

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CAMILA ÁVILA DOS SANTOS

**O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS PACIENTES
INTERNADAS NA UNIDADE DE ONCOLOGIA DA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 08/07/04

Teresa K.L.
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS
2004

CAMILA ÁVILA DOS SANTOS

**O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS PACIENTES INTERNADAS
NA UNIDADE DE ONCOLOGIA DA MATERNIDADE CARMELA
DUTRA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Serviço Social da
Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do Grau de
Bacharel em Serviço Social.**

Orientadora: Prof. Elisia Puel

**FLORIANÓPOLIS
2004**

CAMILA ÁVILA DOS SANTOS

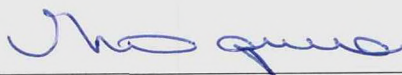
**O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS PACIENTES INTERNADAS
NA UNIDADE DE ONCOLOGIA DA MATERNIDADE CARMELA
DUTRA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado atendendo às normas da lei vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

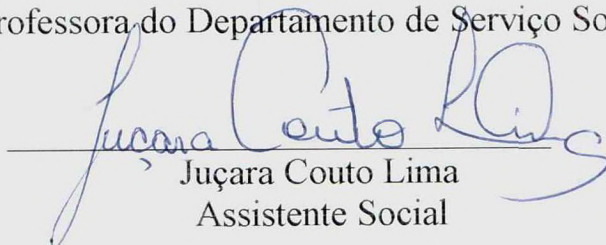
BANCA EXAMINADORA:



Orientadora: Elisia Puel
Professora do Departamento de Serviço Social



Vera Maria Ribeiro Nogueira
Professora do Departamento de Serviço Social



Juçara Couto Lima
Assistente Social

**FLORIANÓPOLIS
2004**

Dedico este trabalho

a DEUS, que sempre esteve ao meu lado, principalmente naquelas horas que me encontrei desanimada, enfraquecida achando que não conseguiria, vindo a me proporcionar forças necessárias para seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Ao fim deste trabalho consegui realizar mais um dos meus sonhos, concluir o Curso de Serviço Social.

Tenho que agradecer a muitas pessoas. Entre elas, os meus pais, que me proporcionaram os meios para chegar à universidade, aos meus irmãos, ao Senhor Amilton e ao Luiz, que sempre foram flexíveis quando tive que me ausentar do local de trabalho para poder realizar atividades inerentes ao curso.

Agradeço a minha orientadora, que auxiliou na formulação deste trabalho, a assistente social da Carmela Dutra, Cida, que muito me ajudou na execução deste estudo.

Agradeço as amigas conquistadas na UFSC, Daisy, Daniela, Cheilla e Rejane, que sempre me deram apoio e incentivo.

Agradeço aos professores que me proporcionaram conhecimentos para poder me tornar uma profissional qualificada.

Gostaria de agradecer, de maneira especial, a assistente social Maria da Graça Coelho.

Agradeço a todos, sem distinção, que através de um gesto, uma palavra amiga contribuíram para a realização deste trabalho. O meu muito obrigada!

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo identificar o perfil sócio-econômico das pacientes internadas na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra, para isso foram descritos os dados referentes a faixa etária, diagnóstico, instrução, situação civil, renda, procedência, profissão, situação familiar e situação habitacional das pacientes internadas. Para melhor apresentar o tema, este trabalho foi dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo foi feita a caracterização da Maternidade Carmela Dutra, uma breve contextualização do Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra e a intervenção do profissional de Serviço Social na Unidade de Oncologia. No segundo capítulo é abordada a Política Nacional de Combate ao Câncer. O terceiro capítulo refere-se a atuação do Serviço Social na área oncológica e o papel do assistente social na efetivação dos direitos assegurados aos portadores de câncer. E o quarto capítulo é voltado para a descrição dos dados obtidos através de 67 estudos sócio-econômicos. Constatou-se que a faixa etária de maior predominância foi de 41 a 60 anos, o câncer de mama foi o diagnóstico mais incidente, as pacientes possuem nível de instrução que dificilmente ultrapassa o ensino fundamental completo, a maioria das pacientes são casadas; residindo em casa própria com esposo e filhos, são carentes de recursos financeiros, com renda de 1 a 3 salários mínimos, a profissão que mais predominou foi a do lar e são em grande maioria procedentes da Grande Florianópolis.

Palavras-Chave: Paciente, Estudo Sócio-Econômico, Serviço Social e Unidade de Oncologia.

Aprendi...

De uma forma positiva, aprendi que não importa o que aconteça, ou quão ruim pareça o dia de hoje, a vida continua, e amanhã será melhor.

Aprendi que se pode conhecer bem uma pessoa, pela forma como ela lida com três coisas: um dia chuvoso, uma bagagem perdida e os fios das luzes de uma árvore de natal que se embaraçaram.

Aprendi que, não importa o tipo de relacionamento que tenha com seus pais, você sentirá falta deles quando partirem.

Aprendi que “saber ganhar” a vida não é a mesma coisa que “saber viver”.

Aprendi que a vida às vezes nos dá uma segunda chance.

Aprendi que viver não é só receber, é também dar.

Aprendi que se você procurar a felicidade, vai se iludir, mas, se focalizar a atenção na família, nos amigos, nas necessidades dos outros, no trabalho e procurar fazer o melhor, a felicidade vai encontrá-la.

Aprendi que sempre que decido algo com o coração aberto, geralmente acerto.

Aprendi que quando sinto dores, não preciso ser uma dor para os outros.

Aprendi que diariamente preciso alcançar e tocar alguém. As pessoas gostam de um toque humano – a segurar na mão, receber um abraço afetuoso, ou simplesmente um tapinha amigável nas costas.

Aprendi que ainda tenho muito que aprender.

As pessoas se esquecerão do que você disse, esquecerão o que você fez, mas nunca esquecerão como você as tratou.

Luiz Fernando Veríssimo

SUMÁRIO

RESUMO	5
INTRODUÇÃO	8
1 O SERVIÇO SOCIAL E A MATERNIDADE CARMELA DUTRA	10
1.1 Caracterização da Maternidade Carmela Dutra	10
1.2 Breve Contextualização do Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra	12
1.3 A Intervenção do Profissional de Serviço Social na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra	18
2 POLÍTICA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER	22
2.1 Instituto Nacional de Câncer	22
2.1.1 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher	27
2.1.2 Centro de Pesquisas Oncológicas e Entidades Não Governamentais	30
2.2 Direitos Assegurados aos Usuários do SUS e aos Portadores de Neoplasia Maligna	32
3 O SERVIÇO SOCIAL E O CÂNCER	44
3.1 O Serviço Social na Área Oncológica	44
3.2 O Papel do Assistente Social na Efetivação dos Direitos Assegurados aos Portadores de Câncer	49
4 O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS PACIENTES INTERNADAS NA UNIDADE DE ONCOLOGIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA	53
4.1 Natureza e Desenvolvimento da Pesquisa	53
4.2 Descrição dos Dados	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	71

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo identificar o perfil sócio-econômico das pacientes internadas na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra devido ao interesse despertado através da prática proporcionada pelo estágio obrigatório, sendo que o projeto de intervenção foi realizado nesta unidade.

Considerou-se relevante comprovar as condições sócio-econômicas das pacientes, pois o profissional de Serviço Social conhecendo os fatores sociais, econômicos e familiares que permeiam a realidade da população atendida na Unidade de Oncologia pode aperfeiçoar a sua intervenção.

Também não havia nenhum trabalho realizado na Maternidade, que definisse o perfil das pacientes atendidas na Unidade de Oncologia. Este trabalho pode servir de auxílio caso outra pessoa se interesse pelo tema e queira utilizá-lo para saber se houve mudanças no perfil das pacientes atendidas na unidade.

No primeiro capítulo será apresentada a caracterização da Maternidade Carmela Dutra, com o objetivo de situar o leitor na instituição que foi realizada a pesquisa. Também exibir-se-á uma breve contextualização do Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra, mostrando os programas que são desenvolvidos por este setor e as atividades que são desempenhadas pelo assistente social.

Ainda no primeiro capítulo será abordada a intervenção do profissional de Serviço Social na Unidade de Oncologia, vindo a mostrar a importância do trabalho realizado por este profissional e descrever o atendimento que é oferecido às pacientes que ficam internadas nesta unidade.

No segundo capítulo serão tecidas algumas informações a respeito da Política Nacional de Combate ao Câncer dando maior ênfase ao Instituto Nacional de Câncer visto que este órgão governamental é responsável pelas ações de prevenção e controle ao câncer em nível nacional. Também será abordado o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher devido a grande incidência destes dois tipos de câncer entre as pacientes internadas na Maternidade Carmela Dutra. Ainda neste capítulo, far-se-á uma pequena explanação do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON e de algumas entidades não governamentais. Este será finalizado com alguns direitos assegurados aos usuários do SUS e aos portadores de neoplasia maligna.

O terceiro capítulo falará do Serviço Social e o Câncer e nele serão passadas informações referentes à doença, à atuação do Serviço Social na área oncológica e que, por fim, será abordado o papel do assistente social na efetivação dos direitos assegurados aos portadores de câncer.

O quarto e último capítulo é voltado exclusivamente para a pesquisa, mostrando a sua natureza, sendo finalizado com a descrição dos dados obtidos através dos estudos sócio-econômicos.

1 O SERVIÇO SOCIAL E A MATERNIDADE CARMELA DUTRA

Neste capítulo serão prestadas algumas informações referentes à Maternidade Carmela Dutra, também será feito um breve histórico do Serviço Social na Instituição, mostrando os programas desenvolvidos por este setor, fora isso, será descrita a atuação do assistente social na Unidade de Oncologia, apresentando as atividades desenvolvidas por este profissional.

1.1 Caracterização da Maternidade Carmela Dutra¹

A Maternidade Carmela Dutra foi inaugurada em 03 de julho de 1955 e o seu nome foi dado em homenagem à esposa do Presidente do Brasil na época, que era o Marechal Eurico Gaspar Dutra.

É uma instituição pública estadual que presta atendimento às mulheres de nível social diversificado, provenientes de diferentes municípios do Estado, em situações de saúde/doença, estando ou não relacionadas com as fases do ciclo grávido-puerperal.

Atualmente dispõe de 120 leitos, destinados aos atendimentos obstétricos, ginecológicos e oncológicos.

A maternidade está dividida nas seguintes unidades:

- Unidades I, II, III e IV - atendimento às puerperas;

¹ Foi através do folder elaborado pela Maternidade Carmela Dutra e por informações obtidas com alguns funcionários da instituição principalmente com a assistente social Cida, que se elaborou a caracterização da maternidade.

- Unidade V – cirurgia;
- Unidade VI – oncologia;
- Unidade VII – pós-operatório.

Nascem em média de 320 a 350 bebês por mês. O Serviço de Neonatologia é referência no atendimento aos recém-nascidos. Possui Sistema de Alojamento Conjunto para os recém-nascidos saudáveis, Berçário de Alto Risco e UTI Neonatal para os recém-nascidos doentes.

Na área de oncologia ginecológica, assume posição de destaque, prestando assistência interdisciplinar e humanizada.

Constitui-se em um serviço de referência no Estado, com atuação ambulatorial e hospitalar.

O Serviço de Ambulatório desenvolve ações nos diferentes níveis, destacando-se: saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, mastologia, climatério, reprodução humana, oncologia ginecológica e puericultura para os recém-nascidos de alto risco durante o primeiro ano de vida. Oferece um conjunto de meios médico-sociais suscetíveis a promover o desenvolvimento físico e moral das crianças, desde o período da gestação.

Conta ainda com o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno desde 1979, sendo primeiro no Estado de Santa Catarina. É responsável pelas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Além das atividades de coleta, processamento, controle de qualidade, estocagem e distribuição do produto, desenvolve amplo programa assistencial e educativo, de aconselhamento e apoio junto às nutrizes e comunidade em geral.

Trata-se de uma Maternidade/Escola conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina e com outras instituições de assistência e de ensino, com residência médica em ginecologia obstetrícia, mastologia e neonatologia e campos de estágio nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição. Serve, também, como campo de estágio e pesquisa para alunos de pós-graduação e cursos técnicos.

Recebeu em 1992 do Ministério da Saúde o reconhecimento como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher e, em 03 de julho de 1996, recebeu da UNICEF/OMS e Ministério da Saúde o Título de Hospital Amigo da Criança, pelo reconhecimento do seu trabalho de Incentivo e Proteção ao Aleitamento Materno.

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, mantém um Programa de Controle de Infecção Hospitalar cuja atuação resultou na obtenção da Acreditação em Infecção Hospitalar em julho de 1997.

A maternidade conta, ainda, com a Associação de Voluntárias, que oferece apoio e entretenimento às pacientes, faz doações de enxovais para recém-nascidos carentes e realiza atividades beneficentes para captação de recursos financeiros.

1.2 Breve Contextualização do Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra

O Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra foi criado em 1967 contando inicialmente com uma profissional.

Houve um período que existia quatro profissionais de Serviço Social e atualmente o setor que faz parte da gerência técnica² dispõe de duas assistentes sociais.

O trabalho do Serviço Social se dá a partir da concepção da saúde enquanto serviço e como direito do usuário. Desta forma, o assistente social trabalha com o pressuposto da reflexão, junto as pacientes e seus familiares, quanto aos seus direitos, para que possam exercer a cidadania.

Os programas desenvolvidos por este setor são os seguintes:

- Programa de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades de Internação

Objetivo Geral:

- Acompanhar e orientar a paciente e sua família durante a internação hospitalar, vindo a proporcionar o seu bem-estar e contribuindo na elucidação e resolução de situações problemas que possam comprometer seu restabelecimento e conseqüente alta.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a situação social da paciente e família, objetivando um plano de intervenção quando necessário;

- Proporcionar esclarecimento, orientação e encaminhamento à paciente e familiares que procuram apoio às suas dificuldades;

- Acompanhar, com a equipe interdisciplinar, a evolução do tratamento hospitalar;

- Participar de reuniões interdisciplinares.

Dentro deste programa estão inseridos o Projeto de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades de Obstetrícia, o Projeto de Atendimento e

² Organograma em anexo

Acompanhamento no Berçário de Alto Risco e Recanto da Mamãe, Projeto de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades V e VI (Anexo) e o Projeto de Atendimento e Acompanhamento na Unidade de Oncologia.

- Programa de Atendimento Ambulatorial

Considerando a necessidade de acompanhamento sistematizado às pacientes atendidas no ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, o Serviço Social se propõe a realizar um trabalho de esclarecimento, orientação e encaminhamento relativo às necessidades de cada paciente.

Objetivo Geral:

- Orientar e situar pacientes e familiares no contexto ambulatorial, motivando a continuidade do tratamento.

Objetivos Específicos:

- Esclarecer e orientar a paciente quanto à estrutura e funcionamento do ambulatório e postos de saúde e marcação de consultas;
- Esclarecer dúvidas relativas à legislação previdenciária e trabalhista;
- Proporcionar orientações específicas, interpretando à paciente e seus familiares as solicitações médicas e motivando a continuidade do tratamento;
- Identificar dificuldades que possam interferir na continuidade do tratamento e auxiliar na remoção delas;
- Informar os recursos da comunidade e proceder ao encaminhamento quando necessário;
- Interagir com a equipe interdisciplinar.

- Programa de Recepção e Triagem (Plantão)

Considerando o número de pessoas que diariamente procuram o Serviço Social em busca de resolução para as mais diversas situações e que muitas vezes não dizem respeito aos serviços prestados pela Instituição, mas que necessitam de informação, esclarecimentos e orientação, justifica-se o presente programa.

Objetivo Geral:

- Direcionar o usuário que procura e/ou é encaminhado ao Serviço Social em busca de informações.

Objetivos Específicos:

- Informar, esclarecer e orientar o usuário que vem ao Serviço Social e encaminhá-lo aos serviços da Unidade e/ou comunidade;
- Proporcionar atendimento adequado aos usuários.

Conforme pode-se constatar através dos programas e projetos especificados acima, o assistente social acompanha a paciente internada e seus familiares na rotina hospitalar, tendo por finalidade prestar apoio, esclarecimentos, informações e fazer encaminhamentos, com o objetivo de proporcionar o seu bem-estar, tendo em vista que a paciente não vem somente ter um bebê, fazer uma cirurgia, realizar tratamento; traz consigo suas ansiedades, expectativas, medos, angústias e crenças, como também sua opinião a respeito de seu estado geral. Considerando estes aspectos e compreendendo que a paciente e sua família devem ser vistos numa dimensão global de aspectos (físico, emocional, psicológico e social), justifica-se o trabalho do profissional de Serviço Social.

A Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra foi criada em 1974, para atender a mulher catarinense portadora de câncer ginecológico, pois não havia no Estado instituição hospitalar que oferecesse atendimento específico na área feminina.

Esta unidade está cadastrada no Ministério da Saúde como CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia I sem radioterapia.

De acordo com 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 I (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 linfomatoepiteliais 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.

Com o objetivo de proporcionar um atendimento humanizado e considerando que uma paciente pode ficar internada por um período variável de tempo, ou seja, de uma semana a três meses, esta unidade apresenta características específicas, como: horário de visita das 8:00 às 20:00h; cardápio variado (além do cardápio do dia, a paciente tem o direito de escolher algo diferente, se assim desejar); mobiliário diferenciado (mesa de refeição central, sala de televisão, ar condicionado etc), com o intuito de proporcionar um ambiente mais familiar. Afora isso, a paciente tem direito a um acompanhante 24 horas nos casos considerados especiais: paciente emocionalmente fragilizada, idosa e paciente num estágio avançado da doença que a deixa debilitada fisicamente.

A equipe interdisciplinar é composta pelas seguintes especialidades: Medicina,

Enfermagem, Fisioterapia³, Farmácia, Psicologia⁴, Nutrição e Serviço Social.

A interdisciplinaridade se dá a partir do “novo enfoque na atenção à saúde, inclusive como política nacional, expresso nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de assistência integral, o que supõe a ação interdisciplinar” (NOGUEIRA, 1998, p.41).

De acordo com Nogueira (1998, p. 41) “O trabalho em equipe situa-se como uma das formas de dar maior rentabilidade às atividades humanas, superando ações fragmentadas e buscando uma visão de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais”.

Para Servantes (2002, p.63):

O significado de uma equipe compõe-se, principalmente, de objetivos comuns por parte de todos os profissionais e/ou auxiliares integrantes. Esses objetivos, no caso da saúde, visam, primordialmente, a recuperação do paciente e seus acometimentos patológicos. A questão sugere o custo-benefício do tratamento, porém o tempo profissional qualificado disposto ao paciente implica em objetivar a qualidade de vida, a prevenção, habilitação e a reabilitação. O desempenho de uma equipe poderá ser eficaz partindo da centralização ou unificação de objetivos voltados, unicamente, para o paciente.

O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social é de grande importância porque através dos seus conhecimentos pode entender melhor a situação vivenciada pelas mulheres internadas, não se restringindo somente ao estado saúde-doença.

Conforme a OMS – Organização Mundial de Saúde *apud* Stein (2003, p. 54): “[...] a saúde é mais que a ausência de enfermidade é o bem-estar biopsicossocial, ou seja, poder sentir e desenvolver plenamente a capacidade de ser humano”.

³ O trabalho de Fisioterapia é realizado por alunos da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

⁴ A psicóloga que presta atendimento na Unidade de Oncologia é voluntária.

O Serviço Social oferece um grande instrumental, que é o de saber ouvir, pois muitas vezes as pacientes querem alguém que possa ouvi-las, para poder desabafar suas angústias, medos etc.

Silva (1999) ressalta “a importância de ouvir o paciente e do contato físico, que são veículos nas trocas afetivas que enriquecem as relações interpessoais”. Este autor também defende “o estímulo à independência do paciente, a importância de estímulos positivos e da esperança”.

O projeto desenvolvido nesta unidade, como já foi citado no item anterior, chama-se Projeto de Atendimento e Acompanhamento na Unidade de Oncologia e tem por objetivos: Diminuir a ansiedade da paciente e dos familiares, apoiando e propiciando segurança e conforto; Interpretar normas e rotinas e esclarecer sobre os direitos e deveres; Orientar e auxiliar na resolução de problemas que possam interferir no tratamento hospitalar seja de ordem familiar, emocional, psicológica e/ou sócio-econômica; Interagir com a equipe interdisciplinar no plano de tratamento da paciente; e Participar de reuniões com a equipe.

1.3 A Intervenção do Profissional de Serviço Social na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra

O assistente social juntamente com outros profissionais da equipe realiza visitas semanais às pacientes, onde cada profissional, além do médico, dá a sua contribuição quando necessário, com o objetivo de complementar o tratamento.

Na prática profissional é necessário estar informado sobre as normas e rotinas da instituição para interpretá-las e transmiti-las para as pacientes e seus familiares. Esta

atividade consiste num conjunto de informações sobre os regulamentos, funcionamento e as condições exigidas pela unidade, tais como, observância de horário das visitas; orientação às pacientes que recebem alta para entrar em contato com o setor de internações quando internar novamente para saber se há leitos vagos; informações sobre os documentos necessários ao tratamento, como, por exemplo, o processo de TFD – Tratamento Fora de Domicílio.

O Tratamento Fora de Domicílio é um instrumento legal que permite através do Sistema Único de Saúde o encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora de seu local de domicílio, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/Estado e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitada ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes (Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio - TFD, 1999).

Em casos de óbitos ocorridos na unidade compete ao profissional de Serviço Social tratar das orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável referente ao traslado e sepultamento. Aos familiares desprovidos de recursos financeiros informe-se sobre o auxílio-funeral⁵ oferecido pelas prefeituras fazendo os devidos encaminhamentos.

Realizam-se cotidianamente visitas de atendimento e acompanhamento, reuniões semanais com as pacientes e seus acompanhantes e elaboração de estudo sócio-econômico.

As visitas diárias têm o objetivo de conhecer melhor a paciente e seus familiares, prestar informações e intervir em determinadas situações quando necessário.

Nas reuniões realizadas na unidade são informadas as normas e rotinas da instituição. Quando há disponibilidade, os profissionais de Enfermagem, Nutrição, dentre outros, também participam. Os profissionais da área médica consideram as reuniões

⁵ Direito previsto na LOAS – Lei 8742/93, art 15°.

executadas pelo Serviço Social de grande importância. Percebe-se o quanto é importante este instrumental para as pacientes e seus familiares, pois acaba propiciando um espaço de discussões, troca de experiências e até uma forma de passatempo.

A entrevista individual para preparação do estudo sócio-econômico é o primeiro instrumental utilizado pelo Serviço Social quando a paciente é internada. Através do estudo o profissional tem a oportunidade de conhecer a situação familiar, sócio-econômica e previdenciária das pacientes. Este instrumento é fundamental para que o assistente social possa intervir na realidade vivenciada pelas mulheres internadas, vindo a prestar informações, esclarecimentos e fazer encaminhamentos quando é constatada a necessidade.

Em alguns casos faz-se necessário fornecer roupas e kits de higiene às pacientes, já que algumas delas muitas vezes não sabem que vão ficar internadas e acabam vindo desprevenidas, visto que provêm de municípios distantes de Florianópolis.

A assistente social que atende a Unidade de Oncologia também supervisiona a Associação de Voluntárias.

As atividades de apoio que as voluntárias oferecem às pacientes, como bingos, lanches, trabalhos manuais etc. contribuem para que elas não direcionem seus pensamentos somente para a situação que se encontram, pois as atividades desenvolvidas proporcionam distração e relaxamento, removendo as tensões causadas pela internação e pela própria doença, vindo a contribuir para o bem-estar das pacientes.

O trabalho das voluntárias se justifica, quando Stein (2003, p. 38), diz:

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 a sua enfermidade.

Deve-se estar bem informado acerca das normas, portarias dos órgãos governamentais, da legislação social existente, principalmente da LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social, e da Legislação Previdenciária e estar atento às mudanças na dinâmica do atendimento, seja no nível da unidade trabalhada e/ou rede de saúde.

A equipe médica valoriza o trabalho realizado pelo Serviço Social nesta unidade, sendo constantemente solicitado a intervir em certas situações e contribuir com a sua opinião.

Para se trabalhar nesta unidade e nos demais lugares que o assistente social atua faz-se necessário ter um olhar sensível, criterioso e pensante, agindo imparcialmente, uma vez que nessa profissão é preciso deixar certos valores e julgamentos de lado para poder compreender melhor nosso usuário.

2 POLÍTICA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER

O câncer é considerado um problema de saúde pública devido à grande incidência de pessoas acometidas por esta doença por isso este capítulo apresentará a trajetória da Política Nacional de Combate ao Câncer enfocando o INCA, que é o principal órgão governamental nas ações inerentes ao câncer. Além disso, prestar-se-á algumas informações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama devido ao grande número de mulheres que manifestam estes tipos de neoplasias no Brasil.

Ainda neste capítulo serão fornecidas informações referentes ao CEPON e a algumas entidades não governamentais e será finalizado com os direitos assegurados aos usuários do SUS e aos portadores de neoplasia maligna.

2.1 Instituto Nacional de Câncer⁶

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer - INCA, fica responsável pelo desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e controle do câncer. Conforme (<http://www.inca.gov.br>):

Tais ações são de caráter multidisciplinar e compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer no âmbito do SUS, e a atuação em áreas estratégicas como a prevenção e a detecção precoce, a formação de profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a informação epidemiológica. Todas as atividades do INCA têm como objetivo reduzir a incidência e mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

⁶ As informações contidas neste item foram obtidas através de consultas realizadas no *site* do Instituto Nacional de Câncer - INCA

A história do Instituto Nacional de Câncer começa na década de 30, com a reorientação da política nacional de saúde, devido ao aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, das quais faz parte o câncer.

Em 13 de janeiro de 1937, o Presidente Getúlio Vargas assina o decreto de criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro.

Buscando-se desenvolver uma política nacional de controle do câncer, em 1941 é criado o Serviço Nacional de Câncer – SNC, e, três anos mais tarde, o Centro de Cancerologia transforma-se no Instituto de Câncer, órgão de suporte do SNC.

Em 1961, é aprovado o novo regimento do Instituto, reconhecendo-o oficialmente como Instituto Nacional de Câncer e atribuindo-lhe novas competências nos campos assistencial, científico e educacional.

Cria-se, em 1967, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer – CNCC, com o intuito de se agilizar, financeira e administrativamente, o controle do câncer no Brasil e, em 1969, sob inúmeros protestos, o Instituto é desligado do Ministério da Saúde, passando à administração da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura, para ser entregue, três meses depois, à recém-criada Fundação das Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara – FEFIEG. Porém, esta situação não durou muito tempo, pois, em 1972, devido aos movimentos de resistência e de luta internos e externos, o INCA é reintegrado ao Ministério da Saúde, desligando-se de seu antigo órgão gestor financeiro, a então Divisão Nacional de Câncer, nova nomenclatura que havia sido adotada para o SNC, e passando a ser subordinado diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

Os primeiros anos da década de 80 marcaram o início de um período de crescimento e recuperação do INCA, como órgão fundamental para a política de controle do câncer no Brasil. Em 1980, o INCA passou a receber recursos financeiros através do CNCC, como resultado do processo de co-gestão acordado entre o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social⁷, o que permitiu, em apenas dois anos, duplicar a prestação de serviços médicos pelo referido Instituto. Passaram a ser inúmeras as reformas e programas executados, bem como convênios técnico-científicos firmados, que projetaram ainda mais o INCA como um centro médico-hospitalar especializado, de ensino e pesquisa.

Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, nº 8080, de 19 de setembro de 1990, lei que cria o SUS - Sistema Único de Saúde, é dado novo impulso ao INCA, ao ser incluído especificamente na citada lei, em seu artigo 41, como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e para a avaliação da prestação de serviços ao SUS. Nos anos, posteriores, os Decretos nº 109, de 02 de maio de 1991, nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998 e nº 3.496, de 1º de junho de 2000, ratificaram a função do INCA como o órgão governamental responsável por assistir o Ministro da Saúde na formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC, e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador.

O Instituto Nacional de Câncer desenvolve os seguintes projetos e programas de âmbito nacional:

- Projeto de Expansão da Assistência Oncológica - EXPANDE

Foi lançado em 2001 e desenvolvido juntamente com as Secretarias de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, ambas do Ministério da Saúde. Tem como

⁷ A Assistência Social se desvinculou da Previdência Social e hoje faz parte do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

principal objetivo estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população. Prevê a criação de 20 Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, no país até este ano, para atender cerca de 14 milhões de brasileiros.

- Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

Capacita profissionais das secretarias de saúde estaduais e municipais para orientar a população sobre os males do tabagismo, nas escolas, nas empresas, nos hospitais e nas comunidades locais.

- Programa de Qualidade em Radioterapia

Iniciado em 1999 como projeto piloto por iniciativa conjunta do INCA e da Associação Brasileira das Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer – ABIFCC, o Programa de Qualidade em Radioterapia – PQRT, atendeu com êxito 32 instituições participantes até 2002. A partir de 2003, passou a integrar a Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV, do Instituto Nacional de Câncer.

Hoje o PQRT tem como principais metas atender a todas as instituições prestadoras de serviços de radioterapia no âmbito do SUS, estimulando e promovendo condições que permitam a essas instituições a aplicação da radioterapia com qualidade e eficiência e a capacitação dos profissionais vinculados à radioterapia.

- Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco

Criado em 1999, tem como objetivo conhecer com detalhes o atual quadro do câncer no Brasil e seus fatores de risco.

- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

- Viva Mulher

Lançado em 1997, tem como objetivo principal reduzir, substancialmente, o número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero e de mama, permitindo à mulher um acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce pelo exame Papanicolaou e exame clínico das mamas, além do tratamento adequado do tumor.

O INCA conta com o trabalho da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer - FAF, que é uma instituição filantrópica criada em 1991, para dar apoio às atividades desenvolvidas pelo Instituto, em áreas-chaves do controle do câncer no Brasil, como o ensino, a pesquisa, a prevenção e o tratamento do câncer.

A FAF administra os recursos do Sistema Único de Saúde – SUS, e também faz captação de doações e firma convênios com instituições públicas e privadas. Ajuda o Ministério da Saúde a dotar o Instituto de recursos humanos qualificados e de tecnologias modernas.

As atividades e aplicações dos recursos da FAF são reguladas pelas determinações da Resolução 68/79 do Ministério Público do Rio de Janeiro (legislação específica que dispõe sobre as Fundações no Estado) e são por ele fiscalizadas através de auditores credenciados que amparam o Conselho Fiscal da Fundação.

Desde 1992, o Instituto Nacional de Câncer conta com o Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, que é presidido pelo Diretor Geral do citado Instituto onde também funciona a secretaria executiva. Sua finalidade é assessorar na elaboração, normatização e supervisão da política de combate ao câncer no Brasil.

Todas as pessoas e instituições envolvidas com o combate ao câncer podem encaminhar suas demandas e sugestões por intermédio de suas representações, para que sejam submetidas ao CONSINCA.

Por fim, o Instituto Nacional de Câncer tem como visão estratégica: “Exercer plenamente o papel governamental na prevenção e controle do câncer, assegurando a implantação das ações correspondentes em todo o Brasil, e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população”.

2.1.1 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher

Verificou-se na Unidade de Oncologia a grande incidência de mulheres acometidas por câncer de mama e colo do útero, por isso achou-se necessário falar mais a respeito destes dois tipos de câncer e sobre o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher.

Dentre todos os tipos de câncer, o colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente, o que não justifica o grande número de óbitos ocorridos.

Conforme dados do INCA, o pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos, sendo de maior gravidade, pois devido às células serem mais jovens estas se desenvolvem mais rápido.

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame Papanicolaou para detecção precoce do câncer de colo do útero, a doença continua a ser, entre nós, um problema de saúde pública, isto porque apenas 30% das mulheres

submetem-se ao exame citopatológico pelo menos três vezes na vida, o que resulta um diagnóstico numa fase avançada em 70% dos casos. As últimas estimativas do Instituto Nacional de Câncer, referentes à Incidência e Mortalidade por Câncer, previa o aparecimento de 16.480 novos casos de câncer do colo do útero e de 4.110 óbitos em 2003.

Em relação ao câncer de mama, nas últimas duas décadas, a taxa bruta de mortalidade por este tipo de câncer apresentou uma elevação de 68%, passando de 5,77 em 1979, para 9,70 mortes por 100.000 mulheres em 1998, sendo a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos.

Aproximadamente 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher ao palpar suas mamas, porém um dos fatores que dificultam o tratamento é o estágio avançado em que a doença se encontra. Cerca de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados gerando tratamentos muitas vezes mutilantes, o que causa maior sofrimento à mulher. Em 2003 se previa 41.610 novos casos e 9.335 óbitos.

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama foi criado para o desenvolvimento e a prática de estratégias para reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e de mama, por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde por intermédio do Instituto Nacional de Câncer em parceria com as 27 Secretarias de Saúde, oferecendo serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional.

Este programa introduziu a Cirurgia de Alta Freqüência (CAF) nas unidades secundárias de saúde, com a capacitação de 308 pólos para o tratamento do câncer do colo do útero. Foi implantado, em nível nacional, o SISCOLO – Sistema de Informação de Controle do Colo do Útero, que serve como uma base de dados capaz de fornecer subsídios para a avaliação e planejamento do programa.

Ao câncer de mama foram lançados: o Projeto de Capacitação de Recursos Humanos na Área de Saúde, que elabora e distribui o material para treinamento de profissionais de diversos níveis de atenção à saúde, e o Projeto de Organização da Rede de Serviços, que adquiriu 50 mamógrafos a serem distribuídos pelos 26 Estados e Distrito Federal, e que prevê a aquisição de pistolas para biópsia por agulha grossa nos pólos de diagnósticos estaduais.

Existem grandes possibilidades de cura para estes dois tipos de câncer, porém elas aumentam na medida que a doença for diagnosticada no início, por isso a importância do Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde reforçar e focalizar suas ações em medidas de promoção e prevenção.

Contudo percebe-se que as ações do governo ainda são muito curativas e há muitos fatores que dificultam o diagnóstico e tratamento do câncer, pois existe muita demora na marcação de consultas e nem todos exames são cobertos pelo SUS.

Muitas pacientes internadas na Unidade de Oncologia provêm de outras cidades do Estado. Isso acontece porque muitos municípios não possuem suportes físicos e humanos para atender portadores de câncer nem médicos especialistas em oncologia. Há outros municípios nos quais os recursos são limitados ou quase inexistentes, tanto em estar prestando assistência de enfermagem quanto em medicação.

Numa pesquisa realizada por Serrano (2002) para avaliar o Programa Estadual de Controle do Câncer do Colo Uterino e de Mama em Santa Catarina, foi verificado que a estrutura de serviços voltada à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e de mama, estava concentrada no litoral, onde historicamente o poder político localiza-se.

A questão dos medicamentos também é muito séria, visto que os remédios são muitos caros e nem todos são fáceis de conseguir pelo SUS.

2.1.2 Centro de Pesquisas Oncológicas e Entidades Não Governamentais

O centro de referência de tratamento e combate ao câncer em Santa Catarina é o CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas, que oferece atendimento através do SUS, com estrutura montada com recursos para prevenção e combate ao câncer, com médicos especialistas na área de oncologia e com tratamento de quimioterapia.

Em medicina, chama-se de quimioterapia o tratamento com a utilização de medicamentos cuja função é atuar nas células dos tumores, visando destruí-las, impedindo o crescimento e aliviando os sintomas causados pelo desenvolvimento do tumor. A quimioterapia pode ser indicada antes ou após uma cirurgia, ou ainda isoladamente, sem que haja indicação cirúrgica. Pode, ainda, ser feita em conjunto com outro tipo de tratamento, que é a radioterapia. A indicação do tipo de tratamento a ser feito depende de vários fatores, como tipo de tumor, localização e estágio da doença. A quimioterapia interfere nas células anormais do câncer, impedindo o seu crescimento e multiplicação desordenada (Disponível em: < <http://andre.sasse.com>>. Acesso em : 28 mar. 2004).

Foi através do Decreto nº 2.701, de 10 de março de 1998, que o CEPON passou a ser responsável no âmbito do Estado pela formulação, execução, acompanhamento, fiscalização, controle e avaliação das políticas e ações programáticas que estimulem a prevenção e diagnóstico e o tratamento e a reabilitação das oncopatologias.

O CEPON é mantido através dos recursos da FAHECE – Fundação de Apoio ao Hemosc e CEPON.

Segundo CARDOZO (2001, p. 24),

O CEPON é constituído por três unidades distintas em diferentes endereços: um Hospital, um ambulatório e uma Unidade de Transplante de Medula Óssea e tem como missão desenvolver ações na área de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer, conscientizando a

população e os profissionais de saúde através da informação, capacitação e treinamento.

Existem em Florianópolis algumas entidades não governamentais que prestam atividades relacionadas ao câncer. Segue abaixo algumas delas:

- Núcleo Dalva Arruda

Funciona na Maternidade Carmela Dutra, é constituído por voluntários, que trabalham na ajuda do pós-operatório de mulheres que tiveram câncer de mama. O núcleo oferece yôga, reiki, musicoterapia e terapias com florais. Busca-se propiciar um espaço de troca de experiências entre as mulheres que tiveram câncer.

- Rede Feminina de Combate ao Câncer

A Rede Feminina de Combate ao Câncer é uma entidade civil de caráter filantrópico, que está espalhada em várias regiões do país. Em Santa Catarina existem 46 entidades em diferentes municípios. As suas atividades são de prevenção, em especial ao câncer do colo do útero. Faz palestras, presta informações e permite o acesso fácil a exames preventivos, como de câncer de mama, colo do útero e de próstata.

- AMUCC – Associação da Mulher Catarinense Portadora de Câncer

Os objetivos da AMUCC são: assegurar os direitos às mulheres com câncer; incentivar a troca de informações e cooperação entre seus membros e demais associações beneficentes sem fins lucrativos e outras entidades; a fundação da “Casa da Mulher com Câncer”; e ser um centro promotor de debates, projetos e difusor de idéias.

2.2 Direitos Assegurados aos Usuários do SUS e aos Portadores de Neoplasia Maligna

Aqui se falará a respeito de alguns direitos assegurados aos usuários do SUS e mais especificamente aos direitos relacionados às pessoas acometidas por neoplasia maligna.

Segundo Stein (2003, p. 29):

Neste século, cada vez mais se articula uma perspectiva de consolidação democrática e ampliação da cidadania através de 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 [...]

Muitas pessoas ainda pensam que o SUS é de graça e por isso têm que se sujeitar a qualquer tipo de tratamento. Elas não têm discernimento que o Sistema Único de Saúde é um direito que está previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, onde diz:

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.

Baseado nos preceitos constitucionais acima, a construção do SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade – todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

- Equidade – todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou

classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares.

- Integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. É preciso garantir o acesso às ações de:

- Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc).

- Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária etc).

- Recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes).

Além da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a saúde, foram criadas as Leis nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e a nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, para instituir e regulamentar o Sistema Único de Saúde.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA (BRASIL, 1999), são dois os indicadores que caracterizam o câncer como problema de saúde pública no Brasil: o aumento gradativo da incidência e mortalidade e o desafio que isso representa ao SUS no sentido de garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento da doença.

Conforme Cardozo (2001, p.18) :

[...] apesar da tecnologia existente para o diagnóstico precoce, na maioria das vezes, este diagnóstico é feito quando a doença já se encontra em um estágio avançado e incurável. Isto é ressaltado pelo Ministério da Saúde (1995), quando informa que, mesmo com a incorporação dos avanços técnicos e científicos, o coeficiente de mortalidade por câncer no Brasil não tem se modificado nos últimos cinquenta anos. Isto demonstra que a

grande preocupação centra-se na cura das doenças e não na tentativa de preveni-las.

Os portadores de neoplasia maligna no Brasil possuem alguns direitos e benefícios⁸ que serão mostrados a seguir:

- Auxílio-Doença e Aposentadoria por Invalidez (Lei nº 8.213/91)

O auxílio-doença é concedido ao doente que ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Durante os primeiros 15 (quinze) dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, cabe à empresa pagar ao doente empregado o seu salário. No caso do segurado ser empresário, a sua remuneração também deve ser paga pela empresa. Depois desse período o pagamento é feito pela Previdência Social.

Não existe carência para se requerer o auxílio-doença e aposentadoria por invalidez para quem tem doenças graves como o câncer, desde que provado por laudo médico e que esteja inscrito no Regime Geral da Previdência Social.

Só existe possibilidade de requerer a aposentadoria por invalidez a pessoa que não tiver possibilidade de trabalhar. Não basta, apenas, ter doença grave.

As pessoas que podem usufruir do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez são aquelas que estavam inscritas no INSS, ou seja, que já haviam realizado contribuições antes do diagnóstico da doença.

- Servidores Públicos Federais

Os servidores públicos federais acometidos por neoplasia maligna dispõem de benefícios que estão regulamentados nas Leis nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997.

⁸ As leis aqui citadas foram obtidas através do *site* da AMUCC: www.amucc.com.br, do livro: Câncer, direito e cidadania e da Cartilha: Câncer: faça valer os seus direitos.

- Servidores Militares

Os servidores militares são regidos por estatuto próprio, Lei nº 6.880, de 09 de dezembro de 1980, que garante direitos aos militares acometidos por neoplasia maligna. Há um benefício a esta categoria que está previsto na Medida Provisória nº 2.215 de outubro de 2001, que se refere ao auxílio-invalidez.

- Servidores Públicos Estaduais

Os servidores públicos de Santa Catarina portadores de neoplasia maligna são regidos pela Constituição Estadual, mais especificamente pelo artigo 30, inciso I, e através do Estatuto dos Servidores Civis Estaduais, Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985.

- Contribuintes da Previdência Social

Os indivíduos portadores de neoplasia maligna contribuintes da Previdência Social são assegurados pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, sendo que esta foi alterada pela art. 6º da Lei nº 9.032, de 28 de abril de 1995.

- Benefício de Prestação Continuada – BPC

O BPC é um benefício no valor de um salário mínimo garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 203, inciso V, para a pessoa portadora de deficiência sem limite de idade e ao idoso com 65 anos ou mais, que comprovem não ter condições econômicas de se manter e nem de ter sua subsistência mantida por sua família. A lei que dispõe sobre este benefício é a Lei Orgânica de Assistência Social – Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.

É pertinente fazer uma crítica ao BPC, pois muitas pessoas acometidas por neoplasia maligna que não se encontram deficientes e que ainda não possuem 65 (sessenta e cinco) anos de idade acabam ficando à mercê, porque não estão asseguradas pela Previdência Social pelo fato de não serem contribuintes e não apresentam os requisitos exigidos para conseguir o BPC.

Para se ter direito ao BPC os sujeitos muitas vezes precisam encontrar-se totalmente vulneráveis e o paciente de câncer nem sempre se encontra numa cadeira de rodas e com suas faculdades mentais abaladas, porém o tratamento realizado pode provocar muitos efeitos colaterais dificultando o ingresso ao trabalho, tendo que viver, ou melhor, sobreviver, da caridade de familiares, amigos e da igreja.

De acordo com Ferreira (2001, p. 9):

Embora a assistência tenha sido incorporada à seguridade social, e a saúde tenha sido universalizada e seus serviços desvinculados da previdência social, esta lógica continua mantida: para todos os benefícios previdenciários, que continuam dependentes e proporcionais às contribuições efetuadas; para o auxílio-doença, que continua sob a lógica do seguro; para os benefícios de prestação continuada para idosos e deficientes. Ou seja, todos os direitos sociais que se materializam na garantia de prestações monetárias de substituição e/ou complementação de renda são aprisionados pelo critério da capacidade/incapacidade ao trabalho como fonte definidora do direito.

O BPC se tornou um benefício bastante seletivo e focalizado. Porém, apesar desses aspectos negativos, é um direito que as pessoas têm de requerer e é necessário lutar para que se torne menos seletivista e excludente.

- FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

A Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, com dispositivos pela Lei nº 8.922, de 25 de julho de 1994, assegura que a conta vinculada do FGTS poderá ser movimentada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

- PIS/PASEP – Programa de Integração Social e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

Os portadores de neoplasia maligna podem receber este benefício, que consta na Resolução nº 1, de 15 de outubro de 1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação do PIS/PASEP.

- Isenção de Imposto de Renda

Através da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, ficam isentos do Imposto de Renda os portadores de neoplasia maligna.

- Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI na compra de veículo

Segundo a Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, com alterações posteriores introduzidas pelas Leis nº 10.182/01, nº 10.690/03 e nº 10.754/03, regulamentada pela Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 375, de 23/12/2003, as pessoas que podem receber este benefício devem ser portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, que poderão adquirir diretamente ou por intermédio de seu representante legal, com isenção de IPI, automóvel de passageiros ou veículo de uso misto, de fabricação nacional, devido ao fato de não poderem dirigir automóveis comuns.

- Isenção do Imposto sobre Operações Financeiras - IOF no financiamento para a compra de veículo

A Lei nº 8.383, de 30 de dezembro de 1991, dá isenção do IOF ao deficiente físico que pretenda contratar um financiamento (empréstimo) numa instituição financeira, com a finalidade de adquirir um veículo, com características especiais, já que não tem condições de dirigir um veículo comum.

- Isenção de Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA para deficientes físicos

Este benefício é regido por leis estaduais, e em Santa Catarina encontra-se na Lei nº 7.543, de 30 de dezembro de 1998, que isenta o deficiente físico do pagamento de IPVA, já que este tem que adquirir um veículo adaptado.

- Isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias - ICMS na compra de veículos

Em Santa Catarina o RICMS/97, anexo 2, artigos 38 a 40, isenta o ICMS aos portadores de câncer que sofreram deficiência física, em decorrência do tratamento, que o impeçam de dirigir veículo convencional.

Obs: O paciente com câncer, em função da doença ou tratamento cirúrgico, pode vir a torna-se deficiente físico, por isso tem direito às isenções de IPI, IOF, IPVA E ICMS na compra de veículos. Vejamos um exemplo, as mulheres que realizam mastectomia total ou parcial podem ter dificuldades na mobilidade dos braços, por isso têm que adquirir veículos com direção hidráulica, pois as manobras repetitivas de carros comuns acarretam o linfedema (inchaço), que podem deformar de maneira irreversível o membro operado.

- Cirurgia de Reconstituição Mamária

Através da Lei nº 9.797, de 06 de maio de 1999, às mulheres que tiveram uma ou as duas mamas mutiladas ou amputadas em decorrência de técnica de tratamento de câncer, o Sistema Único de Saúde passou a ter obrigação de realizar a cirurgia plástica reparadora de mama, utilizando para isso todos os meios e técnicas necessárias.

- Planos de Saúde

A partir da vigência da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, as operadoras de planos de saúde passaram a ser fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

É obrigatória a cobertura de doenças como o câncer.

- Processo Judicial – Andamento Prioritário

Através da Lei nº 10.173, de 09 de janeiro de 2001, as pessoas com 65 anos ou mais passaram a ter prioridade na tramitação de procedimentos judiciais.

- Transporte Coletivo Interestadual Gratuito – Deficientes Físicos

A Lei nº 8.899/94 assegura, no artigo 1º, passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual.

- Distribuição de Bolsas Coletoras para Pacientes Colostomizados

Em Santa Catarina a Policlínica de Referência Regional é responsável pela distribuição das bolsas, que são dadas para as pessoas que fizeram a cirurgia de colostomia, ligação do cólon à pele do abdômen ou da região lombar. Esta bolsa é ligada ao cólon por orifício abdominal para receber as secreções intestinais. É uma espécie de ânus artificial.

Além dos direitos que foram explicitados, segue abaixo os direitos na relação médico/paciente⁹.

- O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais da saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.
- O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
- O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.
- O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com seu nome completo, função e cargo.
- O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.

⁹ Fórum de Patologias do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <<http://www.daycare.com.br>>. Acesso em: 10 maio 2004.

- O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.

- O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

- O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensíveis, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

- O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.

- O paciente tem direito de consentir ou se recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.

- O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Deve consentir, de forma livre e voluntária, após esclarecido com informação adequada. Quando ocorrerem alterações significativas no seu estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, os esclarecimentos deverão ser renovados.

- O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

- O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.
- O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional da saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.
- O paciente tem direito de receber medicamentos básicos e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham sua vida e saúde.
- O paciente tem direito de, ao satisfazer suas necessidades fisiológicas, ter sua privacidade resguardada e de receber alimentação adequada e higiênica, quer quando atendido no leito ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.
- O paciente tem direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara, com data de fabricação e prazo de validade.
- O paciente tem direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico – nº 9.787/99¹⁰), e não em código, datilografadas ou em letras de forma, ou com caligrafia perfeitamente legível, com assinatura e carimbo contendo o número do registro do profissional no respectivo Conselho Profissional.
- O paciente tem direito de conhecer, antes de receber sangue ou hemoderivados para transfusão, sua procedência e de verificar se existe carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.

¹⁰ A Resolução nº 391, de 9 de agosto de 1999 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), regulamenta a Lei 9.787/99, estabelecendo as regras técnicas para os medicamentos genéricos, a fim de assegurar sua qualidade, segurança e eficácia e garantir sua intercambialidade com o respectivo produto de referência.

- O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.

- O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, se é diabético, portador de algum tipo de anemia ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico etc.) antes de lhe serem administrados.

- O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde pública ou privados.

- O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos (Portarias do Ministério da Saúde nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, e nº 74, de 04 de maio de 1994).

- O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infecto-contagiosas.

- O paciente tem direito de ter resguardado seus segredos, através de manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente, mesmo se desconhecidos pelo próprio cliente, correspondem a tudo aquilo que o profissional da saúde possa ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exames laboratoriais e radiológicos.

- O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivada por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais da saúde.

- O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.
- O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.
- O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde que lúcido), sua família ou responsável, por local ou acompanhamento e, ainda, se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar sua vida.
- O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.
- O paciente tem direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.
- O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.

3 O SERVIÇO SOCIAL E O CÂNCER

Este capítulo tem por objetivo mostrar o significado da palavra câncer e principalmente demonstrar a contribuição do profissional de Serviço Social na área oncológica, visto que o portador de câncer não se resume apenas ao seu processo de enfermidade-doença. O câncer acarreta vários fatores, a perda de força de trabalho, a fragilização familiar, o enfrentamento dos preconceitos que esta doença ainda carrega, além de outros aspectos que exigirão a atuação do assistente social.

3.1 O Serviço Social na Área Oncológica

Antes de falar sobre o Serviço Social na área oncológica prestar-se-á algumas informações referentes ao câncer.

“O termo câncer é derivado do latim *cancer* e do grego *karkinos*. Ambos significam caranguejo” (TEIXEIRA; MENDONÇA 1998 *apud* CARDOZO, 2001, p.12).

Segundo alguns autores o termo ‘câncer’ (caranguejo), relaciona-se com o fato de que este, através de suas patas, consegue penetrar facilmente na terra, assim como o câncer penetra e se locomove no interior do corpo humano. Entretanto, outros autores acham que o significado provém da associação entre os vários vasos sangüíneos presentes nos tumores externos e as várias pernas do caranguejo (CARDOZO, 2001, p. 13).

Conforme Helena (1999, p.1), “o termo câncer remonta à Antigüidade, quando se descrevia a doença como massas enraizadas que aderiam aos tecidos, como caranguejos. No meio científico, o termo ‘câncer’ ainda é aceito, mas vários autores usam o termo ‘neoplasias malignas’ para designar este grupo de doenças”.

De acordo com o Mayol (1989, p.15):

Câncer é um termo genérico dado a qualquer tipo de proliferação anormal de células, de forma desordenada e rápida, diferenciando-se do tecido de origem, ultrapassando os seus limites e disseminando-se primeiro pelas estruturas vizinhas, e depois pelo resto do organismo. A célula cancerosa, levada pelo sangue a um outro órgão mais distante, ali pode se instalar, passando a reproduzir-se, formando outro tumor, que é a metástase. É nessa disseminação do tumor primitivo dando origem a metástase que reside toda a gravidade dessa doença, pois a partir de uma única célula cancerosa todo o organismo pode vir a ser gravemente afetado.

Com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde esta reafirmou a necessidade de consolidar o SUS, com todos os seus princípios e objetivos, dentre eles, a ação interdisciplinar no âmbito da saúde, por isso que através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, o assistente social juntamente com outras categorias passou a ser considerado como profissional da área de saúde.

O Serviço Social na área oncológica percebe o paciente na sua totalidade e não apenas seu estado biológico, visto que o ser humano é um conjunto constituído pelas partes física, mental e social.

Conforme SOUZA *et al* (1997, p.7):

Hoje, a prática profissional na área da saúde tem sido cada vez mais freqüente em equipes multiprofissionais. Desta forma, é de reconhecida importância o conhecimento que o profissional de Serviço Social deve ter do seu espaço dentro da instituição e da equipe, para que possa interpretar os fatores sociais, políticos e econômicos que permeiam a realidade dos pacientes e de seus familiares, orientando um tratamento global nos aspectos biopsicossociais.

Alguns autores afirmam que dentre as doenças crônico-degenerativas o câncer é a que causa maior desequilíbrio emocional no paciente e seus familiares, pois, em nossa sociedade, esta moléstia tem a conotação de sofrimento, dor, degradação e morte.

No tratamento de pessoas portadoras de câncer não se pode perder de vista as suas necessidades físicas, sociais e espirituais. Farias (1985, p. 157) refere-se a esta questão,

ênfatizando “se queremos tratar o doente e não somente a doença, devemos nos preocupar com seu aspecto emocional tanto quanto físico”.

Concorda-se com Beuter (1996, p. 27) quando esta diz que:

A assistência à pessoa com câncer não deve limitar-se somente à terapêutica medicamentosa e cuidados de rotina. Necessita envolver valores pessoais, que oportunizem ver esta pessoa como ser humano, que embora esteja doente e hospitalizada mantém a mesma identidade pessoal que tinha antes de ser internada.

O assistente social busca diminuir a ansiedade do paciente oncológico, propiciando apoio, confiança, informações, esclarecimentos e auxílio nas questões que possam surgir e vir a interferir no tratamento hospitalar seja de ordem familiar, previdenciária e sócio-econômica.

No exercício da prática profissional na área oncológica, o Serviço Social vem aprendendo a articular-se com a atuação de profissionais de diversas áreas construindo e confrontando seu saber, relativizando seu papel, buscando na teoria e no contato com a realidade elementos fundamentais para sua ação, com vistas ao aprimoramento do processo de seu trabalho.

Desde o final de século XIX, o Serviço Social tem participado na construção de conhecimento a respeito do ser humano, suas relações sociais e o enfrentamento de questões sociais em diversas áreas. A área da saúde tem se destacado por constituir o maior campo da prática profissional, já tendo bem discutidas as questões relacionadas à saúde mental, da mulher e da criança. No entanto, a discussão sobre a questão do câncer ainda é incipiente [...] (CHALHUB; SKABA, 2003).

O paciente oncológico possui as suas peculiaridades, pois o câncer trata-se de uma doença que ainda hoje carrega o estigma da morte, por isso o profissional de Serviço Social deve estar bem preparado para intervir neste contexto.

Pode-se dizer que pacientes oncológicos evidenciam temores: de um lado a expectativa de as células cancerosas estarem desenvolvendo-se e com isso desequilibrando o organismo, e de outro lado, a mutilação, a dor, a

apreensão quanto a exames médicos desconhecidos, a perda da força física (resultante dos tratamentos), a perda de ideais do ego, objetivos de vida, papéis sociais e o fato de causar sofrimento à família (CARVALHO, 1994, p. 58).

Cada indivíduo reage de uma forma quando recebe o diagnóstico de câncer. Alguns se isolam enquanto outros ficam totalmente dependentes de familiares, amigos e até mesmo da equipe de saúde ao qual está sendo tratado.

Deitos & Gaspary (1997, p. 125) afirmam que:

Dificilmente existe outra patologia que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios quanto o câncer: o choque do diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da radio e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna.

Muitos pacientes ficam enclausurados nos seus leitos devido ao estado que se encontram. Isso traz uma angústia muito grande, porque favorece que estes direcionem seus pensamentos para a doença, já que acabam ficando debilitados de exercerem atividades que lhes trariam distração.

Deve-se entender que quando uma pessoa é internada para realizar tratamento oncológico, esta certamente se encontrará apreensiva e sofrendo, pois isto exige um afastamento de tudo aquilo que lhe era familiar e conhecido. Traz muitas vezes a impressão de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, sociais, profissionais, etc.

O Serviço Social disponibiliza com o seu trabalho perceber o paciente oncológico na sua globalidade vindo a proporcionar que fale a respeito de sua vida, que se sinta à vontade para desabafar todos os seus temores, esclarecer suas dúvidas, pedir informações a respeito da doença e dos direitos que possui, de dar sugestões para que tenha um melhor

atendimento. Enfim, encorajar este paciente junto com os demais integrantes da equipe para que não desista, que siga em frente na sua luta contra a doença.

Um dado importante, que pode influir positivamente no tratamento, é a confiança estabelecida entre o paciente e a equipe de saúde. Essa relação deve ser baseada em dados reais que possibilitem aos pacientes e familiares conhecerem tudo sobre o tratamento sem, no entanto, afetar suas expectativas. [...] para o bem-estar do paciente oncológico é importante valorizar o atendimento através de uma equipe multidisciplinar; abordar o paciente, não de forma isolada, mas junto à sua rede de relacionamento; valorizar o trabalho de reabilitação do paciente: físico, emocional e, quando possível, profissional; não negligenciar o atendimento ao paciente terminal. Quando se evidencia a falta de respostas positivas aos tratamentos oncológicos, só resta lidar com a fase final da doença, que requer da equipe especial atenção. É nesta fase que se descobre que o “saber” sobre o câncer é limitado e nem sempre necessário. Atender ao paciente terminal exige equilíbrio emocional, reflexão filosófica sobre a vida e a morte; enfim uma compreensão de que minorar os desconfortos (mais freqüentemente a dor), acompanhar as fases de negação, revolta e aceitação, tanto do paciente quanto dos familiares, intervindo quando possível com o intuito de que os mesmos sejam compreendidos, é papel do profissional. Nesta fase todos os profissionais da equipe têm a mesma importância, não havendo preponderância por campo de atuação, senão pela habilidade pessoal na lida com a situação exposta (SOUZA *et al.* 1997, p.11).

O assistente social tem uma função importante que é trazer a família para participar e prestar apoio. Além de estar prestando auxílio ao paciente com câncer, o profissional também presta auxílio à família.

De acordo com Servantes (2002, p. 37): “A família como o primeiro grupo social mais importante na vida do indivíduo é também a primeira a sentir, diretamente, as conseqüências e as alterações do comportamento do paciente e portador de câncer”.

O profissional de Serviço Social juntamente com os outros profissionais da equipe interdisciplinar deve orientar o paciente e sua família sobre todo o processo de enfermidade e os procedimentos que serão utilizados para o tratamento. Deve ser usada uma linguagem simples, menos formal, para que o paciente e seus familiares tenham uma maior compreensão de entendimento.

Conforme CARVALHO (1994, p. 59):

Durante a internação todos os profissionais da equipe da saúde tornam-se parte da “família” do paciente, pois este é visto com frequência e com intimidade. Temos que enfrentar essa responsabilidade oferecendo cuidados e o tipo de apoio afetivo supostamente proporcionados pela família. Todos os profissionais devem trabalhar de forma coordenada, integrada e consciente para o melhor atendimento das necessidades do paciente.

3.2 O Papel do Assistente Social na Efetivação dos Direitos Assegurados aos Portadores de Câncer

No Brasil estima-se que a cada ano um milhão de pessoas são acometidas pelo câncer. Apesar de existirem muitas leis que assegurem direitos e benefícios aos indivíduos portadores desta doença verifica-se que há uma carência de informações referentes à legislação existente sendo que esta se encontra de forma difusa e pouco clara.

Conforme consta no Código de Ética Profissional¹¹ (1993), o assistente social tem que contribuir na “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”.

Deve-se fazer uma correção no referido Código, pois o assistente social não deve somente buscar garantir os direitos acima citados para as classes trabalhadoras, mas para todos os indivíduos.

O profissional de Serviço Social na área da saúde tem um papel importante na efetivação dos direitos dos pacientes acometidos por neoplasia maligna, já que com os seus

¹¹ Aprovado pela Resolução CFESS - Conselho Federal de Serviço Social nº 273/93 de 13 de março de 1993, com alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/94, 293/94 e 333/96.

conhecimentos pode prestar informações a respeito, de modo a orientar os pacientes e seus familiares sobre os meios disponíveis para efetivação desses direitos.

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 sócio-educativa, possibilitando o acesso aos serviços e benefícios sociais, e esclarecendo aos usuários sobre seus direitos, para que estes possam 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 (STEIN, 2003, p. 49).

O câncer é visto como um problema de saúde pública devido ao número cada vez maior de vítimas e por isso é indispensável que as pessoas estejam informadas acerca dos seus direitos para que possam requerê-los.

Além de trazer problemas de ordem física, emocional e psicológica, o câncer traz problemas financeiros. Exige medicamentos de uso contínuo e exames de alto custo e por esse motivo o paciente merece uma ajuda do Estado. Esta ajuda existe e encontra-se regida por leis e como as demais leis existentes no Brasil é necessário engajar-se para que sejam colocadas em prática.

[...], a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de “participação” da comunidade, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade de recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa (COSTA, 2000. p. 41).

É indispensável que o assistente social esteja munido de conhecimentos a respeito do câncer principalmente referente às leis existentes e os locais que prestam serviços relacionados a esta doença. O profissional deve estar atento às mudanças e criações de novas leis que tragam benefícios aos portadores de neoplasia maligna para contribuir no exercício da cidadania.

[...]. Afirmar o compromisso com a cidadania exige a defesa dos direitos sociais tanto em sua expressão legal, preservando e ampliando conquistas da coletividade já legalizadas, quanto em sua realidade efetiva. À medida que os direitos se realizam, alteram o modo como as relações entre os indivíduos sociais se estruturam, contribuindo na criação de novas formas de sociabilidade, em que o outro passa a ser reconhecido como sujeito de valores, de interesses, de demandas legítimas, passíveis de serem negociadas e acordadas. Portanto, colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los tanto em sua normatividade legal, quanto traduzi-los praticamente, viabilizando a sua efetivação social. Essa é uma das frentes de luta que move os assistentes sociais nas microações cotidianas que compõem o seu trabalho (IAMAMOTO, 2001, p. 78).

Segundo Barbosa (2003, p. 14):

Há muito ainda a ser feito para que o paciente, já debilitado por sua doença, não precise ser submetido a uma verdadeira “gincana jurídica” para conseguir exercer a sua cidadania, na maioria das vezes sujeita a entraves burocráticos, e, lastimavelmente, aos humores dos burocratas, não sendo raro a necessidade de recorrer ao Poder Judiciário para o reconhecimento de um direito legítimo, líquido e certo.

Pode-se dizer, a cidadania para as pessoas portadoras de câncer é fazer valer o que está escrito nas leis. Exigir a observância dos direitos e zelar para que não sejam desrespeitados.

Para garantir direitos não só para os pacientes oncológicos, mas para os usuários da rede pública de saúde em geral:

[...], o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde.

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações (COSTA, 2000, p. 62).

O profissional de Serviço Social que atua na área da saúde deve focalizar as suas ações em medidas educativas, conscientizando os usuários do SUS, a importância da

participação e do controle social para que a saúde fique cada vez melhor e para que possam contribuir para o exercício da cidadania.

Por fim, é de fundamental importância a mobilização das pessoas como forma de garantir os direitos já conseguidos e de reivindicar novos direitos na área da saúde como nos demais campos da cidadania (educação, moradia, lazer etc).

4 O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS PACIENTES INTERNADAS NA UNIDADE DE ONCOLOGIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

Neste capítulo será apresentada a pesquisa realizada para identificar o perfil das pacientes internadas na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra para se ter conhecimento a respeito das suas condições sócio-econômicas.

4.1 Natureza e Desenvolvimento da Pesquisa

Num universo de 300 estudos sócio-econômicos¹² foram analisados 67, realizados de janeiro/2003 a maio/2004, elaborados pelo Serviço Social através das entrevistas realizadas com as pacientes que ficam internadas na Unidade de Oncologia.

Primeiramente tinha-se a intenção de analisar os estudos sócio-econômicos que foram elaborados no período de realização do estágio, porém seria um número muito pequeno, por isso decidiu-se pelo período acima citado por abranger um número maior de estudos.

Também foram analisados 18 prontuários¹³, para obter alguns dados que não constavam nos estudos sócio-econômicos, e livros de registros, para verificar o número de óbitos ocorridos no período que a pesquisa se propôs. A pesquisa foi caracterizada como pesquisa documental.

Conforme Gil (1999, p. 66)

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a

¹² Estudo Sócio-Econômico – documento que pertence ao Setor de Serviço Social da Maternidade Carmela Dutra.

¹³ Prontuário – documento da instituição que contém informações referentes a paciente.

pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Para o mesmo autor há vantagens no uso das fontes documentais porque “os dados documentais, por terem sido elaborados no período que se pretende estudar, são capazes de oferecer um conhecimento mais objetivo da realidade” (GIL, 1999, p.166).

A pesquisa que foi realizada para elaboração deste trabalho também pode ser definida como pesquisa descritiva, que segundo Gil (1999 p.44):

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Utilizou-se para esta pesquisa os dados constantes nos estudos sócio-econômicos, como faixa etária, diagnóstico, instrução, situação civil, renda, procedência, profissão, situação familiar e situação habitacional.

Faixa etária – para descobrir a idade em que o câncer mais se manifesta entre as mulheres;

Diagnóstico – para saber qual o tipo de câncer com maior incidência entre as pacientes;

Instrução – para saber o grau de escolaridade das pacientes;

Situação Civil – buscando identificar a paciente na família;

Renda – para se avaliar as condições para enfrentar o tratamento;

Procedência – para saber a origem das mulheres internadas. Foram adotadas as divisões utilizadas pelo Governo do Estado de Santa Catarina: Grande Florianópolis, Nordeste, Vale do Itajaí, Planalto Norte, Planalto Serrano, Sul, Meio-Oeste e Oeste.

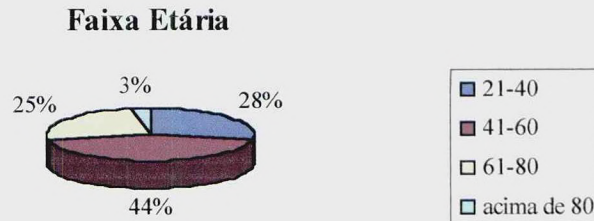
Profissão – para se conhecer a situação de trabalho;

Situação Familiar – dado importante a ser analisado, já que a família tem grande influência no tratamento;

Situação Habitacional – considera-se importante as condições de moradia para todos aqueles que se deparam com qualquer tipo de doença.

4.2 Descrição dos Dados

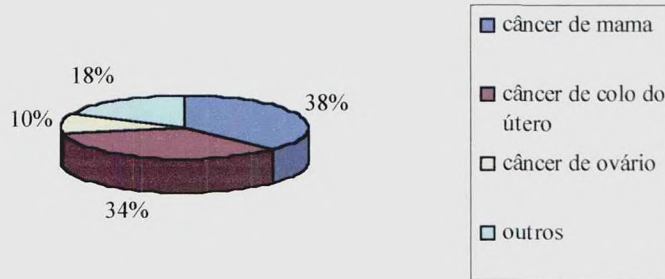
Gráfico 1



Através dos dados obtidos na pesquisa verificou-se que a maior incidência de câncer ocorre na faixa etária de 41-60 anos, conforme pode ser visto no gráfico acima, o que vem confirmar os dados obtidos pelo Instituto Nacional de Câncer. Também é significativo o índice referente a faixa-etária de 21-40 anos.

“Muitas vezes, quase sempre por vergonha, falta de acesso aos serviços, preconceito ou medo de realizarem exames ginecológicos de rotina, as mulheres colocam a saúde e a vida em risco” (Disponível em: <<http://portalweb02.saude.gov.br/saude>> Acesso em: 14 jun. 2004).

Gráfico 2

Diagnóstico

Considerou-se neste estudo “outros” aqueles tipos de câncer que foram evidenciados com menor frequência como câncer de endométrio, câncer de vulva e neoplasia trofoblástica gestacional¹⁴.

Em relação ao diagnóstico houve uma maior incidência de câncer de mama seguido por câncer do colo do útero.

Segundo Serrano (2002, p. 11):

As crescentes taxas de mortalidade por câncer de mama também nos apontam para algumas evidências de que este problema não está sendo devidamente enfrentado, uma vez que a detecção precoce do câncer de mama proporciona elevadíssimas chances de cura para a paciente e, na maior parte dos casos, permite oferecer tratamento não mutilador, preservando a integridade física da paciente.

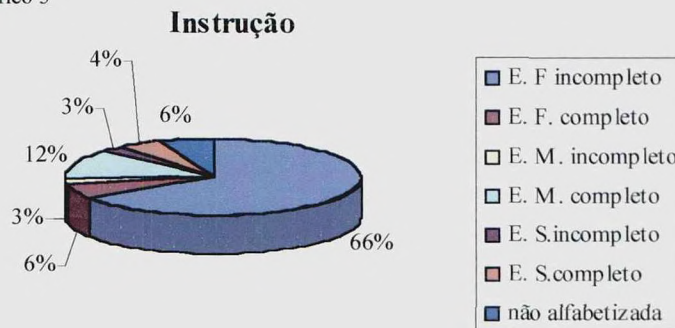
¹⁴ As Doenças Trofoblásticas Gestacionais (DTG) são patologias tumorais raras decorrentes da gravidez. Atingem mulheres jovens, em idade reprodutiva, que estão ou estiveram grávidas. Os dois tipos de Mola Hidatiforme (MH) – MH Completa e MH Parcial – são as formas benignas dessas DTG; são também as mais frequentes e têm evolução não complicada em cerca de 80% dos casos. Já as formas malignas das DTG são designadas como DTG persistente (DTGP) e Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG) e englobam a Mola Invasora, o Coriocarcinoma e o Tumor Trofoblástico do Sítio Placentário. A DTGP tem como origem os cerca de 20% das MH que complicaram, mas o TTG pode também suceder qualquer tipo de gravidez (terminada como aborto, gravidez ectópica ou como gestação com parto a termo). Tanto a DTGP como o TTG tem alto percentual de cura (80 a 100%), desde que sejam precocemente diagnosticados e adequadamente tratados, devendo ser manejados preferentemente em Centros de Referência. Disponível em: http://www.hcan.org.br/acta/2001/acta01_2.html Acesso em: 14 de jun. 2004.

Apesar do Brasil ser um dos primeiros países a utilizar a colposcopia junto com o exame Papanicolaou para a detecção precoce do câncer do colo do útero ainda é um dos países com maior incidência de mortes por esse tipo de câncer.

O acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a melhoria do nível de vida e saúde dos brasileiros. Por falta de acesso a diagnóstico precoce de doenças e a tratamentos de alta complexidade milhares de mulheres perdem suas vidas.

Entre as mulheres internadas constatou-se que poucas haviam concluído o ensino fundamental. Esta pouca escolaridade pode atrapalhar o entendimento em relação ao estado que se encontram. Constatou-se, também, a pequena porcentagem de mulheres com nível superior, isto vem confirmar, são poucas as pessoas com baixo poder aquisitivo que chegam a universidade.

Gráfico 3

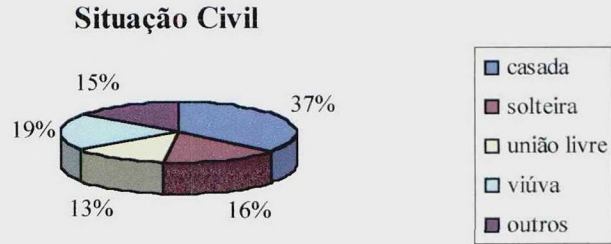


E. F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio E. S = Ensino Superior

Como pode ser visto no gráfico a seguir 37% das mulheres são casadas, o que se supõe que podem contar com o apoio e ajuda dos seus esposos.

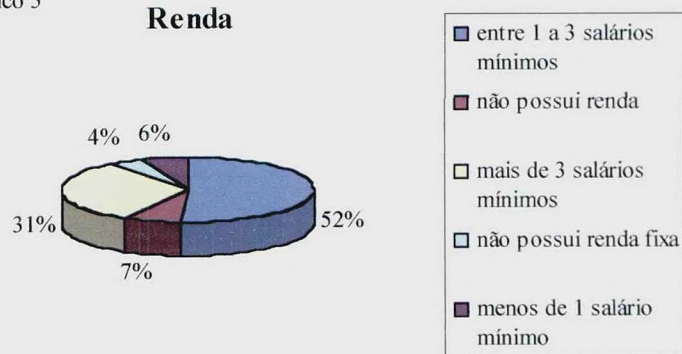
As pacientes divorciadas e separadas constam em “outros”.

Gráfico 4



Para se chegar ao valor da renda foi somado todos os ganhos dos membros residentes com a paciente.

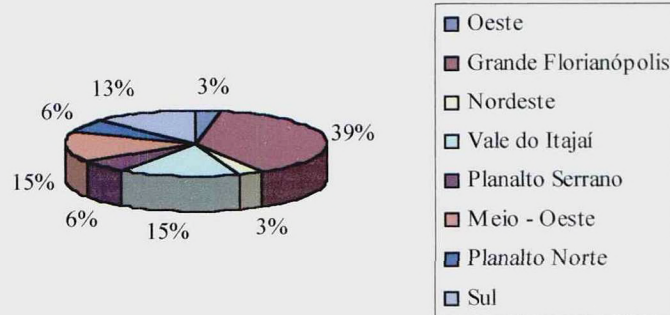
Gráfico 5



Dentre os estudos analisados verificou-se que a renda situa-se entre 1 a 3 salários mínimos, o que dificulta a paciente realizar um bom tratamento, pois muitas vezes não possui condições de suprir as necessidades básicas.

Apesar do câncer não escolher faixa etária, religião, etnia, classe social, gênero etc, pode-se afirmar que para as pessoas desprovidas de recursos financeiros as dificuldades são maiores, pois estas têm que aguardar um longo tempo para a realização de consultas e exames no Sistema Único de Saúde e nem sempre conseguem os medicamentos necessários para o tratamento no SUS tendo que recorrer à Assistência Social para tentar consegui-los.

Gráfico 6

Procedência

Através do gráfico 6 pode-se perceber a maior incidência de pacientes oriundas da Grande Florianópolis, isto se deve porque a Maternidade Carmela Dutra fica localizada na capital e por ser considerada Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher.

Achou-se alta a incidência de mulheres procedentes do Meio-Oeste, do Vale do Itajaí e do Sul, visto que nestas regiões existem Centros de Alta Complexidade em Oncologia, conforme pode ser visualizado no quadro obtido no *site* da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Centros de Alta Complexidade em Oncologia

Macrorregião	Unidade	Tipo	Cidade
Oeste	Hospital Lenoir Vargas Ferreira PT SAS 179 - 15/03/02 (quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Chapecó
Vale do Itajaí	Hospital Santa Isabel PT SAS 410 - 05/08/99 (quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Blumenau
Nordeste	Hospital Municipal São José PT SAS 410 - 05/08/99 (quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Joinville
Grande Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos PT SAS 203 - 25/03/02 (quimioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Florianópolis
	Maternidade Carmela Dutra PT SAS 203 - 25/03/02 (quimioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Florianópolis
	Hospital Infantil Joana de Gusmão PT SAS 410 - 05/08/99 (quimioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Florianópolis
	FAHECE - CEPON PT SAS 358/2000 (quimioterapia, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Florianópolis
	Hospital de Caridade PT SAS 410 - 05/08/99 (quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Florianópolis
	Hospital Universitário PT SAS 410 - 05/08/99 (quimioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Florianópolis
Sul	Hospital São José PT SAS 557 - 08/08/02 - (quimioterapia, cirurgia oncológica, cuidados paliativos e reabilitação)	CACON I	Criciúma

Nota-se a pouca incidência de mulheres procedentes do Planalto Norte e da região Nordeste, isto se deve porque no Nordeste está localizada a maior cidade do Estado, Joinville, que dispõe de maiores recursos, sendo considerada um grande pólo industrial. Também pode-se perceber através do gráfico a pouca incidência de pacientes da região Oeste, supõe-se que é porque em Chapecó existe Unidade Hospitalar que oferece os principais tipos de serviços na área oncológica.

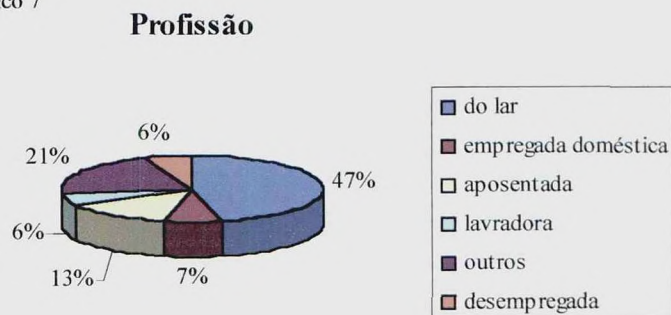
Apesar da criação da Norma Operacional Básica de 1993, que estabeleceu

medidas para descentralização dos serviços de saúde e da NOB 96, responsável pelo fortalecimento do processo de municipalização e a criação da NOAS-SUS (01/2001) – Norma Operacional de Assistência a Saúde, que apresenta um conjunto de estratégias em torno do pressuposto, de que no atual momento de implantação do SUS, são elementos centrais para o avanço do processo, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema, percebe-se que a descentralização através dos municípios ainda é falha. Nota-se que o papel das cidades é disponibilizar transportes para que os seus munícipes possam se deslocar até a capital para a realização de exames, tratamentos etc. Em muitos casos, os transportes não oferecem nenhum tipo de conforto para os seus usuários.

Como pode ser visto no gráfico 7, a profissão com maior predominância foi a do lar, o que faz com que as pacientes não possam contar com os benefícios da Previdência Social, já que não contribuem como autônomas.

Considerou-se neste estudo “outras” aquelas profissões que foram verificadas com menor frequência como professora, auxiliar de serviços gerais, costureira etc.

Gráfico 7

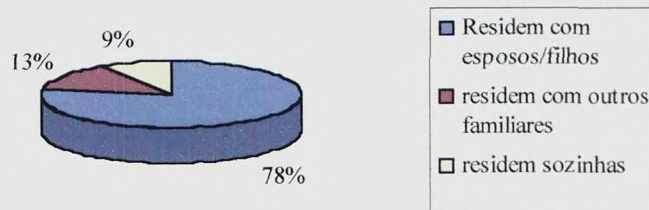


Como pode ser visto no gráfico a seguir 78% das pacientes residem com esposos/filhos, o que demonstra de modo geral que podem contar com suporte familiar nos momentos difíceis de tratamento, visto que a família é muito importante para uma pessoa que está com câncer, pois faz com que o doente não se sinta desamparado.

Observou-se no período em que foi realizado o estágio, através das visitas de atendimento e acompanhamento às pacientes, a participação dos familiares na internação. As mulheres que não tinham acompanhantes ou que não recebiam visitas devia-se ao fato de serem de cidades distantes da capital, fator este que acaba dificultando o deslocamento de familiares para acompanhá-las, e outro fator é que os familiares não podiam ausentar-se do local de trabalho.

Gráfico 8

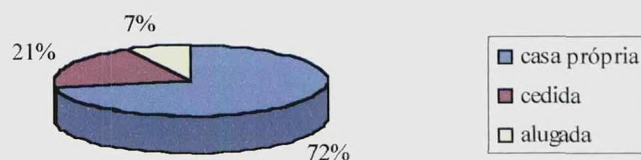
Situação Familiar



Verificou-se que 72% das pacientes possuem casa própria, sendo este um dado muito importante, pois devido a baixa renda que estas detém, se tivessem que arcar com o aluguel seria mais um motivo de preocupação.

Gráfico 9

Situação Habitacional



Na análise dos estudos notou-se que em algumas residências não havia banheiro, água encanada e, em outras, a presença de muitos moradores para pouco espaço físico.

Vale lembrar que “O direito a ter saúde é o direito à qualidade de vida, portanto para ter saúde é preciso acesso à habitação, ao trabalho, à alimentação, a renda, à educação e ao lazer” (Controle Social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres, 2002).

Além dos dados que esta pesquisa se propôs analisar, verificou-se que as pacientes internadas na Unidade de Oncologia oriundas de outras regiões do Estado utilizam o transporte da prefeitura ou de outras instituições públicas, exceto as pacientes residentes em municípios próximos a Florianópolis, que fazem uso de recursos próprios.

Outro dado que foi obtido através do setor de registros foi o número de óbitos ocorridos no período que se realizou esta pesquisa, sendo que foram 49 mortes. Como os estudos sócio-econômicos já haviam sido eliminados não foi possível analisar procedência, faixa etária e diagnóstico das mulheres que foram a óbito.

Também constatou-se, quando informado nos estudos, que grande parte das mulheres internadas na Carmela Dutra haviam sido encaminhadas pelo CEPON, isto se deve porque o Centro de Pesquisas Oncológicas presta um atendimento ambulatorial, enquanto que a Maternidade através da internação hospitalar pode estar prestando uma assistência integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Combate ao Câncer que começou na década de 30 tem passado por vários avanços, porém é cada vez maior a incidência de câncer no Brasil, vindo a torna-se um problema de saúde pública.

“Manter a população esclarecida – evitando o surgimento de novos casos de câncer, e desmitificar a doença devem ser os principais objetivos das campanhas de prevenção” (CROCCETA; SILVA, 1994. p. 24).

Devido ao grande número de portadores de câncer, o SUS não consegue dar conta de toda a demanda, ainda mais que esta doença exige tratamentos caros. Porém, é sempre bom lembrar, a Constituição Federal de 1988, a Lei Maior do nosso país, assegura que: “saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Para Volpe (2003, p.8):

Significa, que todos, acometidos de qualquer doença inclusive câncer, têm direito a tratamento pelos órgãos de assistência médica mantidos pela União, pelos Estados e Municípios. O tratamento compreende consultas, remédios, cirurgias, exames laboratoriais, tomografias, raio X, ultrassonografias, radioterapia, quimioterapia etc.

É importante dizer aqui que muitas das pacientes que estavam internadas na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra achavam que não podiam reclamar do atendimento, tratamento recebidos porque pensavam que era de graça. Os cidadãos devem ter esclarecidos que o SUS é mantido por todos os brasileiros, porque todos eles pagam impostos e por isso têm que cobrar do Estado o melhor tratamento.

No estágio obrigatório pôde-se notar que poucas eram as mulheres que estavam num estágio inicial da doença, visto que as outras estavam internadas para receber um tratamento paliativo e para amenizar as dores.

Cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde *apud* (www.inca.gov.br):

São aqueles que consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para seus respectivos familiares. A medicina paliativa irá atuar no controle de dor e promover alívio nos demais sintomas que os pacientes possam desenvolver.

Vale ressaltar, o câncer de mama e do colo do útero, que foram os de maior incidência entre as pacientes internadas na Unidade de Oncologia, quando diagnosticados no início têm grandes chances de cura.

Porém, a falta de informações, esclarecimentos, difícil acesso aos serviços de saúde, contribuem para que as mulheres não realizem os exames preventivos.

Conforme Costa (2000, p. 68):

[...] a saúde do indivíduo ou de uma coletividade requer a articulação e a interação das ações de saúde nos níveis curativo, preventivo e promocional, o privilegiamento das ações curativas em detrimento das ações básicas transforma-se em problemática que compromete a capacidade de atendimento, a eficácia e a resolutividade de todo o sistema de saúde.

Considera-se importante sintetizar as principais características e determinações sociais que definiram o perfil das pacientes internadas na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra:

- a faixa etária de 41 a 60 anos foi a que mais predominou;
- o câncer de mama foi o diagnóstico mais incidente seguido por câncer do colo do útero;

- possuem nível de instrução que dificilmente ultrapassa o ensino fundamental completo;

- a maioria das pacientes são casadas, residindo em casa própria com esposo e filhos;

- são carentes de recursos financeiros, com renda de 1 a 3 salários mínimos;

- são em grande maioria oriundas da Grande Florianópolis.

Por fim, a análise dos estudos sócio-econômicos, que é um instrumental utilizado pelo Serviço Social, permitiu interpretar os fatores sociais, políticos e econômicos que permeiam a realidade das pacientes, vindo a orientar um trabalho que leva em conta outros aspectos que permeiam o tratamento oncológico das mulheres internadas na Unidade de Oncologia da Maternidade Carmela Dutra, percebendo-as na sua totalidade, valorizando suas histórias de vida, aspectos culturais, questões sociais e familiares, não se restringindo somente ao estado biológico.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DA MULHER CATARINENSE PORTADORA DE CÂNCER. Disponível em: <[http:// www.amucc.com.br](http://www.amucc.com.br)>. Acesso em: 30 abr. 2004.

BARBOSA, A. M. **Câncer, direito e cidadania**. 7. ed. São Paulo: ARX, 2003.

BEUTER, M. **Atividade Lúdica**: Uma contribuição para a assistência de Enfermagem às mulheres portadoras de câncer. 1996. 172 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 1997**. Disponível em: <[www. datasus.gov.br/conselho/reso197/res21897.htm](http://www.datasus.gov.br/conselho/reso197/res21897.htm)>. Acesso em: 15 maio 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, p.133, 1998.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob/info.htm/>>. Acesso em: 21 jun. 2004.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001**. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm>. Acesso em: 21 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalweb02.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 14 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999.

CARDOZO, K. C. **A atitude e a utilização do exame colpocitológico como prática preventiva**: contribuições de enfermeiras vinculadas a duas instituições de saúde de Florianópolis. 2001. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CARVALHO, M. M. J. **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Psy, 1994.

CHALHUB, T; SKABA, M. F. A construção do conhecimento em Serviço Social em oncologia: a contribuição do curso de especialização do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 49, n. 1, jan/fev/mar, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v01/artigo5.htm>. Acesso em: 15 abr. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. 12^a Região (SC). **Coletânea de Leis**. 2. ed. Santa Catarina: CRESS, 2001.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 62, mar, 2000.

CROCETTA, C. B; SILVA, M. L. D. **O Perfil do Paciente Oncológico Atendido no CEPON na Perspectiva do Serviço Social**. 1994. 84 f. Pós-Graduação (Especialização em Serviço Social na Área do Trabalho), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

DEITOS, T. F. H & GASPARY, J. F. P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**. n. 43 (2), p. 125, 1997.

FARIAS, J. N. **Eventos estressantes da hospitalização**. 1981. 93 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1981.

FERREIRA, I. B. Assistência Social: os limites à efetivação do direito. **Revista Katálysis**, Florianópolis: EDUFSC, n. 4, p. 9, 2001.

FUNDAÇÃO ARY FRAUZINO. Disponível em: <<http://www.faf.org.br>>. Acesso em: 23 abr. 2004.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HELENA, E. T. S. **Diferenças sócio-econômicas regionais e mortalidade por câncer de estômago em Santa Catarina**. 1999. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 23 abr. 2004.

MAYOL, R. **Câncer: corpo e alma**. São Paulo: Mercuryo, 1989.

NOGUEIRA, V. M. R. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Revista Katálysis**. Florianópolis: EDUFSC, n. 01, p. 42, junho, 1997.

O QUE É QUIMIOTERAPIA. Disponível em: <<http://andre.sasse.com>>. Acesso em: 28 mar. 2004.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Controle social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. 3. ed., São Paulo, 2002, 60 p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Pública – Diretoria de Assuntos Ambulatoriais. **Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio – TFD**. Florianópolis, 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2004

SERRANO, T. R. G. **Avaliação do Programa Estadual de Controle do Câncer de Colo Uterino e de Mama em Santa Catarina**. 2002. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SERVANTES, L. F. **Terapia Ocupacional: pesquisa e atuação em oncologia**. Campo Grande: UCDB, 2002.

SILVA, M. A. D. **Quem ama não adocece** – o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. São Paulo: Best Seller, 1998.

SOUZA, A. M. *et al.* **Serviço Social em Oncologia**. Fundação Oncocentro de São Paulo. Governo de Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1997.

STEIN, J. **O Serviço Social junto ao paciente oncológico em tratamento radioterápico no Hospital de Caridade – Anexo.** 2003. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SHIORO, A; ALMEIDA, E, S; ZIONI, F; **Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde:** Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F; ALMEIDA, E. S. D. (org). *Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS.* São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

VOLPE, M.C. M. **Câncer:** faça valer os seus direitos. São Paulo: Lince, 2003.

ANEXOS

