a obtenção de dados que, não só se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como documentos e textos bibliográficos, além de permitir um contato direto com o entrevistado, isto é, suas atitudes, valores, reações e opiniões que são informações em nível mais profundo da realidade a ser pesquisada.

Este trabalho concluiu que os pacientes conhecem o atendimento prestado pelo Serviço Social, e que a intervenção do Serviço Social tem sido fundamental para o tratamento dos pacientes. A pesquisa demonstrou ainda o pouco conhecimento que o paciente internado possui sobre os seus direitos e a necessidade dos profissionais de Serviço Social se capacitarem teórica e metodologicamente, para a intervenção nesta área específica de trabalho.

*Palavras Chaves: Serviço Social, Pacientes Oncológicos e Tratamento Radioterápico.*

## INTRODUÇÃO

O Tema do presente trabalho de Conclusão de Curso é resultado de um grande interesse despertado durante a prática de estágio curricular obrigatório. O referido estágio foi realizado no Hospital de Caridade no setor do Serviço Social, junto aos pacientes oncológicos internados na Ala Joana de Gusmão – ANEXO.

Este trabalho foi desenvolvido através de uma pesquisa qualitativa, e está estruturado em três capítulos. Tem como objetivo geral descrever e analisar a percepção que o paciente oncológico internado na Ala Joana de Gusmão – ANEXO tem sobre o atendimento prestado pelo Serviço Social e seus direitos enquanto paciente.

No primeiro capítulo apresenta-se um breve resgate da história do Hospital de Caridade, bem como os aspectos gerais da Instituição; apresenta também um breve resgate do Serviço Social no Hospital de Caridade e seus projetos; e contextualiza por fim a Ala Joana de Gusmão, onde a pesquisa foi realizada.

No segundo capítulo apresenta-se um breve histórico da trajetória da saúde no Brasil, assim como os avanços que ocorreram até chegar no atual modelo – SUS; também se tece algumas considerações sobre a Política Social em Oncologia, como se expõe as estimativas sobre incidência e mortalidade por câncer em Florianópolis/Santa Catarina, em 2003. Aborda-se também neste capítulo, alguns direitos referentes ao paciente internado, como aqueles assegurados por lei aos pacientes oncológicos; em seguida realizam-se algumas considerações sobre a problemática inerente ao paciente internado no ANEXO, como aquele em tratamento radioterápico; por fim, abordamos a importância da família e do profissional de Serviço Social junto ao paciente oncológico.

O terceiro e último capítulo, encontra-se inteiramente voltado para a pesquisa. Primeiramente, relata-se como se desenvolveu a metodologia da pesquisa e posteriormente analisa-se o que os pacientes oncológicos entrevistados pensam a respeito do atendimento prestado pelo Serviço Social e se os mesmos conhecem seus direitos enquanto pacientes oncológicos.

# 1 O SERVIÇO SOCIAL E O HOSPITAL DE CARIDADE

## 1.1 MOMENTOS SIGNIFICATIVOS NA HISTÓRIA DO HOSPITAL DE CARIDADE

O Hospital de Caridade, localizado no centro de Florianópolis, é uma entidade de fins religiosos e filantrópicos, de personalidade jurídica de direito privado. O Hospital declara que sua finalidade é exercer a solidariedade humana, através da assistência médico-cirúrgica, hospitalar e ambulatorial.

A construção do Hospital de Caridade foi resultado do esforço conjunto da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, do Irmão Joaquim e do trabalho pioneiro de Joana de Gusmão.

Segundo a obra de Henrique da Silva Fontes (1997), após o falecimento do marido de D. Joana de Gusmão, ela fez o voto de pobreza e saiu a peregrinar pelo mundo, servindo a Deus e ao próximo. D. Joana chegou em Santa Catarina, com uma imagem do Menino Deus. Depois de receber de André Vieira da Rosa, a doação de um amplo terreno no Morro da Bela Vista e também esmolas e doações em dinheiro, ela construiu a capela para guardar a imagem do Menino Deus, que está até hoje integrada ao conjunto do Hospital.

Outro personagem que fez parte da história do Hospital de Caridade é o Irmão Joaquim. Ele peregrinava pelas cidades para pedir esmolas para construção de um hospital. Filho de um casal açoriano da ilha do Faial, Joaquim Francisco da Costa, conhecido como Irmão Joaquim, nasceu na Antiga Desterro - atual "Florianópolis" - em 20 de março de 1761.

Outro fato importante na história do hospital foi a chegada da imagem do Senhor Jesus dos Passos, vinda da Bahia com destino à cidade do Rio Grande; permaneceu na Vila do Desterro após três tentativas frustradas da embarcação que transportava a imagem, para entrar na Barra do Rio Grande do Sul. A imagem, de autoria de Francisco das chagas "o cabra", é uma representação de Jesus a carregar sua Cruz para o calvário.



Nas três tentativas para entrar na Barra do Rio grande do Sul, feita pela embarcação que transportava uma imagem do Senhor Jesus dos Passos, e nas três conseqüentes arribadas ao Porto do desterro, pareceu visível a Vontade Divina para que a veneranda encomenda ficasse na cidadezinha sede da Capitania de Santa Catarina. (PEREIRA, 1997, p.19).

Deste fato, nasceu a Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, sendo que a mesma reunia vinte e cinco pessoas, entre as quais autoridades locais. O principal objetivo desta Irmandade era a “caridade aos pobres”, bem como cuidar da imagem do senhor Jesus dos Passos que se encontra até hoje guardada numa construção que foi anexada à capela do Menino Deus.

O Hospital de Caridade foi inaugurado em 1º de janeiro de 1789. Primeiramente, era uma pequena construção, localizada ao lado da capela Menino Deus.

Tem como organograma<sup>1</sup> a seguinte configuração: a Mesa Administrativa, como Órgão Deliberativo da Entidade, seguido pelo conselho Diretor e pela Superintendência. Em seguida vêm às divisões técnicas, médicas, de enfermagem, administrativa e a de finanças e contabilidade.

À mesa Administrativa enquanto órgão deliberativo compete prover a administração do Hospital e de todo o equipamento, material, instrumental e facilidades para que a Instituição possa realmente fornecer toda a assistência ao doente. Esta mesa, por sua vez é composta por um Provedor, três vice-Provedores e Irmãos da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos.

Já o Hospital conta na composição do seu quadro de profissionais e técnicos: Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Farmacêuticos, Técnicos, Atendentes e Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Laboratório e Radiografia, Estagiários e outras funções relacionadas a serviços de Recepção, Cozinha, Escritórios, etc...

O Hospital de Caridade, busca a desmistificação do sentido da caridade cristã que o permeou todos esses anos, para um Hospital Particular. Atende no Universo de sua clientela,

---

<sup>1</sup> Em anexo.

peças credenciadas pelos Convênios e pelo SUS. Tem um atendimento mensal<sup>2</sup> de 150 pessoas pelo SUS e 485 pessoas pelo Convênio.

Atualmente o hospital conta com 209 leitos ativos, distribuídos entre onze (11) alas, sendo duas enfermarias, UTI e UNICOR, com atendimento médico-diário de 180<sup>3</sup> pacientes.

O Hospital de Caridade é hoje uma referência para todo o Estado, como modelo médico-hospitalar. Para Fontes (1997):

o Hospital a partir de 1995, quando a restauração dos danos causados pelo incêndio de 1994 toma corpo, o Hospital se moderniza, sendo hoje, instituição de referência, desenvolvendo as mais sofisticadas formas médico-cirúrgicas, inclusive transplantes, e da verdadeira revolução tecnológica de diagnóstico por imagens. Consolida-se, pois, como o preferido pelos catarinenses que, de todos os municípios recorrem a ele, especialmente para tratamento oncológico, tanto pela “radioterapia”, com “acelerador linear” (o único do Estado) como os cirúrgicos e de “quimioterapia”.

Está cadastrado pelo Ministério da Saúde como CACON (*Centro Alta Complexidade em Oncologia*) I com Radioterapia. Segundo o site (<http://www.inca.gov.br>):

Os CACON são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos. CACON I – Centro de Alta Complexidade em Oncologia (pode ser com ou sem Radioterapia). Hospital Geral em que se faz o diagnóstico e tratamento dos tipos mais frequentes de câncer no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfôemato-poéticos e da infância e adolescência). Caracteriza-se por dispor de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e por prestar atendimento ao paciente sempre numa perspectiva profissional integrada, do diagnóstico aos cuidados paliativos.

A seguir, destaca-se a trajetória histórica do Serviço Social no Hospital de Caridade e seus projetos.

<sup>2</sup> Segundo estatística do mês de Dez/02.

<sup>3</sup> Idem – mesma estatística.

## 1.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CARIDADE E SEUS PROJETOS

De acordo com os registros encontrados, o Serviço Social vem atuando, dentro do Hospital de Caridade desde 1960. Naquele período contava com apenas duas estagiárias do Curso de Serviço Social, sendo que o Serviço Social ainda não tinha sala própria dentro do Hospital; por isso funcionava nas enfermarias e nos locais onde era solicitada a sua intervenção.

A primeira contratação de um profissional de Serviço Social para exercer suas funções no Hospital foi em 1962, com o término do Curso de Serviço Social de uma das estagiárias, que foi imediatamente efetivada como assistente social.

Em seguida à contratação da primeira assistente social, outros dois profissionais foram admitidos, formando assim a equipe do Serviço Social.

A principal atuação dos assistentes sociais, na época, foi o acompanhamento individualizado dos pacientes e a realização de campanhas entre pacientes e familiares para doação de sangue.

Com a saída destes assistentes sociais, o Serviço Social no Hospital de Caridade foi desativado e, como não havia mais profissionais para dar continuidade às atividades, todas as documentações das intervenções realizadas com os pacientes foram incineradas pelos próprios assistentes sociais, pois se tratava de material sigiloso exclusivo do Serviço Social.

Não há dados durante o período em que o Hospital de Caridade ficou sem a atuação de um profissional de Serviço Social.

Conforme Guedes (1997), somente em 1972 houve uma nova contratação. A assistente social, ao iniciar seus serviços, elaborou um projeto de atuação que se denominou: “Atuar com a realidade dos carentes”, o qual visava, fundamentalmente, atender às carências

psicossociais dos pacientes internados. Um outro projeto previa aulas em horários de descanso dos empregados.

Depois da saída dessa assistente social do Hospital, as contratações seguintes só aconteceram em 1984, onde as profissionais realizaram dois projetos: “A interpretação do Serviço Social para as chefias” e “Interpretação das ações do Serviço Social para a equipe multiprofissional”. Com a saída dessas assistentes sociais, o Hospital admitiu uma outra.

No período de 1991 a 1992, a equipe profissional era constituída por uma assistente social e 4 (quatro) estagiárias, tendo como principal proposta de trabalho acompanhar o usuário internado, visando não só a sua recuperação, mas também, prepará-lo para alta hospitalar e a sua volta à sociedade.

Segundo GUEDES (1997) o Serviço Social em 1991, desenvolvia os seguintes programas:

- **Programa de Atendimento aos Empregados.**

Consistia em atendimento de ordem social aos empregados do Hospital de Caridade. Dentro deste programa fazia parte o projeto de Reativação do Grêmio Recreativo Cultural Dom Helder Câmara, desenvolvido por uma estagiária de Serviço Social.

- **Programa de Assessoramento e Supervisão do Serviço Social ao Serviço Voluntariado.**

Este programa objetivava o assessoramento e a supervisão do grupo de voluntárias para a capacitação e aprimoramento deste serviço. Ocorria através de reuniões, contatos e treinamentos.

- **Programa de atendimento ao paciente e familiares, usuários dos serviços do**

### **Hospital de Caridade.**

Este programa visava o atendimento aos pacientes e familiares que utilizavam os serviços hospitalares, com o objetivo de contribuir para plena recuperação do paciente. Estes programas foram desenvolvidos até o ano de 1996.

Desde então o Serviço Social conta apenas com uma profissional para atender toda a demanda externa (pacientes internados e a comunidade) e interna (funcionários), estando localizado em uma sala nos fundos do corredor da emergência.

A profissional do Serviço Social hoje é subordinada ao Diretor Técnico<sup>4</sup> e tem sua demanda atendida conforme os seguintes projetos abaixo:

#### **1- Atuação do Serviço Social na Internação do Paciente.**

Com o objetivo de preparar os pacientes e familiares para alta hospitalar, e interpretar as rotinas hospitalares aos pacientes e familiares.

#### **2- Educativo e de terapia ocupacional aos pacientes em tratamento prolongado no Hospital de Caridade.**

Com o objetivo de desenvolver atividades de lazer em parcerias com o SESC e o grupo de voluntárias do Hospital de Caridade.

#### **3- Assessoramento ao Voluntariado do Hospital de Caridade.**

Com o objetivo de esclarecer as normas e rotinas do grupo de voluntárias, para os novos integrantes e contribuir como sendo elo de ligação entre as mesmas.

#### **4- Assessoramento e Orientação aos funcionários do Hospital de Caridade.**

Com o objetivo de prestar atendimento aos funcionários que solicitem a intervenção do Serviço Social, e de esclarecer e resgatar, junto ao funcionário normas e rotinas da instituição.

A seguir, destacaremos a Ala Joana de Gusmão – “ANEXO”, construída no ano de 1995 para atender pacientes portadores de câncer.

---

<sup>4</sup> Conforme organograma em anexo.

### 1.3 HOSPITAL DE CARIDADE “ANEXO” – ALA JOANA DE GUSMÃO

A Ala Joana de Gusmão – “ANEXO”, foi construída um ano após o incêndio ocorrido em 1994, onde a Ala Senhor dos Passos, destinada aos portadores de câncer foi totalmente queimada. O prédio, localizado junto à lavanderia do Hospital de Caridade foi totalmente reformado, tendo uma estrutura física composta por três andares, sendo o térreo destinado ao refeitório, onde os pacientes fazem suas refeições. O primeiro andar é composto por 22 leitos (feminino), sendo dois leitos a cada quarto. Neste mesmo andar está situado o Posto de Enfermagem. O último andar é composto por 22 leitos (masculinos), também divididos em dois leitos por quarto. Neste andar está situada a área de lazer, que disponibiliza vários jogos, entre eles, uma mesa de sinuca.

Em cinco de março de 1995, com a ajuda do grupo das Voluntárias da Esperança do HC, foi construído o Anexo Joana de Gusmão, com 44 leitos (masculino e feminino) e toda uma infra-estrutura montada para atender pacientes portadores de câncer, procedentes, em sua maioria, do interior do estado, agricultores de nível sócio-econômico baixo, afastados de suas famílias por um longo período para o tratamento da doença”. (<http://www.hospitaldecaridade.com.br>).

O ANEXO – Ala Joana de Gusmão presta atendimento aos pacientes portadores de câncer somente pelo Sistema Único de saúde – SUS, estando localizado à esquerda do Hospital de Caridade. Conta na composição do seu quadro de profissionais e técnicos: Médicos Oncologistas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Voluntárias, Escriturário e outras funções relacionadas a serviços de cozinha, limpeza, etc... Conta também com profissionais de apoio como: Assistente social, Nutricionistas e outros.

A maioria da população atendida tem como característica marcante, o fato de serem beneficiários da previdência, tanto trabalhadores rurais como urbanos, de nível sócio-

econômico e instrucional baixo, o que caracteriza um perfil de carência e dificuldades de ordem sócio-econômicas a serem enfrentadas. Outra característica desta população é a sua procedência. A maioria vem do interior do estado, onde os serviços de Saúde e o atendimento médico-hospitalar são deficitários e insuficientes.

A permanência dos pacientes oncológicos se dá, de 30 a 40 dias, sendo um tratamento prolongado, deixando este vulnerável para enfrentar o conflito entre os limites impostos e a incerteza sobre a cura de sua doença. Os pacientes internados podem sair da Ala Joana de Gusmão – Anexo, em horário flexível, desde que comuniquem ao responsável do Posto de Enfermagem. Desta forma, busca-se ajudar os pacientes a enfrentar as várias situações ocorridas durante a internação.

No próximo capítulo abordaremos sobre a trajetória da saúde no Brasil, bem como os avanços que ocorreram até chegar ao atual modelo – SUS.



## **2 O PACIENTE ONCOLÓGICO: OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL**

### **2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE**

O processo de industrialização ocorrido no princípio do século XX no Brasil trouxe consigo profundas mudanças nas condições de vida da população. A maior incidência de acidentes de trabalho, doenças e subnutrição foram resultado das carências trazidas pelo início do modo de produção capitalista no Brasil. Nesta conjuntura também surgiram as chamadas doenças de massa, como a malária, tuberculose, lepra e desnutrição. Até a década de 1920 não se observava nenhuma política estruturada por parte do Estado Brasileiro com relação à saúde.

Para Magajewski (1994), o Estado Brasileiro desconhecia o setor, deixando o espaço da assistência para o trabalho de ordens religiosas e instituições de caridade no tocante à assistência médica.

As únicas ações de saúde coletiva por parte do Estado, nesse período foram voltadas para a urbanização de áreas portuárias atingidas por endemias e moléstias infecto-contagiosas, que pela sua gravidade, abalaram o processo agro-exportador brasileiro.

Nos anos de 1930, com a crise econômica mundial e a expansão do capitalismo no Brasil através das políticas de substituição de importações, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, saindo esta área da responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

*A conjuntura nos anos 30 possibilitou o surgimento de políticas sociais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal, assim como necessitavam da criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora,*

em precárias condições de higiene, saúde e habitação”. (BRAVO, 2000, p. 105).

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945 a 1950.

Com o fim do estado Novo em 1945, e pela influência do modelo de seguridade social europeu, instaura-se no país um sistema de proteção social que imprimiu à sociedade, principalmente às classes trabalhadoras, uma condição de cidadania regulada para a qual o Estado Brasileiro, como forma de legitimação social, criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência – IAP, este considerado berço da previdência social brasileira. (MAGAJEWSKI, 1994, p. 50).

A situação de saúde da população, no período de 1945 a 1964, não conseguiu eliminar o quadro de infecções e parasitárias e as elevadas taxas de mortalidade.

A unificação da Previdência Social se deu em 1966. As políticas governamentais a partir desse período enfatizam o tratamento médico hospitalar com medicamentos modernos e infra-estrutura hospitalar sofisticada e centralizada.

O Movimento Sanitário surgiu no Brasil em meados da década de 70, coincidindo com a crise fiscal e de legitimidade do regime autoritário.

A partir de 1970, saúde individual e coletiva tem suas responsabilidades explicitadas pelos primeiro e segundo Planos Nacionais de desenvolvimento – PND. O esgotamento do regime militar, a crise do petróleo, o fim do Milagre Brasileiro, levam o Estado a assumir um novo arranjo institucional para a previdência, onde, em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que fica responsável pelas atribuições médico-assistenciais. Em 1975 é regulamentado o sistema nacional de saúde e no ano de 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SIMPAS, garantindo este a base jurídica legal da previdência dentro do sistema nacional de saúde.

A Política Nacional de Saúde, neste momento, enfrentou permanentemente entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da previdência social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O ministério da saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde

publica, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no sistema Nacional de saúde. (BRAVO, 2000, p. 108).

No ano de 1983, ainda no regime militar, foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS, em quinze unidades da Federação. Este programa já incorporava diretrizes de integração institucional centrada no poder público, integralidade de ações de saúde, regionalização dos serviços, definição de mecanismos de referência e contra-referência, utilização da capacidade pública instalada e descentralização dos processos administrativos e decisórios, ou seja, as propostas do movimento sanitário. O programa, em 1984, é transformado nas Ações Integradas de Saúde – AIS.

As AIS expandiam-se desde 1984 em todo o país, e em julho de 1985 é convocada a 8ª- Conferência Nacional de Saúde - CNS, com data inicialmente prevista para dezembro, a CNS (grande expectativa do movimento sanitário), foi realizada somente em março de 1986, com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados. Foi com certeza, o maior evento de saúde já realizado no Brasil em todos os tempos.

Em setembro de 1986 foi instalada a comissão nacional de reforma sanitária com a incumbência de preparar uma proposta ao novo sistema de saúde. Esta é aprovada pela comissão em março de 1987, como projeto do setor para a constituinte. Em 20 de julho de 1987, através do decreto 94.657, o Presidente da República cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. Ao final de 1988, a constituição é aprovada, iniciando o artigo 196, com o tema da 8ª- Conferência Nacional de Saúde, - “saúde é direito de todos e dever do Estado”.

O Sistema de Saúde – SUS, definido pela Constituição de 88, no seu art. 196 define a saúde como: “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, CF, 1988).

Os princípios norteadores do SUS são:

- a) universalidade – entendida como o direito de todos os brasileiros à atenção de suas necessidades de saúde;
- b) equidade – significando a garantia de cobertura de ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade que cada caso requeira, sem qualquer discriminação até o limite da capacidade que o sistema tiver para atender a todos. De forma mais simples, a equidade pressupõe o direito de cada um às ações de saúde necessárias à solução de seu problema de saúde;
- c) integralidade – reconhecendo o todo indivisível de cada indivíduo; a necessidade de superação da compartimentalização produzida entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; a integração da rede de unidades produtoras de serviços de saúde e o entendimento do ser humano como ser indivisível, integrado a uma comunidade, com identidade cultural e de classe, o que o habilita a se investir, respeitando a sua natureza política, do papel de ator coletivo e sujeito das transformações necessárias à construção de uma sociedade aspirada coletivamente. (MAGAJEWSKI, 1994, p.56).

A aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS<sup>5</sup>, se deu em 1990, através das Leis nº- 8080<sup>6</sup>, de 19 de setembro e nº- 8142<sup>7</sup>, de 28 de dezembro, com o objetivo de organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

No período em questão, como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso, o que refletiu na C.F. de 88. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das Leis 8080 e 8142. A aprovação da legislação complementar, que instituiu e regulamentou o Sistema Único de Saúde foi permeada por confrontos e negociações intensas, refletindo a posição antagônica dos distintos grupos de interesses ligados ao setor. (NOGUEIRA, 2002, p. 153).

Em maio de 1993, foi publicada pelo Ministério da Saúde, a NOB/93 – Norma Operacional Básica, que estabelece medidas para descentralização dos serviços de saúde. Na mesma época foi extinto o INAMPS. Já no ano de 1996, surge a NOB/96, que fortaleceu o processo de municipalização e tentou fazer uma melhoria neste sistema.

<sup>5</sup> Conjunto de duas leis editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente.

<sup>6</sup> Dispõe sobre as circunstâncias que promovem, protegem e recuperam a saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>7</sup> Prescreve sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.

A NOB/96 além de promover uma integração de ações entre as três esferas do governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para o Estado e principalmente para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentradas na esfera federal.

Recentemente surge a NOAS-SUS (01/2001) – Norma Operacional da Assistência à Saúde. O conjunto de estratégias apresentadas nesta NOAS articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo. Neste sentido, a NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento.

Apesar de todo o avanço na saúde como: as Ações Integradas de Saúde – AIS de 1983, com a universalização da cobertura da assistência médica; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, instituído em 1987; e o Sistema Único de Saúde – SUS, que desde 1991, tenta se efetivar. Respalhada pela Constituição de 1988, fundamentada no princípio de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado e nas Leis Federais, - o SUS não tem garantido qualidade nos serviços médico - hospitalares que oferece. Os serviços de saúde oferecidos muitas vezes são sobrecarregados, precários e ineficientes.

✱ Enfim, a baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos, impossibilita que os usuários de baixa renda, efetivamente os que mais adoecem, sejam atendidos adequadamente. Isto se dá em decorrência de um investimento insuficiente na prevenção de doenças e muita procura por atendimento curativo. Para tal o profissional de Serviço Social tem que conhecer todo o sistema de saúde, como também as leis que o apóiam.

### 2.1.1 A Política Social em Oncologia no Brasil

Com o decorrer dos anos aumenta o número de pessoas portadoras de câncer. Apesar de toda a evolução tecnológica do nosso século, isto não impede o câncer de continuar vitimando pessoas e de ser ainda hoje para a sociedade uma palavra proibida. Ou seja, tido como sinônimo de morte e como uma doença a se esconder, o estigma é algo que se encontra arraigado às pessoas.

Estar com câncer pode determinar discriminação e rejeição social, desde o âmbito familiar até as atividades produtivas, onde o indivíduo além de vivenciar a situação da doença em si, necessita enfrentar o descrédito social. (<http://www.inca.gov.br>)

\*A inaceitabilidade social pode ser atribuída a muitas variáveis, entre as quais, a mais relevante refere-se ao medo das pessoas do sofrimento prolongado, que se manifesta no decorrer do tratamento e nas etapas da doença. Em uma sociedade onde o indivíduo é explorado de forma mercantilista, a perda da capacidade produtiva em decorrência de uma moléstia faça com que o desamparo social seja sentido com mais intensidade pelo doente.

Segundo o site (<http://www.inca.gov.br>), o câncer é : “o nome que se dá a um conjunto de doenças que se caracterizam por um crescimento desordenado das células. O acúmulo dessas células dá origem aos tumores”.

Para Leite (1996, p.9), câncer é: “a transformação que as células sofrem e passam a apresentar alterações cromossômicas, distúrbios na capacidade de diferenciação no controle do ciclo celular e no crescimento dos tecidos”.

No Brasil a incidência de câncer vem aumentando a cada ano. As descobertas de tratamento acompanham esse aumento de incidência.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e da criação do sistema único de saúde (SUS), regulamentada pela lei Orgânica da saúde (LOS), a 8080, de 19 de setembro de 1990, e



8142, de dezembro de 1990, estruturas regimentais foram atualizadas em termos da prevenção e controle do câncer.

KLIGERMAN (2002), aponta quatro elementos básicos que caracterizam a necessidade de uma política social de prevenção e controle do câncer:

1. O câncer é a segunda causa de mortalidade por doença no Brasil;
2. A incidência de câncer cresce progressivamente, inclusive em faixas etárias abaixo dos 50 anos;
3. Os serviços de assistência oncológica são insuficientes, às vezes inadequados e mal distribuídos geograficamente;
4. Muitos óbitos poderiam ser evitados por ações de prevenção ou detecção precoce.

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde (1995):

A determinação do câncer é direta ou indiretamente dependente de fatores extrínsecos relacionados ao ambiente, em particular à ocupação, à dieta, estresse e hábitos de vida, sendo os fatores pessoais e genéticos também considerados como determinantes.

Atualmente, o combate ao câncer é alcançado integrando-se os diversos serviços assistenciais de que esse paciente venha a precisar. Esses serviços começam pelo diagnóstico e estadiamento da neoplasia maligna, passando pelos três tipos possíveis de seu tratamento oncológico, ou seja, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que implementam a cura ou a diminuição dos sinais e sintomas do câncer. Devidamente apoiados nos chamados serviços de suporte<sup>8</sup>, completam-se com a reabilitação do paciente ou com os cuidados paliativos que trazem alívio e dignidade ao doente.

O paciente oncológico nos últimos anos, pode contar com uma Assistência em Ambulatórios e Hospitais Especializados, com tecnologia de ponta de altos custos, que estão

---

<sup>8</sup> Compreende o conjunto de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas.

regulamentados pela portaria 3535/98<sup>9</sup> (normaliza o recadastramento e o cadastramento das unidades prestadoras de serviços oncológicos, enfatizando a indispensabilidade da assistência integral e integrada ao paciente com câncer); pela portaria 3536/98 (define as normas de autorização e a codificação dos procedimentos de quimioterapia e radioterapia, no âmbito do SUS). Esta portaria representa o mais importante instrumento para a autorização desses procedimentos, pois possui os conceitos, orientações e compatibilidades que são indispensáveis ao seu trabalho; e efetivada através da NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde – 2001), da Política de Atenção de alta Complexidade/Custo no SUS.

Na história do controle do câncer em Santa Catarina, encontramos o Hospital de Caridade, um dos poucos que possui o Tratamento de Radioterapia,<sup>10</sup> sendo o mais procurado pelo usuário Oncológico. O mesmo dispõe de várias alas para o atendimento de pacientes oncológicos da radioterapia pelo SUS. São elas: Ala Nossa Senhora da Saúde; Ala Irmã Bernadete; Ala Joana de Gusmão – ANEXO; Ala nossa Senhora das Graças.

O câncer nas últimas décadas tem sido considerado como uma séria questão de saúde pública, decorrente da alta incidência, evolução e elevada taxa de mortalidade.

Segundo Jacob Kligerman (2002), atual diretor do Instituto Nacional de Câncer – INCA, o controle do câncer em nosso país, é um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta, pois sendo a segunda causa de morte, por doença, demanda a realização de ações com variados graus de complexidade.

As estimativas de 2003 sobre incidência e mortalidade por câncer, como parte do sistema de vigilância do câncer, fornece um conjunto de informações que permite um melhor entendimento do cenário brasileiro, bem como dá subsídios para o planejamento de ações em nível, nacional, estadual e municipal, sob a ótica da prevenção e controle.

---

<sup>9</sup> Em anexo.

<sup>10</sup> Método de tratamento do câncer, com ondas de energias aplicadas na área do corpo onde se encontra a doença. Seus raios impedem que as células afetadas cresçam e dividam-se.



Estima-se que, no ano de 2003, haverá 337.535 casos novos e 122.600 óbitos por câncer, em todo o Brasil. Nos homens, esperam-se 165.895(49%) casos novos e 66.060 (54%) óbitos, enquanto que, nas mulheres, estimam-se 171.640 (51%) casos e 56.540 (46%) óbitos.

Observa-se que, apesar do número maior de casos novos entre as mulheres, a mortalidade por câncer é menor entre elas do que entre os homens.

Em Santa Catarina, os tumores mais incidentes entre os homens, deverão ser o câncer não melanótico de pele (45,8/100,000) e o câncer de pulmão (26,2/100,000). Entre as mulheres, as maiores incidências serão a neoplasia maligna não melanótica de pele (52,3/100,000) e a neoplasia maligna de mama (30,5/100,000). O câncer de pulmão (20,6/100,000) apresentará a maior mortalidade entre homens, seguindo do câncer de estômago (12,1/100,000). As mulheres apresentarão uma maior mortalidade por neoplasia maligna de mama (10,7/100,000), seguida da neoplasia maligna de pulmão (6,6/100,00). (<http://www.inca.gov.br>).

A Tabela<sup>11</sup> mostra os principais tipos de câncer, distribuídos por casos novos e óbitos, estimados para 2003, em Santa Catarina/Florianópolis. Pela análise da tabela, percebe-se que as taxas brutas de incidência e mortalidade por câncer de pulmão, entre os homens, são as mais altas do Sul e Santa Catarina é a única região em que este tumor figura como a segunda causa de morte por neoplasia entre as mulheres.

---

<sup>11</sup> Em anexo.

## 2.1.2 Direitos dos Pacientes Oncológicos

*“O exercício dos direitos não cura, mas pode aliviar” Maria Cecília Mazzariol Volpe*

Neste século, cada vez mais se articula uma perspectiva de consolidação democrática e ampliação da cidadania através dos direitos. Todavia, parte dos cidadãos brasileiros ao procurarem o sistema de saúde para serem atendidos, deixam de ser tratados como seres humanos, passando a ser considerados somente, como um osso quebrado/uma neoplasia, não tendo nome, nem sobrenome, atendido de forma indigna, sem o menor respeito. Diante deste fato, achamos de suma importância abordarmos os direitos dos pacientes, primeiramente o direito do paciente hospitalizado e em seguida, os direitos dos pacientes oncológicos. Ambos garantidos de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal como:

A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90), “é responsabilidade do Estado a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, garantindo à população acesso aos serviços e ações de saúde sem privilégios de qualquer espécie”.

De acordo com a revista Enfermagem Brasil (Miranda, 2003), todo paciente hospitalizado tem direito:

- De receber um atendimento atencioso e respeitoso;
- À dignidade pessoal (inclusive não ser obrigado a ficar despido mais tempo do que o necessário e tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado);
- Ao sigilo ou segredo médico;
- De conhecer a identidade dos profissionais em seu tratamento;

- À informação clara, em linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico;
- De comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor;
- De recusar tratamento e de ser informado sobre as consequências médicas dessa opção;
- De ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento e de recusar a participar deles;
- De receber uma explicação completa à sua conduta hospitalar;
- De reclamar (e a reclamação não deverá ter influência na qualidade do tratamento);
- De recusar a realização de exames desnecessários;
- De ter acesso a uma segunda e/ ou terceira avaliação;
- De escolher o médico e/ou especialista dentro do ambiente hospitalar;
- De questionar a medicação prescrita;
- De ter acesso à ficha médica.

Este último, fundamentado conforme o Código de Ética Médica – art 70 de 1988, capítulo VII. É vedado ao médico: “Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão salvo quando, ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”. Já a Cartilha dos Direitos dos Pacientes (2000) cita que:

O paciente tem direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultar-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações.

Por fim, também fundamentado no Código de defesa do Consumidor – art 72, o prestador de serviços, tal como médico ou profissional de saúde não pode: “impedir ou dificultar o acesso do cliente às informações que contêm em cadastro, banco de dados, fichas ou registros”.

Portanto, o paciente ou seus familiares tem direito de acesso a todas as informações existentes sobre ele em cadastro, exames, fichas, prontuários, enfim, todos os dados referentes ao paciente e a doença. Para exercer seu direito é necessário encaminhar um requerimento à entidade ou ao médico que detenha as informações.

A legislação Brasileira assegura aos portadores de câncer (neoplasia maligna) alguns direitos especiais destacados a seguir:

- **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)** – A Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, com dispositivo acrescentado pela Lei nº 8.922, de 25 de julho de 1994, em seu art. 20, inciso XI, assegura que a conta vinculada do FGTS poderá ser removida quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

Precisam apresentar na Caixa Econômica Federal no Setor de Atendimento ao Trabalhador, os seguintes documentos: Carteira de Trabalho – (original e fotocópia); Documento de identidade; Laudo Histo-patológico (biópsia); Atestado médico; Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, se for o caso; No caso de dependente, apresentar certidão de nascimento ou casamento provando o vínculo.

O atestado médico deve ser fornecido pelo médico que acompanha o paciente, com prazo de validade de 30 dias, contendo as seguintes informações: Nome do paciente, Diagnóstico com CID - Código Internacional de Doenças, Estágio clínico atual da doença e Menção à Lei 8922 de 25/7/94. (BRASIL, Caixa Econômica Federal, 2003).

- **Auxílio-doença** - será concedido ao doente que ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos. Durante os

primeiros 15 dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, cabe à empresa pagar ao doente empregado o seu salário. Não existe carência para se requerer o auxílio-doença para quem tem câncer, desde que provada por laudo médico e que o paciente tenha inscrição no regime Geral de Previdência Social – INSS. O auxílio consistirá numa renda mensal correspondente a 91% do valor pago da última contribuição. O auxílio-doença deixa de ser pago quando da recuperação da capacidade para o trabalho ou pela transformação em aposentadoria por invalidez. Para ter acesso a este, o paciente deve procurar o posto do INSS mais próximo de sua residência, munido da seguinte documentação: Laudo médico (com descrição da doença, data do diagnóstico, CID, e assinado por mais outro médico); Cartão de inscrição do INSS; Carnê de pagamento do INSS (autônomo); Carteira de trabalho original (se empregado); Comprovante de residência original e 1 xerox; CIC original e 1 xerox. (VOLPE, 2003).

- **Aposentadoria por Invalidez** - De acordo com a previdência social, possui direito ao benefício o segurado que for considerado incapaz de trabalhar e não esteja sujeito à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença. O doente de câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que tenha a qualidade de segurado, isto é, que seja inscrito no Regime Geral de Previdência Social - (INSS). Caso o segurado esteja recebendo o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez começará a ser paga a partir do dia imediato ao da cessação do auxílio-doença. Quando o doente não estiver recebendo o auxílio-doença, o benefício começará a ser pago a partir do 16º dia de afastamento da atividade ou a partir da data da entrada do requerimento, se entre o afastamento e a entrada do requerimento decorrerem mais de 30 dias. Para os trabalhadores autônomos, o benefício começará a ser pago a partir da data da entrada do requerimento, quando requerido após o 30º dia do afastamento da atividade. O benefício deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade para o

trabalho; ou quando volta voluntariamente ao trabalho; ou quando solicita e tem a concordância da perícia médica do INSS. (BRASIL, Previdência Social, 2003).

- **Isenção de Imposto de renda na Aposentadoria** - Os doentes de câncer estão isentos do imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive as complementações (RIR/1999, art 39, XXXIII, IN SRF nº 15, de 2001, art 5, XII). Mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação, ficando isento o doente de câncer que recebeu os referidos rendimentos. (Lei nº 7.713, de 1988, art 6, inciso XIV). Para solicitar a isenção, o paciente deve procurar o órgão que paga a aposentadoria (INSS, Prefeitura, etc...) com requerimento e comprovar a doença mediante laudo pericial a ser emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo fixado prazo de validade do laudo pericial, nos casos passíveis de controle (lei nº 9.250, de 1995, art 30; RIR/1999, art 39; INSRF nº 15, de 2001, art 5). Os documentos necessários para o requerimento são a cópia do laudo histopatológico e atestado médico que contenha: diagnóstico expresso da doença; CID (código internacional de doença); menção ao decreto nº 3000 de 25/03/99; estágio clínico atual da doença e do paciente; carimbo legível do médico com o nº do CRM (Conselho Regional de Medicina). Após a solicitação é realizada a perícia médica, e caso o pedido seja aceito, a isenção de imposto de renda para os doentes aposentados é automática. É importante salientar que só terá direito ao pedido de isenção os doentes aposentados. (BRASIL, Receita Federal, 2003).

- **Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente (LOAS – lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742/93,art 2)** – O doente de câncer que sofre de deficiência ou com idade superior a 70 anos possui direito a uma renda mensal, desde que comprove a impossibilidade de garantir seu sustendo e que a sua família também não tenha essa condição, não esteja vinculado a nenhum regime de previdência social e não receba benefício de espécie



alguma. Mesmo em estado de internação, tanto o idoso como o deficiente possuem direito ao benefício. O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito à pensão a herdeiros ou sucessores. O beneficiário não recebe 13º- salário. A família será incapaz de manter o doente deficiente se a soma dos rendimentos, dividida pelo número de pessoas que dela fazem parte, não for superior a um quarto do salário mínimo. O doente deve fazer o pedido e o exame médico pericial no INSS e conseguir o laudo médico que comprove sua deficiência. A renda mensal deverá ser revista a cada dois anos para avaliação das condições do doente e comprovação da permanência da situação comparada com quando foi concedido o benefício. O pagamento do benefício cessa no momento em que ocorrer a recuperação da capacidade de trabalho ou em caso de morte do beneficiário. (BRASIL, Previdência Social, 2003).

- **Isenção de Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS) para a aquisição de veículos – Deficientes Físicos** – É um imposto Estadual. Cada Estado da Federação tem sua lei própria. Em Santa Catarina, esta regulamentação pelo RICMS/97, anexo 2, art 38 à 40, isenta do ICMS os portadores de câncer que sofreram deficiência física que o impeça de dirigir veículo convencional decorrente do tratamento. (BRASIL, AMUCC, 2003).

- **Isenção de Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) - Deficientes Físicos** – É um imposto estadual, pago anualmente. Cada Estado da Federação tem sua lei própria regulamentado. Em Santa Catarina, é regulamentada pela Lei nº 7.543, de 30 de dezembro de 1988, que institui o imposto sobre o IPVA, no seu art 8, isenta o imposto sobre a propriedade de veículo terrestre adaptado para ser dirigido exclusivamente, por motorista portador de deficiência física que o impeça de dirigir veículo normal. (BRASIL, AMUCC, 2003).

- **Isenção de imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para a aquisição de veículo – Portador de Deficiência** – É um imposto federal, regulamentado pela lei nº 10.182/2001, que restaurou a vigência da lei nº 8.989/95, que dispõe sobre a isenção do IPI, na

aquisição de automóveis, fixa em seu art 2, caput e parágrafo único que: ficam quando adquiridos por pessoas que, em razão de serem portadores de deficiência física, não possam dirigir automóveis comuns. O direito à isenção ao doente de câncer apenas acontece quando este possui deficiência física nos membros superiores ou inferiores, impossibilitando o doente de dirigir veículos comuns. É necessário que o doente solicite ao médico os exames e o laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência. Para obter a isenção do IPI, o interessado deverá:

I - obter junto ao Departamento de Trânsito do estado onde residir, os seguintes documentos: laudo de perícia médica e carteira nacional de habilitação com a especificação do tipo de veículo, com suas características especiais, que está autorizado a dirigir, conforme o laudo de perícia médica, se o deficiente físico não tiver carta de motorista deverá providenciá-la no prazo de 180 dias;

II - apresentar requerimento de acordo com o modelo, em três vias, dirigido ao Delegado da Receita Federal;

III – não ter pendências junto à secretaria da receita Federal relativas aos impostos federais, como, por exemplo, imposto de renda. (VOLPE, 2003).

- **Programa de Integração Social (PIS)** – A Resolução nº 1, de 15 de outubro de 1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP estabelece direito ao recebimento do benefício, podendo ser retirado na Caixa Econômica pelo trabalhador cadastrado que tiver neoplasia maligna ou o trabalhador que possuir dependente doente de câncer. Para efetuar o saque são necessários os seguintes documentos: comprovante de inscrição no PIS/PASEP; carteira de trabalho; documento de identificação; atestado médico fornecido pelo médico que acompanha o tratamento do doente. (BRASIL, Caixa Econômica Federal, 2003).



- **Cirurgia Plástica Reconstructiva da Mama** – pode ser realizada através: do SUS, Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, obriga o Sistema Único de Saúde a realizar cirurgia plástica reconstructiva da mama nas mulheres que sofreram mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer; dos planos de saúde, Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a alteração da Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001, obriga-os, por meio de sua rede de unidades conveniadas, a prestação de serviço de cirurgia plástica reconstructiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, nos casos de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (BRASIL, AMUCC, 2003).

Dessa forma, constatamos que apesar de todos os avanços ocorridos nos últimos anos sobre os direitos assegurados aos pacientes oncológicos, os mesmos desconhecem os seus direitos. Para tal, é necessário que os profissionais do Serviço Social conheçam estes direitos, para assim, informar seus pacientes.

## 2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROBLEMÁTICA INERENTE DO PACIENTE ONCOLÓGICO INTERNADO NA ALA JOANA DE GUSMÃO

O câncer é uma patologia que traz implicações de diferentes naturezas para quem vive a experiências desta enfermidade, podendo determinar uma série de limitações e dificuldades sociais para seu portador. A exclusão do mundo do trabalho, a possibilidade de necessitar de ajuda alheia para tarefas rotineiras, são apenas alguns exemplos. Segundo Gadelha (1990):

O Impacto do câncer sobre a sociedade é cruel, por um lado – pelas repercussões sociais e econômicas que o câncer traz consigo, (recursos investidos, anos de vida perdidos, perda do potencial de trabalho humano, entre outros), por outro lado – pelas complicações que o câncer acarreta para os doentes e sua família, quais sejam, a dor, o sofrimento, a incapacidade e a morte.

Como vê-se, a pessoa com câncer sofre grande pressão. Uma das maiores dificuldades refere-se aos sentimentos e estigmas que a sociedade associa com a palavra câncer. O mesmo suscita uma imagem de solidão, abandono e desamparo. O sofrimento pessoal tende a associar-se com castigos por pecados desconhecidos, associados com desgraça e morte.

O câncer traz em sua história o estigma da morte e isto de alguma maneira está no inconsciente coletivo das pessoas. Para o paciente com câncer o medo se revela na idéia de uma morte demorada e dolorosa. Essa visão desperta nas pessoas muitos sentimentos contraditórios, como por exemplo: a rejeição, o medo de arruinar a família, da hereditariedade da doença, etc. O preconceito que esta doença carrega não é só da família, mas da população em geral e muitas vezes até mesmo do profissional da saúde, sendo importante desmistificar as idéias que se tem sobre o câncer. (RAMOS, 1998, p. 34).

Com a doença ou mesmo com a hospitalização, e pela resultante dependência que muitas vezes surge no paciente, há uma alternância dos papéis desempenhados pelos indivíduos dentro da família e até mesmo na comunidade.

Pessoas antes consideradas líderes, produtivas e capazes de decidir em momentos difíceis passam a não ter mais esse espaço e a desempenhar papéis que denotam uma dependência e submissão. Ou seja, a diminuição ou incapacidade total da sua força física limita e impede uma nova condição de vida, afetando-o psicologicamente e emocionalmente.

A pessoa com a qual atuamos, o paciente oncológico, possui uma concepção especial, ao ser concebida como aquela que está passando por momentos difíceis frente a uma doença que pode constituir-se como fatal.

Por ser portador de uma enfermidade, às vezes, torna-se uma pessoa debilitada, que se encontra em momentos de fraqueza e por não estar em condições físicas normais, tende também a enfraquecer emocionalmente, tornando-se uma pessoa que necessita de apoio. Por se encontrar num ambiente diferente do qual está habituado a viver, e também isolado do mundo exterior, necessita mais do que nunca do convívio de outras pessoas, para dialogar, trocar idéias para que não fique voltado apenas para sua enfermidade.

Para prestar assistência ao paciente oncológico, há que se considerar diversos aspectos, ou seja, o psicológico, social, cultural, espiritual e econômico, bem como o tratamento específico para a neoplasia.

Na fase do diagnóstico e investigação do câncer, o paciente necessita de orientação sobre como serão feitos os exames, seu tempo de duração e suas possíveis complicações, além de informações sobre os locais em que os exames podem ser realizados. Ao ser estabelecido o diagnóstico de câncer, o paciente passa por um período difícil, podendo o assistente social colaborar na adaptação do paciente e da sua família à nova realidade, atuando também na desmistificação de algumas fantasias que os pacientes tenham a respeito de seu tratamento.

## 2.2.1 Considerações sobre a problemática inerente ao paciente

### internado em tratamento radioterápico

A grande maioria das pessoas que realizam tratamento radioterápico no Hospital de Caridade – ANEXO são lavradores, domésticas, donas de casas, com um nível sócio-econômico extremamente baixo, provenientes do interior do Estado, amedrontados com a cidade grande e sem quaisquer informações sobre seus direitos previdenciários e outros de modo geral. Trazem consigo, sobretudo, a preocupação de terem deixado os familiares, seus afazeres e a repercussão econômica que isso possa ocasionar. Estão hospitalizados porque a doença está em um estágio que lhes impossibilita trabalhar, ou as dores são insuportáveis.

Para o paciente oncológico, a doença é um fator que determina o seu afastamento, seja de modo temporário ou definitivo, do seu ambiente de trabalho, do seu grupo de amigos, de seu lar e de sua família. Isto ocorre pela necessidade de buscar um tratamento em uma instituição de saúde ou pelo estigma que a doença causa ao seu portador, em nossa sociedade. O paciente, tanto quanto outro, perde a sua autonomia, o seu poder de tomar decisão, sendo afetada a sua auto-imagem e auto-conceito. (SILVA, 1999, p. 37).

Nossa realidade demonstra que a maioria dos casos encaminhados para tratamento já estão em fase adiantada, comprometendo sobremaneira o prognóstico e a qualidade de vida do paciente que, paralelamente, já apresenta um quadro psico-sócio-econômico abalado em relação ao seu cotidiano.

O portador de câncer inicia a sua jornada, com o diagnóstico da doença muitas vezes tardio e vislumbra uma trajetória com grandes possibilidades de dor e sofrimento. Ouve constantemente as estatísticas, retratadas em percentuais de cura, de eficácia das medicações, de sobrevivência provável e até a provável data da morte. A vida se apresenta numa constante batalha entre (o que é possível se fazer) e quando (não se tem mais nada a fazer). Mas à medida que as pesquisas avançam, também a abordagem se modifica. (MERCÊS, 1998, p. 2).

O paciente oncológico atualmente pode contar com uma assistência em ambulatórios e hospitais especializados, com tecnologia de ponta de altos custos. Infelizmente, quando

chegam a esses serviços, além de possuir a doença, está já se encontra em estado avançado. Muitas vezes essa situação se agrava ainda mais pela demora do diagnóstico e inadequado encaminhamento o que dá margem para a evolução da doença e surgimento de metástases. Para Ramos (1998, p.5):

A satisfação das expectativas dos pacientes e de seus familiares mediante um atendimento eficaz e digno, é o compromisso que tem que ser assumido por todos e que ponderar conferir um sentido concreto e mais humano aos esforços organizacionais realizados nos últimos anos tanto pelo setor público como pelo privado.

Por sua vez, o paciente, ao ser admitido no hospital, sente-se como uma pessoa que deixou de ser capaz de assumir plena responsabilidade por decisões e ações, para se sujeitar às contingências impostas por sua doença, pelo regulamento do Hospital e pelo tipo de tratamento a receber. Precisa, ainda, submeter-se às normas e rotinas estabelecidas. Deve obedecer a ordens e decisões quanto à alimentação, banho, à distribuição de seu tempo, horário de despertar, comer, repousar, dormir, receber visitas, quanto às restrições em relação à sua locomoção nas várias horas de seu dia.

Em geral, uma pessoa ao ser internada pela primeira vez, desconhece os padrões de comportamento que deve seguir, por não ter pontos de referência que a orientam. É forçada a viver de forma diferente da que está habituada e diversa da que prevalece em seu meio ambiente. Para Silva (1999, p.20,21):

No processo de aceitação da doença, ou mesmo da morte, é indispensável que se preste uma assistência humanizada, prevendo entre outras coisas, um processo de comunicação com o paciente e sua família. Para tanto, o profissional de saúde deve ter apoio de outros profissionais e deve trabalhar seus próprios medos, ansiedade, angústias e valores, no que diz respeito ao câncer e morte, pois só assim conseguirá desenvolver sua própria percepção e comunicação, sendo capaz de se colocar no lugar, seja do paciente ou da família. Dessa maneira, poderá trabalhar no sentido de integrar equipe de saúde, paciente e familiares, eliminando preconceitos com relação ao paciente oncológico e à morte, tendo claro que antes da doença existe a expectativa de um ser humano e antes da morte, existe a possibilidade de um viver com conforto.

Reconhecemos que, o paciente oncológico além de carregar todo o estigma da sua doença, acaba deparando-se com o ambiente deprimente do hospital. Com isso salientamos que a família e o profissional de saúde deverão cumprir papel de grande importância, ao prestar apoio e segurança a este paciente, para que seu tratamento tenha aspectos positivos.

### **2.2.2 A importância da família junto ao paciente internado**

A família do paciente portador de câncer é um aspecto importante a ser considerado, tendo em mente que o tipo de estrutura familiar em que se encontra é que determinará o tipo de apoio que este paciente virá a receber. A participação da família em todo o processo de tratamento é muito significativo para o paciente, pois ela traz segurança e faz com que não se sinta esquecido e abandonado. A importância de abordarmos este aspecto reside no fato de que o afastamento do lar é uma experiência angustiante vivida pela quase totalidade dos pacientes internados em tratamento radioterápico.

A família é mediadora entre o indivíduo e a sociedade, e através dela aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora de nossa primeira identidade social.

É impossível entender a família sem considerá-la inserida dentro da complexa trama social e histórica que a envolve. Família, portanto, não é só algo natural e biológico, mas uma instituição criada pelos homens em relação, com formas diferentes em situações e tempos diferentes, para responder as necessidades sociais. Como instituição social, constitui também para os homens uma representação socialmente elaborada e que orienta a conduta de seus membros. Além da função biológica de reprodução, possui também a função ideológica, pois é na família que as pessoas são educadas para que venham a continuar biológica e socialmente a estrutura familiar.

A existência e a importância da família é algo com que todos concordamos. A dificuldade surge ao tentarmos defini-la, portanto, com base nos princípios de nossa formação e principalmente nas experiências de nosso cotidiano, define-se família como: um grupo de pessoas que desfrutam de um relacionamento mais íntimo e estrito, que na maioria das vezes são ligados por laços de parentesco, de sangue ou afinidade.



A família, segundo Mioto (1997, p.120) é definida como “um núcleo de pessoas que convivem em um determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas ou não por laços consangüíneos”.

O tipo de estrutura familiar em que vivem os pacientes com câncer, assim como a dinâmica que se apresenta à dita estrutura, determina logicamente muitos dos problemas específicos relativos à família e ao sistema familiar que se vêem afetados com o aparecimento do câncer em um de seus membros.

Quando se conhece este tipo de dados sobre a família do paciente, pode-se ter uma melhor visão da necessidade de apoio que será dispensada ao paciente internado.

Na maioria dos casos, as famílias se unem em momentos de crise, ao mesmo tempo em que os parentes e conhecidos da família se mobilizam com a notícia da enfermidade e todos se preparam para ajudar no que for possível.

Os pacientes, gravemente enfermos, por estarem internados durante um longo tempo, e estarem fora de seu Município, tendem a passar por bruscas mudanças em sua vida, sendo que suas relações sociais fazem parte destas mudanças, seu círculo de relações resume-se a família e a equipe de saúde, que envolvidos no processo, passam a apresentar atitudes que exercem influência no comportamento do paciente.

Portanto, é de extrema relevância a presença de familiares junto a seus entes, pois isto favorece ao paciente um certo conforto, e a sensação de não se sentir desamparado em meio a pessoas estranhas. Porém esta questão é muito complexa. Apesar de saber da importância do acompanhante junto ao paciente internado, nos deparamos com restrições legais, pois é legalmente amparada a presença de acompanhantes somente a menores de dezoito anos e maiores de sessenta anos. Assim, apesar dos avanços conquistados com essas leis, fica uma grande lacuna, pois acompanhantes de pacientes fora desta faixa etária ficam desprotegidos legalmente, já que não há lei que os ampare, tornando esta situação um tanto injusta, pois



pessoas entre as idades citadas necessitam tanto de apoio familiar quanto as demais. Outro obstáculo para a presença do acompanhante (familiar) é quanto à estrutura física da maioria dos hospitais. Algumas instituições permitem a presença de acompanhantes independente da idade, porém falta espaço físico para acomodar estes acompanhantes. A maioria dos quartos são coletivos, exceto os de isolamento, estando geralmente ocupados por leitos de pacientes, tornando-se impossível acomodar camas para os acompanhantes como prevê a lei para alguns casos. Outro problema é a alimentação, que se torna geralmente restrita para acompanhantes de pacientes que residem em cidades distantes do local da internação.

Em meio a toda esta contradição está o profissional do Serviço Social que lida diretamente com este problema e muitas vezes é recriminado pelos pacientes e familiares, pois os mesmos interpretam os problemas citados acima como má vontade do profissional em tentar solucionar o seu problema.

### 2.2.3 A Intervenção do Serviço Social junto ao paciente oncológico

O desenvolvimento do Serviço Social no campo da saúde surgiu em decorrência de que a saúde do indivíduo não está relacionada somente aos fatores físicos, procurando, assim, visualizar o homem como uma unidade bio-psico-social.

Acreditamos, portanto, que o Serviço Social, ao atuar na área hospitalar, presta importante contribuição no atendimento às necessidades humanas e sociais, ou seja, a todas as pessoas que se encontram na Instituição, quer sejam pacientes, familiares, membros da equipe de saúde, ou outros.

O Conselho Nacional de Saúde – CNS, através da Resolução Nº 218 de 06 de março de março de 1997, reconheceu o assistente social, juntamente com outras categorias, como profissional de saúde de nível superior. Também conforme parecer 06/06/1990 do Conselho Federal de Serviço Social, Associação Nacional de Assistentes Sociais e Associação Brasileira de Serviço Social o profissional de saúde é mencionado no seguinte contexto:

- \* O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O assistente social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O assistente social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde numa perspectiva de universalidade e integralidade à população. (CFESS, ANAS e ABESS, 1990)

A prática profissional do Serviço Social deve ser a relação saúde e cidadania, pois os usuários normalmente recebem seus direitos como favor, e diante de tão pouco acesso que tem aos serviços de saúde, não conhecem os seus direitos. Segundo Yamamoto (1999, p.113):

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. O perfil predominante do assistente social

historicamente é o de um profissional que implementa políticas sociais. Hoje exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional prepositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informações, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado.

É conhecendo os direitos do usuário, que o Serviço Social deve intervir para que os mesmos sejam assegurados e visem a conscientização, no sentido de que os usuários conheçam e aprendam a reivindicar esses direitos.

Outra razão se dá também pelo fato de ter conhecimentos sobre o comportamento humano e de ter aprendido a aceitar as diversidades das pessoas em termos de atitudes e ações. Neste sentido, o assistente social pode contribuir no sentido de uma compreensão realista dos problemas que o paciente e sua família têm que enfrentar face o diagnóstico negativo, tratamento prolongado ou recuperação parcial. Pode, além disso, informar sobre qual a forma habitual do paciente reagir face à situação problemática, o que possibilita à equipe interdisciplinar, proporcionar-lhe ajuda mais efetiva e consistente, adequada à sua realidade e a de sua família. Também é um meio do assistente social interpretar suas funções para os demais profissionais e cooperando com o tratamento hospitalar aos pacientes.

É neste momento que o profissional de Serviço Social torna-se importante na questão da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, buscando restabelecer a saúde ou trabalhar para que o paciente oncológico tenha **uma melhor qualidade de vida**. Lembrando que a **Saúde é mais que a ausência de enfermidade**, é o **bem estar** biopsicossocial, ou seja, poder sentir e desenvolver plenamente a sua capacidade de ser humano.

### **3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO QUE REQUER TRATAMENTO RADIOTERÁPICO**

#### **3.1 O DESENVOLVER DA PESQUISA**

Esta pesquisa constituiu-se de acordo com o objetivo proposto, sendo realizada junto aos pacientes portadores de câncer, internados na Ala Joana de Gusmão – Anexo. A pesquisa realizada foi de caráter qualitativo, e teve como objetivo levantar dados coletados por meio de entrevista semi-estruturada composta por oito perguntas. Através destas buscou-se verificar a visão que o paciente oncológico internado tem sobre o atendimento prestado pelo Serviço Social e se os mesmos conhecem seus direitos enquanto pacientes.

Optamos por uma pesquisa qualitativa, porque concordo com Richardson (1989, p. 39), quando afirma que:

Os estudos de natureza qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos, por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento do indivíduo.

Utilizamos a técnica de entrevista como instrumento por considerarmos adequado ao estudo qualitativo, permitindo-nos uma versão dos processos pessoais de concepção da realidade e um maior aprofundamento na complexidade deste trabalho, que estudos quantitativos não permitiriam. A entrevista segundo Minayo (1999), é uma fonte de informações que fornece dados referentes a fatos, idéias, concepções, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, pensar e agir.

Para alcançar o objetivo proposto, realizamos o estudo com quatro pacientes internados no ANEXO. Os critérios estabelecidos para a entrevista foram:

- Ser paciente oncológico em tratamento radioterápico;
- Ter conhecimento do diagnóstico;

- Ter idade superior a 21 anos;
- Não ter restrições à comunicação oral;
- Concordar em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada em Maio/2003. Os dados das entrevistas foram registrados em fita cassete, transcritas e organizadas, de modo que inicialmente, fez-se uma lista de falas mais significativas em relação às questões apresentadas.

Para assegurar o anonimato e o sigilo dos participantes do estudo a seguinte escala foi adotada:

- Letra inicial do nome;
- gênero F – feminino / M – masculino;
- idade – o número correspondente à idade.

Por fim, após ter as falas mais significativas e classificá-las de acordo com a escala, passaremos a descrever e analisar as mesmas.

### 3.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao iniciarmos este item, buscamos analisar as questões separadamente, sendo que estão selecionados apenas os principais fragmentos das respostas. Os trechos foram selecionados porque estavam mais de acordo com a indagação da pergunta.

Ao perguntarmos aos pacientes, o que é o Serviço Social para os mesmos, obtivemos como resposta os relatos abaixo:

“Eu acho que é uma profissão muito importante né, não só para mim, mais para todos né”. (FM23).

“O serviço que elas fazem, vão em casa em casa, não deixam uma casa para trás. Fazem perguntas, se o cara tem problema, está doente, tem pressão alta, qualquer problema de saúde, elas perguntam e fazem anotações”. (OM70).

“Serviço Social é um trabalho que tem nos ajudado né. É através de uma Assistente social, que pode ajudar nas passagens de ônibus e a chegar nos médicos também”. (MF51).

“Serviço Social é de grande importância para todos nós né, porque junto ao Serviço Social a gente consegue resolver problemas que às vezes a gente não tem condições”. (VF60).

Nas frases acima, pudemos constatar que alguns pacientes relacionam o Serviço Social ao profissional, destacando o que o assistente social faz/presta. Também pudemos observar nos relatos acima, a associação da profissão com a ajuda e resolução de problemas. Para tal, precisamos esclarecer aos usuários que o Serviço Social é uma profissão, que se situa no processo da reprodução das relações sociais, como mediador na relação Estado, Instituição e usuário, desenvolvendo uma ação socioeducativa, possibilitando o acesso aos serviços e benefícios sociais, e esclarecendo aos usuários sobre seus direitos, para que estes possam a vir futuramente reivindicar os mesmos. Este último, muito importante, pois os pacientes precisam se conscientizar que estão recebendo o que é de direito e não uma ajuda, no qual tem de ser eternamente agradecidos.

Ao indagarmos se os mesmos já foram atendidos por um assistente social, tivemos como resposta os seguintes depoimentos:

“Sim, porque na minha cidade é muito frio né, e tinha pessoas no bairro que precisavam de roupa, cobertor, daí o departamento social dava, porque era muito frio, chegou a nevar muito, achei muito legal a atitude”. (FM23).

“Sim, atendido em casa e no posto de saúde, dando orientações, o que pode ou não fazer, se pode apanhar sol, apanha, se não, pode ser ruim”. (OM70).

“Sim, na minha cidade eu recebi ajuda da Assistente social, se não eu não estaria aqui né, recebendo a ajuda que eu tenho aqui. Foi através da Assistente social, com ajuda dela, a gente agilizou, através dela e Assistente social daqui, as duas conversando daí chegou até o médico”. (MF51).

“Sim, aqui justamente a gente vê pessoas maravilhosas, a assistência social, uma pessoa excelente, atende a gente com amor. Eu não imaginava que prestasse um serviço tão bonito, eu fico feliz e agradecida por isso”. (VF60).

Pudemos observar que todos os pacientes já foram atendidos por um profissional do Serviço Social, quer seja através de ações de caráter emergencial, como roupa, cobertor ou passagem; ou ações de caráter socioeducativas, como orientações, informações; também como facilitador intermediário entre Instituições.

Quando perguntamos o que os mesmos acham importante que o Serviço Social faça/preste na Ala Joana de Gusmão – Anexo, obtivemos os seguintes depoimentos abaixo:

“Acho que tem pessoas novas né, que não conhece nada aqui, derrepente vem aqui, mais sabe, a pessoa já é de idade e a primeira vez que ela vai lá e sozinha, fica ruim. Eu achava que tinha que ter uma pessoa só para levar os novatos pra lá, porque eles não sabem o caminho, a sala da radio, mostrar certinho, acho isso importante, orientar mesmo”. (FM23).

“É, acho sim, que nem você veio hoje, é muito bom”. (OM70).

“Porque aqui existem pessoas que pela primeira vez estão chegando, e no caso elas não sabem o caminho de ida e volta para radio. Precisa que alguma pessoa dentro do próprio Anexo, funcionário levasse essa pessoa por uma, duas vezes, para ela ter essa ajuda, orientar-la”. (MF51).

“Nada, pois quando alguém precisa de alguma coisa, todos daqui mandam para o Assistente social, chegando lá a Assistente social é maravilhosa, não deixando ninguém sem uma resposta positiva”. (VF60).



Nestes depoimentos pudemos observar a importância do profissional do Serviço Social junto ao paciente internado, prestando orientações adequadas a cada problema existente.

Ao indagarmos aos pacientes, se os mesmos conhecem seus direitos enquanto paciente internado, tivemos como resposta as seguintes considerações:

“Não conheço”. (FM23).

“Não sei”. (OM70).

“O paciente eles também, assim como tem direito, tem algumas coisas que ele precisa respeitar, o horário para tomar os remédios. A gente sabe que tem os direitos, como INSS, só não sabe como conseguir”. (MF51).

“Sim, conheço. Direitos e deveres, eu acho que eu devo olhar bem mais os meus deveres né, porque os direitos, eu não preciso me preocupar, pois aqui está além do que eu imaginava, do que eu esperava. Um exemplo de direito é o atendimento, em todos os sentido, na hora correta de tomar os remédios, as refeições, as brincadeiras, imagina, aqui a gente nem vê o tempo passar. (VF60).

Pudemos observar que alguns pacientes desconhecem completamente os seus direitos. Outros relatam como direito o atendimento prestado pela Instituição, assim como a alimentação recebida, o horário de acordar e dormir, visto que este se trata de um direito humanizado, onde todos devem ser tratados de forma digna, recebendo sempre um atendimento atencioso e respeitoso. Para tal, o assistente social necessita de um bom conhecimento das leis da saúde e da previdência, informando os serviços e benefícios disponíveis para cada caso específico do paciente. Este conhecimento é de extrema importância, pois através deste, os pacientes terão condições de reivindicá-los.

Quando indagados sobre como a família pode contribuir no atendimento, obtivemos os seguintes depoimentos:

“Acho importante, dando apoio até para desabafar algum problema que está sentindo, porque às vezes você não consegue desabafar com outras pessoas”. (FM23).

“Não, acho que dá na mesma”. (OM70).



“O familiar é necessário para a pessoa não perder a confiança que está sozinha. Quando o familiar chega a gente sorrir né, e fica contente, é outra coisa né”. (MF51).

“O familiar, dando apoio né, sendo compreensivo, não deixando que a gente como paciente se sinta triste, constrangido e infeliz. Eu acho que a força do familiar é muito importante”. (VF60).

A família é o primeiro grupo de acesso e apoio ao paciente internado, por já ser uma estrutura normalmente conhecida e confiável. A importância da família aparece em quase todos os relatos acima, quando os entrevistados referem sua necessidade, seu sentimento de falta, de ausência. Ainda a família se constitui no grupo de apoio preferencial, consolidando laços significativos, mesmo em situações de dor. Pode-se dizer que a presença da família junto ao paciente traz muitos benefícios, sendo assim, o profissional deve se organizar para proporcionar as melhores condições para que isso aconteça.

Neste indagamos aos pacientes, como era a vida antes de adoecer, e como é a vida agora, obtendo como resposta, as considerações abaixo:

“Acho que eu não posso dizer ainda se mudou ou não mudou né, pois agora que eu começar a trabalhar de novo, não tenho uma base agora de como vai ser. Eu jogava futebol, e agora eu não posso, tenho que deixar mais para frente”. (FM23).

“No trabalho me prejudicou um pouco, eu quando era mais novo eu trabalhava, não tinha serviço ruim para mim, eu aceitava tudo. Mais hoje quando se fala em serviço me dá um enjôo, um desânimo”. (OM70).

“Minha vida era bem diferente né, tinha uma esperança de ter meu trabalho, ganhar meu próprio dinheiro, como dona de casa que sou, queria ter um trabalho numa fábrica, tanto que eu fiz curso de corte costura, trabalho com facção, máquina industrial, tudo. Em casa depois que eu soube da doença, me debilitou muito, porque eu já não tinha mais a mesma esperança, a gente não pensa mais assim, me sinto ainda muito fraca, sinto dor no colo do útero, por causa do câncer, além do intestino né, mais agora eu tenho esperança, que não arrumo um trabalho assim, porque ninguém vai querer uma pessoa, sabendo da minha debilitação, dar um emprego. Mais no caso eu vou ter em casa, tenho esperança quanto ao futuro, não estou totalmente desesperançosa né, por causa deste, tenho que lutar”. (MF51).

“Minha vida era e é maravilhosa”. (VF60).

Pudemos observar que o câncer e suas seqüelas impõem mudanças no cotidiano dos pacientes aqui pesquisados. Essas mudanças foram ocasionadas por uma consciência dos limites impostos após o tratamento radioterápico, onde a incapacidade física para exercer atividades antes normais do dia-a-dia é sentida com maior relevância nas falas.

Desistir de algumas atividades diárias ou simplesmente ter consciência de não ser capaz de realizá-la, é um processo vivenciado com dificuldade por muitos pacientes com câncer, levando alguns destes a se sentirem como incapazes e inúteis. Em alguns casos a uma grande perspectiva, onde a esperança e a luta pela vida são muito grandes.

Perguntamos aos pacientes se com o desenrolar do tratamento, a imagem/visão dos mesmos sobre a doença mudou. Tivemos como resposta, os seguintes depoimentos:

“Eu não tive nenhum impacto, sempre fui forte né, eu não sabia o que é mais não é porque saiu que eu ia desanimar, foi tudo ao contrário, pessoalmente, eu vi que tinha o problema, mais o que adianta, é só mais um problema, tem que tentar resolver, o cara é novo, vai, tanta gente mais velha que eu, ta com esse problema e ta aí lutando, porque eu novo vou desistir”. (FM23).

“Depois de um exame bem feito, que o médico descobriu que eu estava com um probleminha me explicou sobre a doença, o tamanho (igual da unha de um dedo). Daí eu fiquei com mais coragem de enfrentar a doença”. (OM70).

“Quando eu soube que estava com a doença eu fiquei apavorada né. Fiquei muito apavorada, mais depois quando eu vi que tem mais pessoas que sofre está doença e estão lutando, também aprendi a lutar. Pois aqui a gente recebe muito carinho”. (MF51).

“Uma coisa eu digo, para mim, foi uma surpresa, eu pensei que teria que vender casa, ter que vender o carro, que meus filhos iriam ter que me ajudar, agente teria que ter uma revolução na família e eu me sentir assim, o que mais me assustou foi isso entende de eu ter que me preocupar de como pagar o meu tratamento. E graças á Deus, eu não imaginava que existisse pessoas do tipo de vocês, assistentes sociais, que fizessem este trabalho, eu descobri no sofrimento”. (VF60).

Nestas falas, pudemos observar que as informações e explicações acerca da doença do tratamento são de suma importância para que o paciente se sinta capaz de enfrentar toda a problemática que a doença trás. Também observamos que a experiência de outros pacientes

sobre a doença, trás uma aceitação da doença ao paciente, pois há uma troca de experiências, tornando-se uma contribuição no processo de reabilitação e adaptação a doença.

Por último, indagamos aos pacientes, sua opinião sobre o atendimento prestado aos mesmos pelo Serviço Social, tendo como resposta as seguintes considerações abaixo:

“Tem nota mais que dez. Foi muito bom”. (FM23).

“Me senti bem atendido. Se está precisando de alguma coisa, ela orienta”. (OM70).

“No meu caso, eu fui bem atendida aqui”. (MF51).

“Olha, é infinito..., pois tudo aqui a gente vê, as pessoas que chegam de fora, chegam assim, angustiada, sem saber o que fazer, então eles só dizem assim, procura a Assistente social, tudo é a Assistente social, é ela que resolve tudo”. (VF60).

Pudemos observar nestas falas, que todos os pacientes referem ser bem atendidos pelo profissional de Serviço Social. É nesta perspectiva que temos que trabalhar a questão da prevenção, diagnóstico, tratamento e sobre os direitos dos pacientes, buscando restabelecer a saúde para que o paciente portador de câncer tenha uma melhor qualidade de vida, pois a saúde é mais que a ausência de enfermidade, é poder sentir e desenvolver plenamente a sua capacidade de ser humano.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste trabalho, atingimos o objetivo, de descrever e analisar o atendimento do Serviço Social na visão do paciente oncológico e se os mesmos conhecem seus direitos enquanto paciente. Para tal não se tem a pretensão de esgotar a reflexão sobre este tema, porém contribuir para um melhor entendimento das questões que atravessam nosso cotidiano na área da saúde.

A saúde no Brasil passou por diversas transformações até chegar no sistema utilizado atualmente; muitos avanços foram feitos e ainda há muito que melhorar. Dentro deste contexto de mudanças e inovações acentuou-se a presença do profissional do Serviço Social na saúde, principalmente em hospitais onde sua demanda é muito grande especialmente nas áreas de internação, uma das áreas mais solicitadas e que requer uma atuação profissional específica, pois, além de atender os pacientes internados é necessário também atender a família e tentar solucionar da melhor forma possível os problemas gerados para ambos durante o período da internação.

Também houve um avanço no que se refere à política oncológica, pois o paciente oncológico nos últimos anos pode contar com uma assistência em ambulatórios e hospitais especializados, com tecnologia de ponta, que são regulamentados pelas portarias 3535/98 (que normaliza o recadastramento e o cadastramento das unidades prestadoras de serviços oncológicos, enfatizando a indispensabilidade da assistência integral e integrada ao paciente com câncer), pela portaria 3536/98 (define as normas de autorização e a codificação dos procedimentos de quimioterapia e radioterapia, no âmbito do SUS) e efetivada através da NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde – 2001), da Política de Atenção de Alta Complexidade/Custo no SUS. No que se refere à assistência radioterápica, o atendimento é insuficiente, pois na Grande Florianópolis, somente o Hospital de Caridade que presta este

atendimento pelo SUS, acarretando com isso uma grande demanda, pois há pacientes de toda Santa Catarina que procuram por este atendimento.

Analisando os indivíduos como sujeitos sociais se aborda uma questão delicada: a do paciente oncológico internado e a questão do acompanhante (o familiar). Como exposto nesse trabalho, a questão da presença do familiar junto ao paciente é de extrema importância para a melhora do paciente, já que o mesmo se depara com uma situação inesperada, que o deixa muito fragilizado e desamparado, se encontrando no meio de pessoas estranhas, porém, mesmo sabendo da importância do familiar para o paciente internado, esta ainda é uma questão muito complicada de se resolver já que a maioria dos hospitais, não possuem espaço físico para os familiares, e quando estes conseguem sua permanência, esta é de extrema precariedade, sem condições mínimas de conforto, sem um lugar adequado para dormirem; utilizam-se na maioria das vezes cadeiras para passarem a noite. Neste ponto é necessária uma nova visão do governo, que precisa enxergar que o paciente não necessita somente de cuidados médicos e sim de atenção neste momento tão delicado. A partir desta nova visão, muitos dos pacientes internados poderiam com o apoio familiar receber alta mais rapidamente, agilizando a difícil missão de conseguir vagas nos leitos hospitalares.

Pudemos constatar através da pesquisa que os pacientes identificam a profissão do Serviço Social ao profissional, ou seja, relatam o que o assistente social faz/presta. Também observamos que o paciente sabe o que é o atendimento prestado pelo Serviço Social, e que este apoio ajuda muito no tratamento, tanto como facilitador intermediário entre as Instituições, como no tratamento, através de ações socioeducativas e emergenciais. Outro ponto importante foi o desconhecimento por parte de alguns pacientes sobre os seus direitos. É de suma importância o paciente conhece-los, já que é através destes que muitas vezes o paciente garante sua cidadania.

É fundamental dessa forma que o profissional de Serviço Social tenha um bom conhecimento das leis da saúde e da previdência, e dos benefícios e serviços disponíveis para o caso específico do paciente, para que este venha também a conhecê-los e aprenda a reivindicá-los.

Este trabalho concluiu que os pacientes conhecem o atendimento prestado pelo Serviço Social, e que a intervenção do Serviço Social tem sido fundamental para o tratamento dos pacientes. A pesquisa demonstrou ainda o pouco conhecimento que o paciente internado possui sobre os seus direitos e a necessidade dos profissionais de Serviço Social se capacitarem teórica e metodologicamente, para a intervenção nesta área específica de trabalho.

## SUGESTÃO

□ Que se organize uma equipe multidisciplinar, composta por Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos e Assistentes Sociais, visto a necessidade de um trabalho mais efetivo junto aos pacientes oncológicos;

□ Informar e orientar a todos os pacientes oncológicos internados no Hospital de Caridade sobre os direitos disponíveis, para cada caso específico do paciente, para que este venha a conhecê-los e aprendam a reivindicá-los.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARCHFONTAINE, Christian de Paul de, et alli. **Bioética e Saúde**. CEDAS, São Paulo, 1.990.

BRASIL, Associação da Mulher Catarinense Portadora de Câncer. Direitos Assegurados aos Portadores de câncer. Disponível em: <http://www.amucc.com.br>. Acesso em 03 de jun, 2.003, 24:50 hs.

BRASIL, Caixa Econômica Federal. Resolução 01/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br>. Acesso em 15 de maio, 2.003, 24:05 hs.

BRASIL, Constituição da República Federativa do. Título VIII, cã. II , 1.988.

BRASIL, Lei Orgânica da Saúde – **8080, 19 de setembro de 1.990**.

BRASIL, Lei Orgânica da Saúde –**8142 de 28 de dezembro de 1.990**.

BRASIL, Ministério da saúde. **Instituto Nacional de Câncer** – Coordenadoria de programas de controle do câncer. Pro- Onco, 1.995.

BRAVO, Maria Inês Souza, **As políticas brasileiras de política Social**. Módulo 3. Brasília. Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2.000.

CARTILHA dos Direitos do Paciente. Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor, Florianópolis, 26 de junho, 2.000.

Centro de Pesquisas Oncológicas. Disponível em: [http:// www.cepon.gov.br](http://www.cepon.gov.br). Acesso em 10 de Maio, 2.003, 01:45 hs.

CÓDIGO de Ética Médica. **Legislação dos Conselhos de Medicina**. Resolução: CFM 1246, 08/01/1.988.

CÓDIGO de Proteção e de Defesa do Consumidor. **Lei 8078/90**.

CONSELHO Federal de Serviço Social. CEFESS, et. **Parecer Social**: sobre a atuação do Assistente social na área de saúde, de 06/06/1.990.

FONTES, Henrique da Silva. **A Irmandade Senhor Jesus dos Passos e o seu Hospital e Aqueles que os Fundaram**. Ed. Do Autor: Santa Catarina, 1.997.

GUEDES, Gisele Fernandes. **Visão da equipe Interdisciplinar do Hospital de Caridade sobre o Serviço Social**. TCC ,1.997.



IAMAMOTO, Marilda. **O trabalho do Assistente social frente as mudanças do padrão de acumulação e de regulação**. Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 1. Brasília: CEAD, 1.999.

INSTITUTO Nacional de câncer. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 30 de out, 2.002, 23:00 hs.

Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade. Disponível em: <http://www.hospitaldecaridade.com.br>. Acesso em 30 de abr, 2003.02:50 hs.

KLIGERMAN, Jacob. **Instituto Nacional de Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 12 de Dez, 2.002, 16:00 hs.

Legislação Previdenciária. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>. Acesso em 15 de maio, 2.003, 24:05hs.

LEITE. M . P. C. **Câncer, Diagnóstico e Tratamento**. Editora: Art Plus Artes Gráficas. São Paulo, 1.996.

MAGAJEWSKI, Flávio, R. L. **Seletividade estrutural e a construção do sistema único de saúde em santa Catarina no período 1.987 – 1.990**. (Dissertação de Mestrado em Administração). Florianópolis. CPGA/ UFSC, 1.994.

MERCÊS, Nen Malu Alves de. **As representações Sociais do Câncer**: enfermos e familiares, compartilhando uma jornada. Florianópolis. Dissertação de Mestrado -UFSC, 1.998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 4ª- ed. São Paulo: Hucitec, 1.999.

MINISTÉRIO da Saúde, **Norma Operacional Básica**: Sistema Único de Saúde/NOB –SUS, 1.996, Brasília.

MINISTÉRIO da Saúde, **Norma Operacional da Assistência à Saúde**: Sistema Único de Saúde/NOAS - SUS, 2.001, Brasília.

MIOTO, R.C.T. **Família e saúde mental**. In: Katalysis. Nº- 02. Florianópolis. Editora: UFSC, 1.998.

MIRANDA, Avanilde Paes. **O Paciente e seus Direitos**: conhecimentos das leis que os asseguram. Revista científica dos profissionais de enfermagem. V. 2 , ed: Atlântica, 2.003.

Nogueira, Vera Mª- Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do Estado Brasileiro**: construindo uma nova agenda. Florianópolis. Tese de Doutorado-UFSC. Programa de Pós-graduação em enfermagem, 2.002.

PEREIRA, Nerêu do Valle (org). **Memorial Histórico da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos**. Florianópolis: Ministério da Cultura, 1.997, 2v.

RAMOS, Karla Gisele. **O Cepon**: A possibilidade de um serviço público de saúde com qualidade. Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso, 1.998.

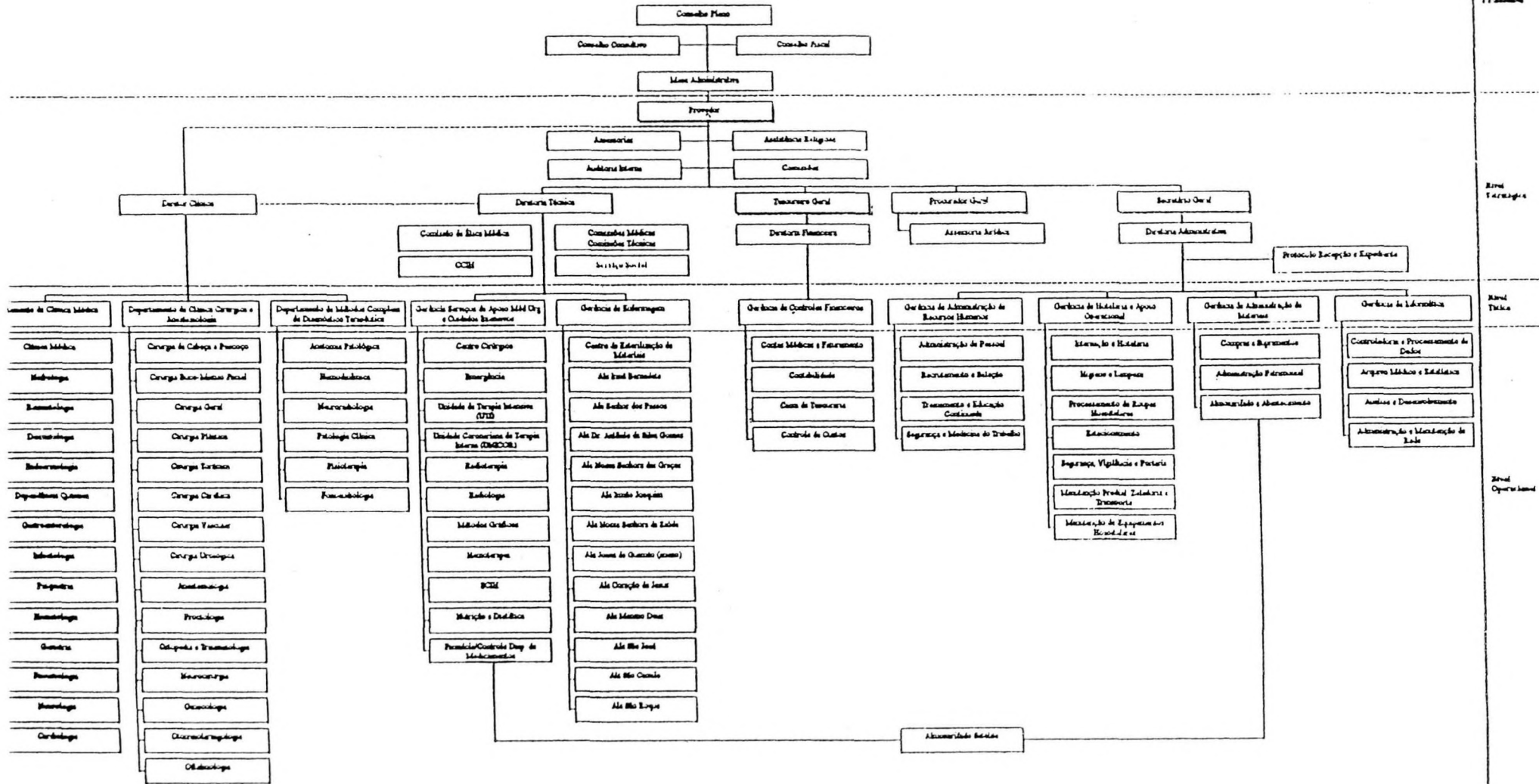
RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 2<sup>a</sup>- ed. São Paulo. Ed: Atlas, 1.989.

SILVA, Jaqueline. **Expectativas, Necessidades e Valores**: referência para a assistência humanizada ao cliente oncológico. Florianópolis. Dissertação de Mestrado- UFSC, 1.999.

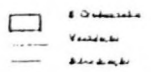
VOLPE, Maria Cecília Mazzariol. **Câncer**: Faça valer os seus Direitos. Cartilha. São Paulo: Lince, 2.003.

## **ANEXO**

# Organograma do Hospital de Caridade



Nível  
Direção  
Nível  
Nível  
Nível  
Operacional



# Estimativas

## SANTA CATARINA / FLORIANÓPOLIS

Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em homens, segundo localização primária.

### Homens

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos				Estimativa dos Óbitos			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta
Pele não Melanoma	1.280	45,81	150	88,78	30	0,96	5	0,88
Traquéia, Brônquio e Pulmão	730	26,21	60	35,39	580	20,64	50	27,87
Estômago	520	18,74	40	20,48	340	12,17	20	13,30
Próstata	810	29,14	80	47,11	260	9,46	30	15,29
Cólon e Reto	210	7,44	20	13,37	130	4,74	10	8,52
Esôfago	270	9,58	10	8,81	210	7,49	10	6,88
Leucemias	120	4,17	10	5,06	100	3,53	10	4,29
Cavidade Oral	240	8,64	10	7,53	100	3,51	5	3,07
Pele Melanoma	130	4,67	10	8,28	50	1,88	10	3,34
Outras Localizações	1.230	44,01	40	23,06	1.140	40,79	80	46,11
<b>Total</b>	<b>5.540</b>	<b>198,10</b>	<b>430</b>	<b>248,46</b>	<b>2.940</b>	<b>105,37</b>	<b>230</b>	<b>132,16</b>

Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.

### Mulheres

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos				Estimativa dos Óbitos			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta	Óbitos	Taxa Bruta
Pele não Melanoma	1.470	52,38	150	82,50	10	0,52	5	0,82
Mama Feminina	860	30,56	110	62,16	300	10,76	40	21,89
Traquéia, Brônquio e Pulmão	230	8,28	20	10,69	190	6,62	20	8,55
Estômago	210	7,40	10	8,35	150	5,21	10	5,88
Colo do Útero	430	15,18	40	19,30	160	5,60	10	7,12
Cólon e Reto	230	8,16	20	13,64	150	5,20	20	8,69
Esôfago	90	3,17	5	2,29	50	1,79	5	1,29
Leucemias	100	3,46	10	4,64	80	2,70	10	3,62
Cavidade Oral	40	1,36	5	1,19	20	0,61	5	0,54
Pele Melanoma	120	4,43	10	5,17	40	1,33	5	1,56
Outras Localizações	710	25,24	50	27,04	940	33,41	70	37,85
<b>Total</b>	<b>4.490</b>	<b>159,74</b>	<b>430</b>	<b>234,69</b>	<b>2.090</b>	<b>74,30</b>	<b>200</b>	<b>109,16</b>

## ANEXO II

DOU n° 196-E, Seção 1, pág. 53 e 54, de 14.10.98.

Portaria n° 3.535/GM Em, 02 de setembro de 1998(\*)

Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de:

- a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas;
- b) estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, e
- c) atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas Específicas, constantes do anexo desta Portaria, para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

Art. 2º Aprovar os parâmetros de casos novos anuais de câncer e de necessidade de serviços, na forma do Anexo II, que deverão servir para o planejamento de serviços da U.F.

Art. 3º Definir que compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com suas respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartite, estabelecer os fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer, com ênfase na prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Art. 4º Definir que os Centros de atendimento aos pacientes com câncer sejam vistoriados e avaliados no mínimo anualmente pela autoridade sanitária competente.

Art. 5º Determinar que a inobservância dos critérios mínimos estabelecidos nesta Portaria, bem como a falha na execução de medidas corretivas, implique na exclusão do Centro do cadastro do SUS, e na aplicação de medidas estipuladas pela autoridade sanitária competente.

Art. 6º Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais.

Art. 7º Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios procedam ao recadastramento de todas os serviços, hospitais e Centros, incluídos no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade na Área do Câncer – SIPAC/Câncer, de acordo com o estabelecido nesta Portaria, no prazo de 06 (seis) meses, contados a partir da data da publicação desta.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria SAS/MS/Nº 170 de 17 de dezembro de 1993.

JOSÉ SERRA

(\*) Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no D.O n° 169, de 03.09.98, Seção 1, página 75/77.

### ANEXO I

#### NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

##### 1 – DEFINIÇÕES

1.1 - Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

1.2 - As atividades de prevenção e de detecção precoce, devem ser desenvolvidas em conformidade com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde.

1.3 - A prestação da assistência ao paciente deve abranger 7 modalidades integradas:

- a) Diagnóstico – serviço médico ambulatorial e hospitalar destinado ao atendimento imediato aos pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de câncer e que procedem à confirmação diagnóstica e ao estadiamento do câncer por meio de exames complementares de Patologia Clínica, Imagenologia e Anatomia Patológica;
- b) Cirurgia oncológica - especialidade médica que atende, trata cirurgicamente e acompanha os pacientes com câncer;
- c) Oncologia clínica: especialidade médica responsável pelo tratamento clínico, acompanhamento e avaliação dos pacientes portadores de câncer. O tratamento compreende a indicação e aplicação dos medicamentos antineoplásicos e adjuvantes;
- d) Radioterapia - serviço médico especializado responsável pelo atendimento, indicação e aplicação de radiações ionizantes. Deve também acompanhar e avaliar os pacientes;

e) Medidas de suporte - compreende o conjunto de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas;

f) Reabilitação - técnicas que ajudam os pacientes em áreas específicas, promovendo melhoria das condições físicas e psicológicas para reintegração ao seu meio social;

g) Cuidados paliativos - que incluem a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas apresentados por pacientes refratários aos tratamentos previamente instituídos.

## 2 – CARACTERIZAÇÃO GERAL

2.1 – Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames, estadiamento e tratamentos prévios, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável por cada atendimento.

2.2 - Os prontuários devem estar disponíveis aos órgãos gestores do SUS e aos pacientes ou seus responsáveis, desde que asseguradas as condições de sigilo previstas no Código de Ética Médica e de Direito, no Código de Defesa do Consumidor e demais códigos vigentes.

2.3 – Os Centros devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2.4 – Os Centros devem atender às normas estabelecidas em códigos ou leis da esfera federal, estadual e municipal, inclusive as normas de controle de infecção hospitalar, as da Portaria GM/MS n.º 1884/94 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, de 11/11/94, e as normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas.

## 3 – CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA

Para proceder-se às modalidades assistenciais, os Centros devem, no mínimo, dispor das unidades especificadas a seguir:

### 3.1 - Serviço de Diagnóstico:

#### 3.1.1 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar nas áreas de:

- a) ginecologia;
- b) pediatria;
- c) clínicas médica e cirúrgica;
- d) endoscopia.

#### 3.1.2 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

- a) bioquímica;
- b) hematologia;
- c) microbiologia;
- d) gasometria;
- e) parasitologia;
- f) dosagem de metotrexato;
- g) dosagem de marcadores tumorais (antígenos cáncero-embrionário – CEA, prostático específico –PSA, alfa-feto-proteína - alfa-FP, fração beta da gonadotrofina coriônica - beta-hCG e ácido vanil-mandélico - VMA);
- h) líquidos orgânicos, inclusive o líquido.

#### 3.1.2.1 - O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

3.1.2.2 - Os exames previstos nas alíneas "f" e "g" podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do centro.

#### 3.1.3 – Unidade de Imagenologia equipada com aparelhos de:

- a) raios-X;
- b) mamografia;
- c) tomografia computadorizada;
- d) ultra-sonografia com doppler colorido e transdutores trans-vaginais e trans-retais.



3.1.3.1 - A tomografia computadorizada e de ultra-sonografia com doppler colorido pode ser realizada em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

3.1.4. Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, própria ou por meio de contrato formal e específico com serviços de terceiros instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

3.1.5 – Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

- a) citologia;
- b) histologia;
- c) biópsia de congelação;
- d) cito-histopatologia com colorações especiais;
- e) imunofenotipagem e imunohistoquímica;
- f) necropsia.

3.1.5.1 - Os exames previstos nas alíneas "e" e "f" podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do centro.

3.1.5.2 - A Unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

3.2 - Serviço de Cirurgia Oncológica, que deve contemplar os seguintes quesitos:

3.2.1 - fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nesta Portaria, além dos exigidos para o funcionamento de uma unidade cirúrgica geral.

3.2.2 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo responsável técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- a) procedimentos médico-cirúrgicos;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) rotina de controle de infecção cirúrgica;
- e) manutenção preventiva de equipamentos;
- f) ficha própria para descrição de ato operatório.

3.2.3 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve conter:

- a) Centro Cirúrgico;
- b) Serviço de Anestesia e Recuperação Pós-Anestésica;
- c) Unidade de Terapia Intensiva;
- d) Enfermarias para internação nas áreas Clínica, Cirúrgica e Pediátrica.

3.2.4 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve ter um Responsável médico, sendo que ele e todos os cirurgiões oncológicos devem ser especialistas em Cirurgia Oncológica.

3.2.4.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Cirurgia Oncológica.

3.2.5 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve ter as seguintes especialidades:

- a) Cirurgia Geral;
- b) Proctologia;
- c) Cirurgia Torácica;
- d) Ginecologia;
- e) Mastologia;
- f) Urologia.

3.2.6 – todo Serviço de Cirurgia Oncológica, além dos equipamentos gerais de um centro-cirúrgico, deve contar ainda com os seguintes equipamentos:

- a) eletrocautério;
- b) oxímetro e capnógrafo;
- c) monitores de sinais vitais;



d) desfibrilador.

3.3 – serviço de Oncologia Clínica, que deve contemplar os seguintes quesitos:

3.3.1 - anotar no prontuário, além do disposto no item 2.1, informações sobre a quimioterapia: esquema terapêutico, dosagem prescrita e aplicada em cada sessão.

3.3.2 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável de cada área, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) procedimentos médicos;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) avaliação da eficácia da quimioterapia;
- e) controle e atendimento de intercorrências e de internações;
- f) armazenamento, controle e preparo de soluções e quimioterápicos;
- g) procedimentos de biossegurança;
- h) acondicionamento e eliminação de resíduos de quimioterapia;
- i) manutenção de equipamentos.

3.3.2.1. todo preparo de medicamentos antineoplásicos deve ser realizado pelo farmacêutico, de acordo com a Resolução do CFF nº 288/96.

3.3.2.2 - todo preparo de quimioterápicos deve ser realizado em cabine de fluxo laminar classe II B2.

3.3.2.3 - durante todo o período de funcionamento deve permanecer no Serviço pelo menos um médico, conforme especificado no item 3.3.3.

3.3.3 - ter um Responsável médico, sendo que ele e todos os oncologistas devem ser especialistas em Oncologia Clínica.

3.3.3.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Oncologia Clínica.

3.3.3.2 - os Serviços de Oncologia Clínica que atendem somente pacientes com doenças hemolinfopoiéticas podem ter como Responsável um médico especialista em Hematologia.

3.3.3.3 - os Serviços de Oncologia Clínica que atendem exclusivamente crianças e adolescentes com câncer devem ter como Responsável, um médico especialista em Oncologia Pediátrica.

3.3.4 - possuir uma Central de Quimioterapia com:

- a) cadeiras reclináveis com braço;
- b) maca ou leito;
- c) cabine de fluxo laminar classe II B2;
- d) geladeira;
- e) equipamento para atendimento de emergência clínica.

3.3.4.1 - os Serviços de Oncologia Clínica que prestam assistência a crianças e adolescentes devem dispor de área e instalações específicas para eles.

3.4 – Serviço de Radioterapia, que deve:

3.4.1 – além do disposto no item 2.4, atender especificamente à norma CNEN-NE 3.06/90 – Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Radioterapia.

3.4.2 – anotar no prontuário, além do disposto no item 2.1, informações sobre a radioterapia: dose total de radiação, a dose diária de radiação, as doses por campo de radiação, o número de campos por área irradiada, o equipamento utilizado e as datas de início e término da radioterapia.

3.4.3 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável de cada área, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) procedimentos médicos e de física médica;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) avaliação da eficácia do tratamento radioterápico;

- e) padrões de manipulação de fontes radioativas;
- f) padrões de preparo de moldes e máscaras;
- g) controle e atendimento de intercorrências e de internação;
- h) procedimentos de biossegurança;
- i) manutenção de materiais e equipamentos.

3.4.3.1 - manter o registro do controle do risco ocupacional de seus funcionários e arquivar os exames periódicos realizados.

3.4.3.2 - ter a presença no serviço, durante todo o período de atendimento, do médico radioterapeuta e, no caso dos serviços que dispõem de braquiterapia, também do físico médico, durante todo o turno de utilização das fontes radioativas.

3.4.3.3 - procurar atingir a relação de um médico radioterapeuta por cada 300 pacientes novos/ano.

3.4.4 - dispor de ficha de programação e de tratamento própria, devidamente preenchida com as informações sobre a dose total de radiação, a dose diária de radiação, as doses por campo de radiação, o número de campos por área irradiada, o equipamento utilizado e as datas de início e término da radioterapia.

3.4.5 - ter como Responsável pelo serviço, um médico especialista em Radioterapia, e como Responsável pelo setor de Física Médica, um físico especialista em Física Médica, ambos registrados na CNEN.

3.4.5.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Radioterapia.

3.4.6 - contar com os seguintes profissionais:

- a) médico especialista em Radioterapia;
- b) físico médico com título de especialista;
- c) técnico de radioterapia.

3.4.7 - contar com os seguintes equipamentos:

- a) aparelho de raios-X para simulação de tratamento;
- b) equipamento de ortovoltagem (Aparelho de raios-X de 10-50 kv - contatoterapia, ou de 50-150 kv - roentgenterapia superficial ou 150-500 kv - roentgenterapia profunda);
- c) equipamento de megavoltagem (Acelerador linear de até 06 MeV, sem feixe de elétrons, ou unidade de cobalto - ambos, para radioterapia profunda);
- d) fontes radioativas seladas para tratamento intracavitário e intersticial convencional com Césio 137 ou Iridium 192, inclusive os aplicadores e os equipamentos auxiliares de moldagens superficiais e intracavitárias, além dos dispositivos para a utilização destas fontes ou equipamento de braquiterapia de baixa ou média taxa de dose;

- e) dosímetro clínico;
- f) monitor de área e de monitoração individual;
- g) equipamento para confecção de máscaras, moldes e blocos de colimação personalizados.

3.5 - Serviço de Suporte, que deve possuir os serviços e profissionais especialistas nas seguintes áreas:

- a) Psicologia Clínica;
- b) Hemoterapia (processamento e unidade transfusional);
- c) Pronto atendimento para as emergências oncológicas;
- d) Nutrição;
- e) Assistência Social;
- f) Terapia Ocupacional;
- g) Farmácia.

3.5.1 - Os procedimentos previstos nas alíneas "a" e "f" podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do centro.

3.6 - Serviço de Reabilitação, que deve possuir os serviços e profissionais especialistas nas seguintes áreas:

- a) Fisioterapia;
- b) Estomaterapia.

3.7 - Serviço de Cuidados Paliativos, que deve oferecer:

- a) assistência ambulatorial multiprofissional;

- b) garantia das internações por intercorrências;
  - c) garantia das internações de longa permanência;
  - d) fornecimento de medicação ou procedimentos de controle da dor.
- 4 – CLASSIFICAÇÃO

Os Centros de Alta Complexidade na Área em Oncologia (CACON) são classificados como:

#### 4.1 - CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA I

4.1.1 - São hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfomatoepoéticos e da infância e adolescência). Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva multiprofissional integrada.

4.1.2 - Devem ter os serviços e seus respectivos profissionais especialistas, conforme descrito no item 3, nas seguintes modalidades assistências:

- a) Diagnóstico;
- b) Cirurgia Oncológica;
- c) Oncologia Clínica;
- d) Suporte;
- e) Reabilitação;
- f) Cuidados Paliativos.

4.1.2.1 - Podem ter um Serviço de Radioterapia próprio ou manterem contrato formal e específico com um CACON I, CACON II ou outro CACON III, para o atendimento nesta modalidade terapêutica.

4.1.3 - Devem manter intercâmbio técnico-científico com pelo menos um CACON II ou um CACON III.

#### 4.2 – CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA II

4.2.1 – São instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfomatoepoéticos e da infância e adolescência), em todas as modalidades assistenciais citadas no item 1.3, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.

4.2.2 – Além de todas as descrições feitas nos itens 1, 2 e 3, devem prestar atendimento de:

- a) Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- b) Odontologia;
- c) Oftalmologia;
- d) Pediatria Cirúrgica;
- e) Plástica Reparadora;
- f) Cirurgia de Tecidos Ósseo e Conjuntivos;
- g) Unidade de Órteses e Próteses;
- h) Fonoaudiologia;
- i) Emergência Oncológica;
- j) Voluntariado.

4.2.2.1 - O Serviço de Radioterapia pode estar equipado também com Simulador, Acelerador linear de mais de 6 MeV com feixe de elétrons.

4.2.3 – Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, dentro da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro.

4.2.4 – Devem também oferecer cursos de treinamento e atualização, pelo menos nas áreas de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica ou Radioterapia.

4.2.5 – Desenvolvem projetos de pesquisa oncológica, próprios ou em parceria com um CACON III.

4.2.6 - Participam dos programas de prevenção e detecção precoce do câncer, em consonância com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

#### 4.3 – CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA III

4.3.1 – São instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais citadas no item 1.3, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

4.3.2 – Além de todas as descrições feitas nos itens 1, 2 e 3 desta Portaria, devem prestar atendimento de:

- a) Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- b) Odontologia;
- c) Neurocirurgia;
- d) Oftalmologia;
- e) Pediatria Cirúrgica;
- f) Plástica Reparadora;
- g) Cirurgia de Tecidos Ósseo e Conjuntivos;
- h) Unidade de Órteses e Próteses;
- i) Fonoaudiologia;
- j) Voluntariado;
- k) Biologia Molecular;
- l) Emergência Oncológica;
- m) Serviço de Cuidados Paliativos que também disponha de assistência domiciliar;
- n) Unidade de Imagenologia equipada também com aparelhos de raios-X com dispositivo de estereotaxia e aparelho de ressonância nuclear magnética;
- o) Serviço de Radioterapia equipado também com Simulador, Acelerador Linear de mais de 6 MeV com feixe de elétrons;
- p) Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, dentro da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro;
- q) Unidade de Transplante de Medula Óssea, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde;
- r) Laboratório de Histocompatibilidade - podendo ser um serviço de terceiros, instalado fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro;
- s) Unidade de Hemoterapia e aferese, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde.

4.3.3 – Devem também oferecer:

- a) Programa de Residência Médica, pelo menos em Oncologia Cirúrgica, Oncologia Clínica e Radioterapia;
- b) Programa de treinamento e especialização;
- c) Programas de prevenção, de detecção precoce e de pesquisa na área do câncer.

#### 5 – TRATAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE.

5.1 – Para realizar tratamento de braquiterapia de alta dose os CACON's - Centros de Alta Complexidade em Oncologia, devem:

5.1.1 - obter autorização da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde para a realização do procedimento;

5.1.2 – possuir sistema de computação para planejamento e equipamento para a aplicação;

5.1.3 – prestar as seguintes informações sobre a braquiterapia:

- a) treinamento dos profissionais envolvidos;
- b) número de casos tratados no serviço;
- c) classificação (estadiamento) dos tumores tratados;
- d) número de inserções utilizadas por caso;
- e) complicações observadas (taxa global e por tipo de complicação);
- f) número de campos de radioterapia externa associada (especificamente por caso tratado).

5.1.4. não é permitido cadastrar para tratamento de braquiterapia de alta dose serviços isolados, ou não cadastrados como CACON I, CACON II E CACON III.

#### 6 - AVALIAÇÃO

6.1 – Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, realizar a avaliação contínua do desempenho e padrão de funcionamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, podendo o Ministério da Saúde realizar visitas complementares de avaliação, sempre que necessário, juntamente com o Gestor local do SUS.

6.2 - Constituem indicadores de avaliação, entre outros:

- a) tempo médio entre a data do diagnóstico e a do início do tratamento;
- b) percentual de pacientes tratados e em seguimento;
- c) tempo médio que os pacientes ficam sob tratamento;
- d) tempo médio de sobrevida global dos pacientes tratados, por localização primária e extensão do tumor;
- e) taxa de abandono de tratamento.

## 7 - NORMAS PARA CADASTRAMENTO JUNTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

7.1 – A abertura de qualquer Centro de Alta Complexidade em Oncologia deve ser precedida de consulta ao gestor do SUS, em níveis local e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade da sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

7.1.1 - As bases técnicas para a estimativa de casos novos de câncer entre uma dada população e do cálculo de estimativas da necessidade de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, constituem o Anexo I desta Portaria.

7.2 – Uma vez confirmada a necessidade de criação do Centro, a solicitação de cadastramento deve ser formalizada junto à Secretaria de Saúde do Estado, Distrito Federal ou Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuada na Comissão Intergestora Bipartite, que se encarregará da avaliação das condições de funcionamento do Centro, da emissão de laudo conclusivo a respeito do cadastramento, bem como da integração do novo Centro na rede de referência estadual.

7.3 – O Ministério da Saúde, se julgar necessário, poderá solicitar parecer técnico ao Instituto Nacional de Câncer com relação ao cadastramento e, caso o parecer seja favorável, tomará todas as medidas necessárias ao cadastramento.

## 8. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

8.1 – Os Serviços cadastrados anteriormente à publicação desta Portaria que não possuem as diferentes unidades especificadas no item 3 deverão formalizar suas referências, definidas em conjunto com a SES, de modo a garantir assistência integral ao paciente oncológico.

8.2 – A partir da data de publicação desta Portaria, não se cadastram mais nem serviços, nem hospitais, nem Centros que não sejam CACON I, CACON II ou CACON III

8.3 – Todos os serviços, hospitais e Centros já incluídos no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade na Área do Câncer devem se adequar aos requisitos desta Portaria no prazo de 06 (seis) meses, a contar da data da publicação desta Portaria.

## ANEXO II

### ESTIMATIVA DE CASOS NOVOS ANUAIS DE CÂNCER E DE NECESSIDADE DE SERVIÇOS

1. Estimativa de casos novos anuais a partir das taxas de incidência de câncer\* específicas por sexo\*\*

REGIÃO		
Nordeste	165,4	191,9
Norte	141,4	150,3
Centro-Oeste	223,2	260,4
Sudeste	154,1	160,6
Sul	260,9	252,7
BRASIL	176,8	189,3

2. Estimativa da necessidade de serviços de Radioterapia e de Oncologia Clínica

2.1 - Estima-se que 60% dos casos de casos novos de câncer/ano necessitarão de radioterapia.

2.2 - Estima-se que 70% dos casos de casos novos de câncer/ano necessitarão de quimioterapia.

a) Necessidade de serviços de Radioterapia, 1 serviço descrito no item 3.4 por cada 500 casos novos anuais.

b) Necessidade de serviços de Oncologia Clínica, 1 serviço com 2 oncologistas clínicos por cada 600 casos novos anuais.

c) Necessidade de serviços de Radioterapia e de Oncologia Clínica pelo SUS. 80% do calculado nos itens 3 e 4 acima.

Fontes: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. 1) Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, 1998. 2) Programa de Controle e Avaliação em Oncologia, 1994-1997.