



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

TAMARA SIMONE DIAS DE FARIAS

**O COTIDIANO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS
APRESENTADAS PELA PACIENTE PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA EM
TRATAMENTO NO HOSPITAL DOUTOR LUIZ ANTÔNIO EM NATAL/RN**

**NATAL - RN
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TAMARA SIMONE DIAS DE FARIAS

**O COTIDIANO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS
APRESENTADAS PELA PACIENTE PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA EM
TRATAMENTO NO HOSPITAL DOUTOR LUIZ ANTÔNIO EM NATAL/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito Parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Silvana Mara de Moraes dos Santos

NATAL - RN
2007

TAMARA SIMONE DIAS DE FARIAS

**O COTIDIANO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS
APRESENTADAS PELA PACIENTE PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA EM
TRATAMENTO NO HOSPITAL DOUTOR LUIZ ANTÔNIO EM NATAL/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito Parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Dissertação aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Silvana Mara de Moraes dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(Orientadora)

Prof^ª Dr^ª Sâmya Rodrigues Ramos
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte
(Membro titular externo)

Prof^ª Dr^ª Íris Maria de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(Membro titular interno)

Prof^ª Dr^ª Rita Maria de Lourdes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(Membro suplente)

Ao meu Pai, JOSÉ DIAS, (*in memoriam*), que mesmo não estando mais ao meu lado, sempre lutou para que eu me realizasse como pessoa e como profissional. A você Pai, o meu eterno agradecimento. Te amo muito!

À minha mãe FRANCISCA pela constante luta que tem pela vida, mesmo nas adversidades, tem buscado a vitória, você é um exemplo de otimismo!

Ao meu esposo, NELSON, eterno companheiro, amigo, que sempre acreditou em mim. Você é o grande responsável pela realização desse sonho. Dizer muito obrigado, acho pouco pelo que representas para mim, então é melhor dizer: Te amo demais!

Aos eternos amores, meus filhos DANIEL e LUCAS, vocês são a razão da minha vida. Em vocês encontro forças para todos os dias caminhar e agradecer a DEUS por fazerem parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

- ✚ Primeiramente gostaria de agradecer ao meu **DEUS**, que sempre presente na minha vida, me iluminou, dando força, paciência e sabedoria;
- ✚ A minha mãe protetora, **Nossa Senhora Aparecida**, pelas orações que fiz a ela, para que me ajudasse a não desistir desse sonho;
- ✚ Ao meu saudoso Pai, **José Dias**, que mesmo não estando mais ao meu lado, sempre lutou e foi um grande incentivador pela minha qualificação pessoal, valeu PAI;
- ✚ A minha mãe, **Francisca**, que sempre soube mostrar que é preciso lutar para vencer e nesse momento final da minha defesa, encontra-se em uma difícil situação de sobrevivência, mas a cada momento de lucidez, me incentiva para que eu não desista de lutar;
- ✚ Ao meu esposo **Nelson**, a ele a minha mais sincera gratidão, você é o grande responsável por essa conquista, te amo demais;
- ✚ Aos meus filhos **Daniel e Lucas**, vocês são a razão da minha vida, e esse sonho só está sendo realizado porque vocês existem. É em vocês que busco a realização de tudo que faço;
- ✚ Aos meus **familiares**, pelo amor que sinto por vocês, que sempre me acolhem nas alegrias e tristezas que a vida me apresenta;
- ✚ A minha sogra **Nanova**, grande amiga e mãe que Deus me presenteou, meu sincero agradecimento por ser tão presente na minha vida;
- ✚ Aos minhas grandes amigas: **Marli Gabriel, Marise Marinho, e Zilmar**, que sempre torceram por essa conquista, vocês são nota 1000;
- ✚ À **diretoria da Liga Contra o Câncer**, por sempre ter acreditado em mim;
- ✚ À **Dr. Ivo Barreto**, que foi um dos meus grandes incentivadores desse sonho;
- ✚ Um agradecimento todo especial ao Diretor do Hospital Dr. Luiz Antônio, **Dr. Roberto Sales**, grande amigo, incentivador e que a todo momento me deu apoio para estudar e continuar trabalhando, mesmo diante dos stresses da vida, você foi muito importante para esse momento de vitória;
- ✚ Aos funcionários da Liga Contra o Câncer, que se fizeram presentes no dia-a-dia desse processo, apostando que eu conseguiria chegar ao final, o meu muito obrigado, em especial a **Andréia Silva e Maria José**;

- ✚ Aos **Professores e funcionários do Departamento de Serviço Social da UFRN**, que sempre colaboraram quando necessitei da ajuda de vocês, valeu;
- ✚ Ao Professor **Fernando Gomes**, que sempre me incentivou a fazer a seleção de Mestrado, dizendo que eu era capaz. Obrigado professor, você foi um dos grandes responsáveis por essa minha alegria;
- ✚ Aos professores e funcionários da Pós-graduação, de um modo especial à **Secretária Lúcia**, que sempre se mostraram solícitos em entender os meus problemas, dificuldades em fazer o mestrado, mas que de uma forma muito especial, foram colaboradores dessa minha conquista;
- ✚ A minha orientadora **Silvana Mara**, que sempre admirei pela sua sabedoria, e com paciência, amizade e intervenções, foi muito importante para esse momento. Em você encontrei uma grande amiga;
- ✚ As professoras **Samya e Íris** que com muito carinho aceitaram o meu convite em fazer parte da minha banca de mestrado, vocês são pessoas que admiro muito e hoje vocês parte da minha história;
- ✚ As colegas do curso de mestrado. Parabéns por chegarem até o final de um processo que requer tanta dedicação, luta e renúncias, pois o convívio com vocês muito me ajudou, e de uma forma muito especial, gostaria de agradecer a sincera amizade que em mim foi plantada das **Mestrandas Maria do Socorro e Jane**, sem vocês duas, eu não teria conseguido chegar onde cheguei;
- ✚ As minhas alunas de estágio curricular, que no período do Mestrado, tiveram uma participação fundamental para construção desse trabalho e sempre disponíveis a me ajudar, valeu meninas da **UFRN, FACEX e UNP**;
- ✚ As colegas **assistentes sociais** que se dispuseram a me ajudar, respondendo as entrevistas para o enriquecimento desse trabalho;
- ✚ A você **Josélia Carvalho** que teve uma contribuição valiosa para a correção da minha dissertação, muito obrigado;
- ✚ A você **Joseneide Dantas**, que de uma forma tão amiga muito colaborou em colocar o meu trabalho dentro nas normas da ABNT, meus sinceros agradecimentos;
- ✚ As **pacientes portadoras do câncer de mama** que foram entrevistadas, se mostrando sempre disponíveis em contribuir com o resultado positivo desse trabalho, vocês são uma lição de vida;

- ✚ A minha amiga freira da Congregação das Filhas do Amor Divino, minha grande conselheira e amiga na Fé, **Irmã Josefa Ferro**, devo muitos agradecimentos e ensinamentos pelo papel de Mãe que a senhora tem na minha vida;
- ✚ **A todas as pessoas** que contribuíram para a realização desse trabalho (citados ou não) externo aqui os meus sinceros agradecimentos;
- ✚ Enfim, quero **me parabenizar** pela garra, esforço, renúncias, alegrias, tristezas que vivi nesses 30 meses de estudo, dedicação e vontade de vencer, pois a conclusão do mestrado me traz muita alegria, muito aprendizado e a certeza de um sonho realizado.

Tamara Simone Dias de Farias

A História da Águia

“A águia é a ave que possui maior longevidade da espécie. Chega a viver setenta anos. Mas para chegar a essa idade, aos quarenta anos ela tem que tomar uma séria e difícil decisão. Aos quarenta ela está com as unhas compridas e flexíveis, não consegue mais agarrar suas presas das quais se alimenta. O bico alongado e pontiagudo se curva. Apontando contra o peito estão as asas, envelhecidas e pesadas em função da grossura das penas, e voar já é tão difícil. Então a águia só tem duas alternativas: morrer ou enfrentar um doloroso processo de renovação que irá durar cento e cinquenta dias. Esse processo consiste em voar para o alto de uma montanha e se recolher em um ninho próximo a um paredão onde ela não necessite voar. Então, após encontrar esse lugar, a águia começa a bater com o bico em uma parede até conseguir arrancá-lo. Após arrancá-lo, espera nascer um novo bico, com o qual vai depois arrancar suas unhas. Quando as novas unhas começam a nascer, ela passa a arrancar as velhas penas. E só cinco meses depois, sai o formoso vôo de renovação para viver então mais trinta anos”.

Em nossa vida, muitas vezes, temos de nos resguardar por algum tempo e começar um processo de renovação. Para que continuemos a voar um vôo de vitória, devemos nos desprender de lembranças, costumes, velhos hábitos que nos causam dor. Somente livres do peso do passado, poderemos aproveitar o resultado valioso que a renovação sempre nos traz!

Autor desconhecido

RESUMO

O presente estudo trata de uma análise sobre o cotidiano do(a) assistente social na área da oncologia e tem como objetivo identificar as demandas, condições de trabalho e os desafios contemporâneos postos à profissão, considerando as particularidades do câncer de mama à luz das determinações da política de saúde no contexto do capitalismo contemporâneo. O estudo analisa a atuação desse profissional frente às demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama em tratamento no Hospital Dr. Luiz Antônio em Natal/RN. Integraram os procedimentos metodológicos a análise documental, entrevistas semi-estruturadas com (duas assistentes sociais que atuam na área oncológica e quinze mulheres portadoras do câncer de mama) como também a observação participante, à partir da minha prática profissional na área da oncologia. Por fim, situa-se a problemática do câncer de mama na vida das usuárias em seus determinantes sócio-econômicos-culturais e políticos destacando fatores como idade em que soube do diagnóstico, relação usuária/assistente social, número de filhos, direitos do(a) paciente oncológico, local onde reside, escolaridade, estado civil, (re)inserção profissional frente ao mundo do trabalho, a percepção da auto-estima e a representação sob o ponto de vista bio-psico-social do câncer de mama na vida destas mulheres.

Palavras Chaves: Câncer de mama. Demandas. Oncologia e Serviço Social.

ABSTRACT

This work deals with an analysis related to the social worker's practice in the oncology area. It aims to identify demands, work conditions as well as current challenges related to this profession. It considers the specificities of breast cancer and relates it to political decisions in the health sector considering the concept of contemporary capitalism. The study analyzes professional action and the demands presented by breast cancer patients who are currently in treatment in Hospital Dr. Luiz Antônio em Natal-Rio Grande do Norte-Brazil. The methodological procedures considered of documental analysis, semi-structured interviews (with two social workers that work with fifteen breast cancer patients) as well as participant observation; which was done counting with my own professional practice in the oncology area. Thus, the research also discusses the breast cancer issue in the life of the users considering their social-economical, cultural and political determinants. Factors such as age in which the diagnosis was known, the relation user/social workers, number of children, rights of the oncology patient, place where he/she lives, education, civil status, (re)insertion of the professional in the work field, perception of self-esteem and bio-psycho-social representation of breast cancer in the lives of these women, all of which were dealt with in this research.

Key-Words: Breast Cancer. Demands. Oncology and Social Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 01 - Sistema de Gestão do SUS	34
TABELA 01 - Atual realidade dos atendimentos oncológicos no RN	51
QUADRO 02 - A incidência do câncer no sexo masculino no RN	54
QUADRO 03 - A incidência do câncer no sexo feminino no RN	55
FIGURA 01- Hospital Doutor Luiz Antônio em Julho de 1949	62
FIGURA 02 - Hospital Dr. Luiz Antônio, ano 2002	63
FIGURA 03- Mama com Câncer	80
GRÁFICO 01: Idade atual das entrevistadas e Idade em que receberam diagnóstico de câncer ...	125
GRÁFICO 02: Endereço das entrevistadas	126
QUADRO 04: Estado Civil	127
QUADRO 05: Quantidade de filhos	128
GRÁFICO 03: Grau de escolaridade das entrevistadas	129
GRÁFICO 04: Religião das entrevistadas	130
QUADRO 06: Inserção Profissional frente à situação de Benefícios Sociais/Previdenciários das Entrevistadas	149
QUADRO 07: Sentimentos que as entrevistadas sentiram frente a descoberta da doença	150

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
Cacon - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CBA's – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
Ceme - Central de Medicamentos
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social
Conasp - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
Conass - Conselho Nacional Secretários Estaduais de Saúde
CPF – Cadastro de Pessoa Física
Dataprev - Central de Processamento de Dados
DF – Distrito Federal
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ECM - Exame Clínico das Mamas
FACR - Fundação Abrigo Cristo Redentor
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
Funabem - Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
Iapas – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs - Instituto de Aposentadorias e Pensões
ICMS - Imposto Estadual sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPI - Imposto Federal sobre Produtos Industrializados
IPVA - Imposto Estadual Referente a Propriedade de Veículos Automotores

LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
Liga - Liga Northeriograndense Contra o Câncer
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
Noas - Norma Operacional da Assistência Social
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG's – Organizações Não-Governamentais
PAB - Piso de Atenção Básica
PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Serviço Público
PDR - Plano Descentralizado de Referência
PCC - Programa de Controle ao Câncer
PIS - Programa de Integração Social
PNPCC - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
Prevsauúde - Programa de Serviços Básicos de Saúde
RCBP - Registros de Câncer de Base Populacional
RMV - Renda Mensal Vitalícia
RN - Rio Grande do Norte
Senac – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
Sesc – Serviço Social do Comércio
SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia
SFH - Sistema Financeiro de Habitação
STTU - Secretaria Municipal de Transporte e Trânsito Urbano
SVS - Secretaria de Vigilância à Saúde
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
TFD - Tratamento Fora de Domicílio
UICC - União Internacional Contra o Câncer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 A POLÍTICA DE SAÚDE E AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE ONCOLOGIA	23
2.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	24
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ONCOLOGIA	33
2.3 POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS PACIENTES ONCOLÓGICOS NO RN	44
3 O HOSPITAL DOUTOR LUIZ ANTÔNIO E SUA ATUAÇÃO NA ONCOLOGIA ...	56
3.1 HOSPITAL DOUTOR. LUIZ ANTÔNIO: INSTITUIÇÃO PIONEIRA NO ATENDIMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER NO RN	57
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ONCOLOGIA	64
3.3 O CÂNCER DE MAMA E SUAS IMPLICAÇÕES	74
4 O FAZER DO(A) ASSISTENTE SOCIAL ATUANTE NA ÁREA ONCOLÓGICA, ARTICULADO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DA PROFISSÃO	88
4.1 TRABALHO PROFISSIONAL E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL	89
4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA	98
4.2.1 Perfil das Assistentes Sociais	112
4.2.2 O Perfil das Usuárias	119
4.3 DIREITOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO	127
4.3.1 Direito Previdenciário	128

4.3.2 Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)	129
4.3.3 Renda Mensal Vitalícia – Amparo Assistencial ao Deficiente – Benefício de Prestação Continuada – BPC	130
4.3.4 Aposentadoria por Invalidez	131
4.3.5 Auxílio-doença	132
4.3.6 Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria	133
4.3.7 Imposto Estadual sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS), Imposto Federal sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto Estadual Referente a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)	133
4.3.8 Quitação do Financiamento da Casa Própria	134
4.3.9 Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Serviço Público (PASEP)	134
4.3.10 Andamento Processual Judiciário	135
4.3.11 Gratuidade no Sistema de Transportes Urbanos	135
4.3.12 Cirurgia Plástica Reparadora para Pacientes que tiveram Câncer de Mama	136
4.4 O COTIDIANO DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS POSTAS PELA PACIENTE PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA	137
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICE	169
ANEXOS	174

1 INTRODUÇÃO

No trabalho ora desenvolvido, analisa-se as demandas apresentadas ao Serviço Social na oncologia, por parte das pacientes portadoras do câncer de mama, com base num estudo realizado no Hospital Dr. Luiz Antônio, situado em Natal/RN, lócus de intervenção para o desenvolvimento desta dissertação que aqui se apresenta.

O Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado e maligno de células que invadem os tecidos e órgãos do corpo humano. Existem vários tipos de câncer, mas nessa pesquisa, será abordado o câncer de mama que segundo KOIFMAN (1995)¹, é o mais temido pelas mulheres, devido sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos e bio-psico-sociais, que afetam a percepção da sexualidade, a imagem corporal e as questões sociais que permeiam o diagnóstico positivo para o câncer, sendo a segunda causa de morte entre as mulheres no Brasil.

A oncologia envolve o ramo da medicina que estuda o câncer. No Brasil, o órgão que rege a Política Nacional de Oncologia é o Instituto Nacional do Câncer (Inca), responsável pela prevenção e controle do câncer. O Inca tem como objetivo melhor desempenhar o seu papel público de órgão executor, normalizador e coordenador dessa política, seja na prevenção, informação e cura, além de inúmeras produções científicas, visando cada vez mais ao conhecimento sobre esse assunto e suas possíveis resoluções.

Dessa forma, essa política busca profissionais especializados nessa área. E o Serviço Social que atua na área oncológica, busca viabilizar o acesso às Políticas Sociais e Institucionais na tentativa de garantia dos direitos sociais e exercício da cidadania para essas pacientes portadoras do câncer de mama. Porém, para que essa atuação profissional possa se efetivar, necessário se faz que o(a) assistente social tenha um embasamento teórico-metodológico fortalecido, e uma prática profissional transformadora, precisando para isso ser crítica consciente e participadora, baseada no conhecimento da realidade, conhecimento este que supõe um pressuposto fundamental: conhecimento da realidade em sua totalidade, integrando de maneira específica as várias dimensões da realidade.

¹ KOIFMAN S. Incidência de câncer de mama. In: Minayo M.C.S (Organizadora). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 143-176.
BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de câncer. **A detecção do câncer de mama: atualização e recomendações.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996. p. 14-16.

Escolheu-se como objeto desta pesquisa as demandas apresentadas ao profissional de Serviço Social do Hospital Dr. Luiz Antônio, no atendimento às pacientes portadoras do câncer de mama, no contexto da Política Nacional de Saúde e da Política Nacional de Oncologia.

Segundo Barros e Lehfel'd (1990, p. 34) “para conhecer o objeto de pesquisa na perspectiva dialética, deve-se considerar o objeto no seu desenvolvimento, no seu próprio movimento, na sua transformação”. O Objetivo Geral desse trabalho se propõe a identificar e analisar o perfil pedagógico da atuação do(a) assistente social na área oncológica, à partir das demandas, requisições e respostas profissionais. Elencou-se como objetivos específicos para a realização deste trabalho de dissertação:

- apreender e analisar a Política Nacional de Oncologia no contexto da Política Nacional de Saúde;
- caracterizar o perfil da atuação do(a) assistente social na área oncológica;
- elaborar o perfil sócio-econômico-cultural da paciente portadora do câncer de mama em tratamento no Hospital Dr. Luiz Antônio;
- identificar as demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama ao Serviço Social;
- identificar e analisar as respostas do Serviço Social durante o tratamento oncológico da paciente portadora do câncer de mama.

Para que esses objetivos fossem atendidos, apoiou-se o trabalho numa análise do objeto de estudo numa perspectiva sócio-histórica, considerando elementos quantitativos e qualitativos e os seguintes procedimentos:

- revisão bibliográfica;
- entrevista semi-estruturada com quinze pacientes portadoras do câncer de mama;
- análise documental;
- aplicação de questionário com Assistentes Sociais;

buscando estudá-los a partir das suas relações com os itens que se aborda nos capítulos que compõem este trabalho. Isto porque compreende-se como referencial teórico-metodológico como uma relação intrínseca entre o método e a teoria. Tanto a investigação quanto a análise devem vir acompanhadas de uma teoria e um método, articulados organicamente.

O interesse pela temática situa-se dentro realidade profissional da autora por atuar na área da saúde com assistente social há dez anos no Hospital Dr. Luiz Antônio, o qual é referência em oncologia no Estado.

Dessa forma, situa-se a questão que norteia esse trabalho: “O cotidiano do(a) assistente social na área oncológica, frente as demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama”.

Os(as) assistentes sociais na área da saúde são legitimados enquanto profissionais inseridos na divisão sócio e técnica do trabalho, para assim operacionalizar as demandas que refletem as manifestações e aparecem no cotidiano da vida social, e as requisições postas nos serviços públicos de saúde. Dessa forma, no serviço de saúde, a inserção do(a) assistente social no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população, é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem à partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Daí o surgimento de novas demandas para esse profissional, que tem uma intervenção importante na prevenção, tratamento e reabilitação do câncer. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social bem define: “[...]o assistente social estuda a realidade dos usuários, para propor medidas e benefícios que venham ao encontro de suas necessidades, sabendo informar e encaminhar os mesmos aos programas[...]” E é esse profissional que consegue fazer a leitura da realidade e situação de vida de cada paciente, tornando-se instrumento importante para o sucesso no tratamento das(os) usuárias(os) que buscam o Serviço Social, o qual deve estar sempre pautado em decisões, encaminhamentos e articulações com o Projeto Ético Político da Profissão.

Os determinantes históricos na conjuntura contemporânea, que vêm modificando o panorama do mercado profissional de trabalho, as novas demandas, as funções e requisitos exigidos para a qualificação do profissional de Serviço Social, exige novas respostas do(a) assistente social, no âmbito do trabalho e da capacitação para o exercício da profissão.

Segundo Iamamoto (1998, p.17), “[...]o momento em que vivemos é pleno de desafios. É preciso ter coragem, esperanças para enfrentar o presente”. E o trabalho que aqui se apresenta relata sobre a saúde, enfatizando o trabalho na Oncologia que se traduz em uma área de desafios, pois inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), é marcado por dificuldades. Mas, acima de tudo, é preciso ter o compromisso profissional para o enfrentamento das dificuldades, com empenho e dedicação, baseados nos princípios que regem o profissional do Serviço Social, por meio da Lei que Regulamenta a Profissão e do Código de Ética.

Para o desenvolvimento desse estudo, utilizou-se como proposta metodológica para a coleta de dados a entrevista estruturada a partir de um roteiro, pois essa técnica é importante e permite ao

pesquisador uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação, pelo qual a informação é transmitida de uma pessoa A para uma pessoa B. (RICHARDSON, 1999, p. 207).

Na metodologia o conjunto de procedimentos utilizados foi: análise documental de Leis, portarias ministeriais, literaturas relacionadas (ao câncer, ao Serviço Social), *Sites*, Revistas, dentre outras referências que se encontram evidenciadas ao final dessa dissertação, coleta de dados de entrevista realizada com duas assistentes sociais que atuam na área oncológica as quais denominou-se de AMIZADE E ALEGRIA no qual utilizou-se da aplicação de um questionário para explicitar aspectos do perfil profissional das(os) assistentes sociais. Também entrevistou-se quinze mulheres portadoras do câncer de mama em tratamento no Hospital Dr. Luiz Antônio, buscando analisar o perfil sócio-econômico, cultural e a vida delas, e como elas percebem e utilizam-se do trabalho do(a) assistente social frente as demandas que se apresentam na vida delas após o diagnóstico positivo do câncer. Considerou-se, ainda, a participação desta autora, no dia-a-dia profissional em um hospital oncológico; e por fim a revisão bibliográfica.

A pesquisa que se realizou foi qualitativa, a partir da análise teórico-metodológica do objeto escolhido e estudado, tomando como base as múltiplas determinações do mundo contemporâneo, suas expressões e contradições, embasadas na história da sociedade capitalista e na particularidade do Serviço Social.

Na fase da realização das entrevistas, enfrentou-se dificuldades. Quanto às profissionais que atuam na área da Oncologia, uma Assistente Social que trabalha na cidade de Natal negou-se a colaborar com esse trabalho. Mas em compensação, houve uma boa receptividade por uma outra na cidade de Mossoró, que respondeu a solicitação e muito contribuiu para essa dissertação.

Outra dificuldade enfrentada no decorrer das entrevistas é que num primeiro momento abordou-se quinze pacientes, e houve necessidade de conversar por diversas vezes com elas. Mas, ao iniciar-se o trabalho de análise das informações fornecidas pelas entrevistadas, algumas dúvidas surgiram, sendo preciso procurá-las novamente para complementar o trabalho. Neste momento, soube-se que duas dessas pacientes tinham ido a óbito e duas estavam com recidiva da doença. Momento esse em que se precisou conviver com essas novas situações, ficando-se, apenas, com onze entrevistadas para dar continuidade à pesquisa. Buscou-se como alternativa, entrevistar mais quatro usuárias, para completar o número de quinze mulheres, o qual havia sido proposto inicialmente.

Definiu-se a amostra a partir do universo de mulheres acometidas pelo câncer de mama em nível local, tratando-se dessa forma de uma amostra intencional. “Trata-se de um pequeno número

de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas apresentam em relação a um determinado assunto”. (THIOLLENT, 1986, p.63). É importante ressaltar-se a grande contribuição que essas pessoas trouxeram para a pesquisa, fornecendo informações que possibilitaram a construção e dinâmica desse trabalho, pois as profissionais entrevistadas foram receptivas e colaboradoras. Bem como as pacientes, de uma forma muito especial, sentiram-se muito felizes em poder contribuir com esse estudo, como também pelo fato de externarem o que o câncer significou nas suas vidas.

O conteúdo desta dissertação divide-se em três capítulos que foram sintetizados da seguinte forma: no primeiro capítulo faz-se um resgate da Política de Saúde e as particularidades da Política Nacional de Oncologia, analisando-se a trajetória da Política de Saúde no Brasil, e as particularidades para os pacientes oncológicos do RN. Esse capítulo foi formado por itens distribuídos da seguinte forma:

- a trajetória da Política de Saúde no Brasil, fazendo-se um resgate à partir dos anos de 1930 até a Constituição de 1988, que inicia o processo de produção social da saúde com a implantação do SUS;
- a Política Nacional de Oncologia que tem como objetivo de execução desenvolver estratégias de acordo com a Política Nacional de Promoção a saúde, direcionada para identificar os determinantes e condicionantes das neoplasias;
- A Política de Saúde para os pacientes oncológicos no RN, regida pelas diretrizes do Inca, que tem como objetivo organizar e implementar a Rede de Atenção Oncológica do RN, de forma descentralizada e regionalizada contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para o tratamento do paciente oncológico.

No segundo capítulo analisa-se o Hospital Dr. Luiz Antônio, e sua atuação na oncologia. Este hospital é uma instituição pioneira e de referência no tratamento do câncer no RN. Esse capítulo foi formado por itens assim distribuídos:

- o Hospital Doutor Luiz Antônio e sua atuação na Oncologia, instituição pioneira no tratamento e atendimento ao paciente portador de câncer no RN. Foi fundado em 1949 e tinha como função acolher pacientes com câncer em fase terminal, funcionando como um local em que os pacientes tinham para serem acolhidos no momento da morte. Passados 58 anos, hoje é uma Instituição que tem como missão: “[...]realizar ações de saúde, priorizando a Oncologia com qualidade e compromisso social no tratamento do

câncer, em busca da prevenção, diagnóstico, cura e qualidade de vida durante o processo de adoecimento”. (Programa de Qualidade da Liga, 2002);

- o SUS e a oncologia: o Hospital Dr. Luiz Antônio, tem um atendimento 95% voltado para o paciente do SUS. Sistema esse que, quando é necessário utilizá-lo, os usuários enfrentam dificuldades, pela forma e mau gerenciamento desse sistema, pelo qual o paciente portador de câncer depende de exames e tratamentos de alta complexidade, mas encontram situações de descaso e desespero e não dispõem de uma estrutura digna para realização do tratamento oncológico. Por exemplo: se um paciente necessitar de um exame como Ressonância Magnética, ele terá que esperar, em média, por quatro a seis meses para conseguir autorizá-lo. E a doença não tem tempo para essa espera;
- e por fim nesse capítulo, situa-se o Câncer de Mama e suas implicações, fazendo-se uma análise da gravidade da doença, que é o tipo de câncer que mais mata as mulheres no Brasil, necessitando de uma detecção precoce para evitar essa estimativa tão alarmante. A preocupação para com o aumento de casos de mulheres com câncer de mama tornou-se um problema atual de saúde pública. Apesar de toda informação sobre a importância da realização do auto-exame, divulgada principalmente nos meios de comunicação e pelos programas de assistência à saúde da mulher, as mulheres não têm sido estimuladas o bastante para sua realização. Isto se deve muitas vezes, às dificuldades de ordem pessoal, social e financeira que elas enfrentam.

O último capítulo sintetiza o cotidiano do Assistente Social que atua na oncologia, articulado com o Projeto Ético-Político da profissão. O referido capítulo é composto pelos seguintes sub-itens:

- Trabalho Profissional e Projeto Ético-Político do Serviço Social que está vinculado a um projeto de transformação da sociedade. Vinculação esta decorrente da própria exigência imposta pela dimensão política da intervenção profissional do trabalho do(a) assistente social, situado no Projeto Ético Político da profissão. Projeto este que articula seu conteúdo, os elementos que o constituem, os valores que irão legitimá-la, sua função social, quais os seus objetivos e as normas que regulamentam a profissão, como os saberes de intervenção social;
- em seguida, será analisado o trabalho do Serviço Social na Oncologia, em que o papel do assistente social é de grande importância, no que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente oncológico, pois no cotidiano, o câncer envolve a

questão biomédica da doença, como também os aspectos sociais, econômicos, trabalhistas e psicológicos, envolvendo toda rede de relacionamento em que a questão biomédica da doença, não é isolada do indivíduo portador de câncer, mas de toda sua rede de relacionamento, principalmente a família. A atuação do(a) assistente social na Oncologia busca viabilizar aos pacientes e aos seus familiares, o acesso às políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia dos direitos sociais e o exercício de cidadania. Nesse item, também se faz um estudo junto às duas assistentes sociais que atuam na oncologia, e contribuíram com esta pesquisa; e ainda junto às quinze mulheres portadoras do câncer de mama, com as quais se fez as entrevistas. Evidencia-se, assim, o seu perfil sócio-econômico e cultural, e as demandas apresentadas ao Serviço Social na Oncologia. Nesse item, aborda-se sobre os direitos do paciente oncológico, cuja realidade de portador de doenças malignas é muito complexa, pois o diagnóstico positivo para o câncer altera não apenas o estado físico e psicológico do paciente e da sua família, mas também a situação financeira. Pois apesar de ter assistência do Estado, o tratamento se torna oneroso para a grande maioria, requerendo medicamentos, suplementos alimentares, exames que o SUS não paga, transporte, próteses de silicone, perucas, dentre outros. Passa então a ser necessário reaprender a viver e conviver com essa inesperada sobrecarga de problemas e na sua vida deixa de ser feita as atividades normais cotidianas, passando a viver em função das transformações físicas, sociais e psicológicas que chegam após este diagnóstico positivo do câncer. E é necessário ter o conhecimento dos seus direitos enquanto cidadão; e que, ser portador de câncer, o usuário é possuidor de direitos sociais e benefícios.

- e por fim, analisa-se o cotidiano do Serviço Social frente às demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama e as respostas dadas por esse profissional.

Nas considerações finais apresenta-se a síntese dos resultados, demonstra-se a equivalência entre o que se propôs na pesquisa e o que foi alcançado, de acordo com a proposta inicial do objetivo geral e dos objetivos específicos desse trabalho citados no início desta introdução. E ainda, analisa-se e avalia-se, na perspectiva de situar se o que foi demandado pelas pacientes portadoras do câncer de mama está sendo respondido, considerando o cotidiano do(a) assistente social, frente as demandas, condições de trabalho e compromisso para com o Projeto Ético Político da profissão.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE E AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE ONCOLOGIA

Este capítulo apresenta uma síntese de um breve resgate da trajetória da Política de Saúde no cenário nacional, analisando-a no contexto sócio-histórico, em alguns períodos marcantes que arquitetaram a forma atual dessa Política.

A Política de saúde brasileira vem passando por mudanças ao longo dos anos devido às conjunturas políticas, econômicas e sociais ocorridas no Brasil.

Inicialmente, faz-se um resgate a partir de 1930 até os dias atuais, enfatizando o processo de descentralização proposto pela Constituição de 1988, no que diz respeito à Universalidade, que permite a todos os indivíduos a garantia do acesso aos serviços de saúde; a Integralidade, que considera as pessoas como um todo, pela qual as ações de saúde buscam atender todas as necessidades individuais e coletivas; e a Equidade, baseada no princípio de justiça social, que assegura a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Num segundo momento, enfatiza-se a Política Nacional de Oncologia, que contempla em sua resolução, ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para pacientes portadores de câncer.

A Política Nacional de Oncologia é regulada pelo Instituto Nacional do Câncer² (INCA), que tem como missão “desenvolver ações nacionais, visando à prevenção e controle do câncer e como agente referencial, prestar serviços oncológicos no âmbito do SUS”; e como visão estratégica para realizar suas ações, “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”.

Ainda com relação à Política Nacional de Oncologia, vê-se a sua importância para o tratamento do câncer. Política esta que tem como objetivo geral avaliar e implantar questões relativas à incidência e mortalidade pelo câncer, por meio de um conjunto de ações contínuas que levem à conscientização da população, quanto aos fatores de risco da doença. Desse modo, promove a detecção precoce e favorece o acesso a um tratamento de qualidade em todo o território nacional. Além disso, essa Política destina-se a instituições que trabalham com a oncologia elaborando programas, projetos e ações, em conjunto com órgãos governamentais, na busca de um atendimento digno ao paciente portador de câncer.

² Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2007.

Por fim, vê-se como se configura a Política Nacional de Oncologia no Estado do Rio Grande do Norte (RN). Esta política tem por objetivo organizar e implementar a Rede Estadual de Atenção Oncológica de forma descentralizada e regionalizada, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para os pacientes portadores de câncer do RN, já que essa doença é um problema de saúde pública.

Portanto, a Política Nacional de Saúde configura-se por um conjunto de ações que tem buscado melhorar o acesso da população usuária à assistência médico-hospitalar, como também às atividades de detecção precoce e de prevenção.

2.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No início do século XX, o Estado brasileiro direcionava-se, na área da saúde, especialmente para o controle de epidemias, tais como cólera, malária e febre amarela. Doenças que representavam, àquela época, ameaças não apenas à saúde da população, mas, principalmente, ao bom andamento da economia que, nesse período, passava por reestruturações político-sociais, ganhando dessa forma, importante visibilidade internacional.

A essa conjuntura aliou-se o aparecimento do movimento operário no Brasil, aspecto fundamental para que a saúde pública no país passasse a ser tratada como uma questão política, como resposta do Estado às reivindicações da classe trabalhadora na luta por seus direitos.

Nesse período, conforme Bravo (2002), a Política Nacional de Saúde foi formulada e organizada em dois subsetores: um de saúde pública, com ênfase em campanhas sanitaristas e ações voltadas às endemias; e outro, da medicina previdenciária, de orientação contencionista, que norteou o Brasil de 1930 a 1945.

Nessa época, houve a criação e institucionalização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo esse o primeiro modelo de Previdência Social criado no Brasil, que tinha como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica aos seus filiados e dependentes. Tal modelo era organizado e mantido por patrões e empregados, por meio de contratos compulsórios, sob a forma contributiva, criada inicialmente para garantir renda aos idosos ou vítimas de acidentes de trabalho.

As CAPs foram assumindo aos poucos ações de assistência médica, hospitalar e compra de medicamentos. Elas se multiplicaram rapidamente, mas com a reformulação do sistema previdenciário, foram transformadas em Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e passaram a congregiar os trabalhadores conforme categorias profissionais.

A partir de 1930, o Estado assumiu o papel central na organização e condução do sistema de previdência e assistência aos trabalhadores, centralizando as estruturas de decisão e administração. E foi a partir desse momento, que a atuação do Estado se deu de forma mais clara, com uma política mais contencionista, privilegiando a Previdência Social e mantendo a assistência médica em segundo plano. Aqui, observa-se, também, uma crescente centralização das ações de saúde no âmbito federal, mostrando-se de forma mais clara a dicotomia entre ações de saúde pública e assistência médica.

Em 1966, foram unificados os institutos de previdência num único organismo, e assim foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), aprofundando, de uma forma mais presente, o perfil assistencialista da Previdência Social, que se tornou livre do controle por parte da classe trabalhadora, assumindo aos poucos, maior presença pública não apenas na concessão de benefícios, sob forma de pecúnia, mas também por meio da assistência médica.

O INPS não alterou a realidade da assistência médico hospitalar oferecida, mantendo o sistema de uma cidadania regulada, pela qual o direito à saúde era direcionado àqueles que se encontravam inseridos no mercado de trabalho. Isso porque

[...] os direitos sociais se caracterizavam por se constituírem em atribuições exclusivas dos trabalhadores que atuam em profissões reconhecidas, sendo considerados privilegiados por possuírem a carteira de trabalho assinada. Particularizando-se assim por apresentar estes aspectos, a modalidade cidadania regulada marcou, por muitos anos, o formato da política social previdenciária, materializada, sobretudo nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), os quais vigoravam até 1996. (PORTO, 2001, p.22).

A partir de 1970, configurou-se um novo ciclo de organização administrativa, que tinha como objetivo racionalizar os gastos sociais e aumentar a forma redistributiva, fazendo com que a Previdência Social ampliasse seus atendimentos e passasse a cobrir gastos com os não contribuintes.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), devido à importância política que a Previdência assumia entre as massas trabalhadoras e o Estado.

Em 1975, o convênio firmado entre o MPAS e o Ministério da Saúde (MS) tiveram como fruto a proposta da criação de um Programa de Controle ao Câncer (PCC), universalizando os

procedimentos relacionados à doença, e instituindo comissões de oncologia em nível local, regional e nacional, com vistas a integrar as ações de controle do câncer.

Assim, a Política Nacional de Saúde e a Política Nacional de Oncologia, trabalharam paralelamente durante esse processo, no intuito de oferecer melhor qualidade de vida à população, especialmente para as classes subalternas.

Em 1976, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), fruto de transformações conjunturais, mediando as contradições capital/trabalho, que pressionaram o Estado a promover uma distensão política, ou seja, uma abertura por parte do Regime Autoritário, fazendo concessões a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.

A partir de 1977, foi institucionalizado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) que uniu velhas e novas entidades, e que foi composto por: INPS, Inamps, Iapas, Mpas, entre outros, cada órgão com sua função:

- o seguro obrigatório por conta do Inps;
- a assistência à saúde, por conta do Inamps;
- a arrecadação das contribuições e a gestão financeira, por conta do Iapas e as políticas assistenciais por conta da Legião Brasileira de Assistência (LBA);
- a assistência ao menor e ao idoso por conta da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (Funabem) e da Fundação Abrigo Cristo Redentor (FACR);
- a distribuição de remédios gratuitos ou a baixo custo ficou sob a responsabilidade da central de Medicamentos (Ceme); e
- a Central de Processamento de Dados (Dataprev), com a informação dos dados acerca da população.

Em 1978, realizou-se a VII Conferência Nacional de Saúde em Brasília (DF), pela qual o Governo promoveu e debateu temas amplos, relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude), destacando as condições sanitárias e de habitação, alimentação e nutrição da população. Mas, devido às inúmeras críticas dos empresários da saúde, os quais viam nas mudanças ameaças concretas e seus ganhos, o Prevsáude foi engavetado.

Nos anos de 1980, com a redução dos recursos na área da saúde, houve uma racionalização nos programas de assistência médica do Inamps, fazendo com que fossem criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que possibilitaram através de convênios, o repasse de recursos do Inamps para os Estados e Municípios. A implantação das AIS, foi um dos projetos elaborados pelo

Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), representando o primeiro grande movimento de mudanças gerenciais e de alcance nacional com repercussões sólidas no Sistema Nacional de Saúde.

Dois movimentos marcaram ainda os anos de 1980 e alteraram de forma significativa aspectos da conjuntura nacional. Foram eles: o movimento Diretas Já – que “mobilizou todo o país a conclamar por eleição direta para o primeiro Presidente da República pós-golpe de 1964”. Da mesma forma, alcançou nitidez:

[...] o movimento de Reforma Sanitária, cujas discussões permearam em maior ou menor grau, o país de norte a sul e tiveram como saldo, o entendimento da saúde como direito, resultante das condições de vida de um povo no que tange ao trabalho e a renda, a moradia, a participação política e social, com princípios de universalidade, integralidade e equidade sob a responsabilidade do Estado. (BEZERRA, 2004, p.54).

Outro acontecimento ocorreu em março de 1986, em Brasília: a VIII Conferência Nacional em Saúde, que deu visibilidade às reivindicações pela universalidade do acesso aos serviços de saúde, com a presença de novos sujeitos, que passaram da posição de expectadores, para sujeitos políticos (o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais).

Nesse mesmo ano, o Movimento de Reforma Sanitária participou ativamente da VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília, constituindo-se num forte debate sobre a situação vivida no país, e que teve importante papel na reestruturação do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Este sistema constituiu-se num marco para a saúde, por ampliar este conceito e trazer significativas mudanças em sua prática.

A VIII Conferência Nacional em Saúde consagrou-se como um marco para a Política Nacional de Saúde, principalmente por aprovar a bandeira da Reforma Sanitária e fornecer as bases que seriam usadas como argumentos para a proposta da reformulação da Constituição Federal (BRAVO, 2000). Os temas abordados foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema unificado da Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde. (BRAVO, 2000, p.108).

É importante evidenciar, que nos anos de 1980, com a abertura política, segmentos da sociedade se reorganizam por meio de movimentos populares, na defesa de uma política de saúde mais abrangente, para que todos pudessem usufruir seus serviços de forma democrática.

A política de saúde implementada no Brasil, nos anos 1980, situa-se em um contexto de ascensão dos movimentos sociais no bojo do movimento de democratização do país, onde concepções e práticas são questionadas e novas formas de pensar, sentir e agir ganham espaço, inclusive institucional, resultando em novas correlações de força entre as elites dominantes e os trabalhadores. (BEZERRA, 2004, p.54).

Nesse contexto, ganhou expressão o Movimento da Reforma Sanitária, que foi direcionado para a democratização da saúde, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde; e, posteriormente, por outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares da oposição.

De acordo com Bravo e Matos (2002, p.199), o projeto de Reforma Sanitária “[...] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) que foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais da saúde, articulados ao movimento popular”. Seu princípio fundamentava-se na crítica à concepção de saúde restrita e individual, bem como à afirmação da relação entre organização social, organização de saúde e prática médica.

Dessa forma, o Movimento de Reforma Sanitária, ao conformar um novo paradigma na área da saúde pública, proporcionou grandes perspectivas no que se refere a uma melhor compreensão sobre o câncer, enquanto resultante das condições sociais e econômicas da população. E, ainda, sobre sua prevenção, que vai além da assistência primária, buscando desenvolver o potencial dos indivíduos e dos grupos, no enfrentamento de suas problemáticas em todos os níveis da assistência.

Em 1988, foi promulgada a 7ª Constituição Federal do Brasil, que visava a garantir direitos, ampliando a democracia social e política no país. O seu texto constitucional trata no artigo 194, da Seguridade Social que “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à Previdência e à assistência social”. (BRASIL, 1988, p.117).

Os principais pontos aprovados na nova Constituição foram:

- o direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurados/não segurados, rural/urbano;

- as ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- a constituição do Sistema Único da Saúde integrando todos os serviços públicos numa rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- a participação do setor privado no sistema de saúde devendo ser complementar, sendo destinados os recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos;
- a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

O processo de descentralização proposto pela Constituição de 1988, acontece apenas em termos orçamentários, tornando-se ainda uma questão polêmica, pois os Estados e Municípios afirmam que os recursos recebidos não são suficientes para que haja o cumprimento do que está previsto na Constituição Federal.

Criado com uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde no país, o SUS é regulamentado com o objetivo de universalizar o acesso aos serviços de saúde. Assim, busca a integralidade da assistência no atendimento à população, seja por meio dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, estados e municípios, seja por meio dos serviços privados, conveniados ou contratados com o poder público.

O SUS é regulamentado por meio da Lei ordinária 8.080 de 19 de setembro de 1990, que tem em seu dispositivo “a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que, juntamente com anterior forma a Lei Orgânica da Saúde (LOS). São elas que definem as bases para a organização e o funcionamento do SUS.

O referido sistema busca, ainda, a igualdade no atendimento assistencial aos cidadãos, promovendo acesso equânime para todos, com seus direitos individuais sendo respeitados; e a descentralização dos serviços para os municípios, ficando o Estado responsável de prover condições indispensáveis ao pleno gozo da saúde como direito fundamental do ser humano, por meio da formulação e execução das políticas econômicas e sociais. (BRASIL, Constituição Federal, Art. II, parágrafo Iº da Lei 8.080/90).

Para tanto, o SUS tem como meta tornar-se um relevante mecanismo de promoção da equidade no atendimento à saúde da população, oferecendo serviços de qualidade que atendam às suas necessidades. O referido Sistema propõe-se, ainda, a promover a saúde, priorizando ações

preventivas e democratizando as informações importantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à saúde.

No cotidiano, tal modelo de saúde apresenta-se fragmentado e pouco eficiente, não atendendo todas as demandas populacionais que buscam seus serviços, mostrando, dessa forma, a necessidade do fortalecimento dos instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle para a garantia da manutenção do Sistema.

É fato que, a cada dia, a população torna-se mais dependente dos serviços de saúde pública. E estes não atendem a demanda posta, mesmo após a proposta da universalidade posta pelo SUS. O desenvolvimento do SUS no Brasil tem enfrentado desafios para oferecer acesso universal a cuidados de saúde e para garantir estes cuidados, para que sejam resolutivos e de qualidade. As políticas governamentais para o setor saúde, vêm enfatizando a reestruturação da atenção básica – de que é um exemplo o incentivo a programas como o de Saúde da Família, que busca por modelos que ampliem a cobertura e a capacidade de resolução de problemas no nível primário de atenção. A organização da rede básica, exige um esforço de superação do papel de porta de entrada triadora, entendendo-a como lugar essencial onde se possa realizar a integralidade das ações individuais e coletivas da saúde.

A maior oferta de ações básicas tem gerado, por sua vez, demanda crescente por serviços de referência, na medida em que passa a incluir no sistema aqueles que necessitam de atendimento especializado e que estavam à margem da assistência.

A despeito da ampliação da capacidade dos municípios em gestão plena de ofertar serviços de média complexidade, a retaguarda especializada ainda se constitui, em maior ou menor grau, em um ponto de estrangulamento do sistema de saúde, não tendo sofrido adequação às demandas assistenciais na mesma velocidade da ampliação do acesso ao atendimento básico.

Dentre as demandas que se apresentam para a rede de serviços, a atenção a patologias prevalentes e suscetíveis de controle, pode se constituir em um indicador de condições de acesso e de resolutividade dos serviços. O câncer de mama representa uma dessas condições, pela sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade, constituindo-se rotineiramente em um problema de saúde.

Após a Constituição de 1988, a Política Nacional de Saúde constituiu-se num sistema plural, pelo qual evidencia-se a coexistência de três subsistemas:

- a) o de desembolso direto – pelo qual os próprios usuários respondem pelo pagamento dos serviços oferecidos, equivalendo ao campo da medicina liberal;

- b) o de atenção médica supletiva – possuidor de caráter privativo, baseado em contribuições mensais dos beneficiários em troca da prestação de determinados serviços (mesmo sem cobrir todo e qualquer tipo de doenças, hipertrofiou-se consideravelmente a partir da segunda metade dos anos 1980);
- c) o SUS – que corresponde ao subsistema público, atendendo a maior parte da população (nas esferas de serviços federais, estaduais e municipais), contando também com a participação suplementar de serviços privados. (MENDES, 1999 apud COSTA, 2003, p.39).

É fundamental reforçar os princípios do SUS com maior precisão, por serem estes efetuados nas políticas sociais referentes à saúde. São eles:

- a Universalidade, isto é, a garantia a todos os indivíduos de terem acesso às ações e serviços;
- a Equidade, baseada no princípio de justiça social que assegura a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- a Integralidade, que considera as pessoas como um todo, pela qual, ações de saúde procuram atender todas as necessidades individuais e coletivas³.

Em 1990, foi promulgada a Norma Operacional Básica (NOB) que tem como objetivo o avanço no processo de descentralização, pois cria modalidades de municipalização da saúde, determinando os instrumentos de financiamento das ações e serviços de saúde.

O quadro que se segue, refere-se a NOAS que é a nova forma de saúde publicada em 2002, em seu artigo 53 e que diz: “a partir da publicação desta Norma que os municípios poderão habilitar-se em dois tipos de gestão: A Gestão Plena do Sistema de Saúde e Gestão Plena de Atenção Básica.

³ Lei Orgânica da Saúde, 1990, artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Gestão Plena do Sistema de Saúde	Gestão Plena de Atenção Básica
1) O município recebe diretamente do Fundo Nacional de Saúde, independente de mecanismos convencionais;	1) O município recebe diretamente do Fundo Nacional de Saúde, independente de mecanismos convencionais, os recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB);
2) Os recursos correspondentes à totalidade das ações e serviços de saúde existentes em sua área de abrangência	2) O PAB é um valor per capita/ano que incorpora o financiamento das ações de prevenção em saúde e os procedimentos médicos básicos. Existem ainda complementarmente, incentivos e programas como: agentes comunitários de saúde, saúde da família e vigilância sanitária.

QUADRO 01: Sistema de Gestão do SUS/NOAS
Fonte: Norma Operacional do SUS, 1996.

A crise enfrentada pelo atual sistema de saúde configura-se nas investidas neoliberais das determinações capitalistas que promovem o desmonte das políticas públicas sociais. No Brasil, a ofensiva neoliberal apresentou-se a partir do Governo Collor em 1989, que promoveu um ajuste na economia, reduzindo investimentos nos setores sociais, principalmente, no da saúde. Segundo Bravo e Matos (2002, p.201) “[...] nesse período não houve uma apresentação sobre o projeto político de saúde do governo federal, ocorrendo um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS”. Esse governante priorizou investimentos internacionais na economia e que eximiu o estado brasileiro nos gastos com a saúde e outras políticas setoriais, repassando para a sociedade a missão de intervir de forma quase direta nessas políticas.

Apesar dos avanços ocorridos no SUS, este vem sendo cada vez mais afetado pela ideologia neoliberal, que, minimizando o Estado, prioriza investimentos na esfera econômica em detrimento das políticas públicas sociais, pondo em risco o princípio da Integralidade das ações e a Universalidade proposta pela Lei Orgânica da Saúde.

A organização dos serviços de saúde no Brasil, ainda continua centralizada e distante das reais necessidades da saúde da população, com uma clara divisão de trabalho entre os setores público e privado, mesmo depois da Constituição de 1988, que instituiu o SUS. Assim,

Na realidade, 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 dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa. (COSTA, 2000, p.41).

Portanto, o SUS deve ser entendido como um processo de produção social da saúde em marcha, que não iniciou em 1988, com a Constituição Federal, nem tampouco tem momento definido para ser finalizado pelos segmentos democráticos populares que atuam na área da saúde, e que por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos, discussões e avanços.

Foi por meio da Política Nacional da Saúde do SUS que a doença oncológica ganhou maior visibilidade, empenho e importância dos órgãos responsáveis pelo bem estar do paciente portador de câncer. Para confirmar isso, destaca-se a criação dos centros de referência para tratamento Oncológico e da Política Nacional de Oncologia que tratar-se-á no sub capítulo a seguir.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ONCOLOGIA

A Política Nacional de Oncologia, instituída pela Portaria nº 2439/GM, de 08 de dezembro de 2005, a ser implantada em todos os estados, contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Esta política tem por objetivo, desenvolver estratégias de acordo com a Política Nacional de Promoção à Saúde, direcionada para identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias (doenças malignas) e orientadas para o desenvolvimento das ações inter-setoriais, garantindo a equidade e a autonomia dos indivíduos e coletividades.

A Política Nacional de Oncologia prevê uma gestão integralizadora e articuladora no que diz respeito à promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Necessita assim, de avaliação e incorporação de novas tecnologias, mediação de políticas públicas efetivas, intersetorialidade e integralidade, mobilização e controle social, informação e vigilância para o sucesso desse modo de gestão.

A política supracitada apresenta como componentes fundamentais⁴:

- a) promoção e vigilância em Saúde;
- b) atenção básica;
- c) média complexidade;
- d) alta complexidade;
- e) centros de referência de alta complexidade em oncologia;
- f) plano de controle do tabagismo e outros fatores de risco, câncer do colo de útero e da mama;
- g) regulamentação suplementar e complementar;
- h) regulação, fiscalização, controle e avaliação;
- i) sistema de informação;
- j) diretrizes nacionais para a atenção oncológica;
- k) avaliação tecnológica;
- l) educação permanente e capacitação;
- m) pesquisa sobre câncer.

São resultados dessas considerações as quatro diretrizes apresentadas a seguir:

- 1) estabelecer, em âmbito nacional, ações de prevenção do câncer, visando à promoção da saúde do povo brasileiro;
- 2) detectar precocemente os cânceres passíveis tratamento, para aumentar a probabilidade de cura e melhorar a qualidade de vida dos doentes;
- 3) consolidar e expandir os serviços de assistência oncológica equitativamente em todo o país, e de forma integrada; e
- 4) promover o desenvolvimento de recursos humanos, de estudos, pesquisas, e outras ações indispensáveis à qualidade desejada de serviços e ações de prevenção e controle do câncer.

O objetivo da Política Nacional de Oncologia deve referir-se, simultaneamente, às questões relativas á incidência e à mortalidade por câncer. A redução da incidência está diretamente associada às medidas de prevenção e de conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer. Enquanto que a redução da mortalidade depende da capacidade nacional em detectar o câncer o mais precocemente possível, e tratá-lo adequadamente. Estas duas ações, além de caracterizarem a indissolubilidade do binômio prevenção-assistência, prevêm a aplicação dessas ações em âmbito nacional e de forma universal.

As primeiras iniciativas para o controle do câncer no país datam do início do século XX, direcionadas, restritamente, ao diagnóstico e tratamento. A prevenção era pouco enfatizada devido à escassez de conhecimento sobre a origem da doença.

O primeiro movimento de alcance social no tocante ao problema do câncer data de 1921, por deliberação do doutor Artur Bernardes, e de acordo com os planos do cancerologista e professor Borges da Costa, foi instalado em Belo Horizonte, naquele mesmo ano, o Instituto de Radium,

⁴ Portaria Ministério da Saúde/GM nº 2.439, artigo 3º, p. 02.

pioneiro, direcionado aos portadores de neoplasias, para realização de tratamentos radioterápicos⁵ (KROEF, 2005 apud BARRETO, 2005).

No que se refere ao tratamento oncológico, a implantação do SUS foi, e é de total importância para o acesso dos pacientes ao tratamento e aos procedimentos necessários para o câncer, buscando nos encaminhamentos a prevenção, o tratamento e a cura da doença.

No que se refere ao atendimento de pacientes com câncer, ficou determinado, na Lei Orgânica da Saúde, a continuação e criação de ações educativas, no tocante à prevenção, ao diagnóstico e à cura do câncer, tornando o Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão responsável por liderar essas ações, seguindo o que está escrito em seu Artigo 41.

As ações desenvolvidas [...] pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Unido de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos para a transferência tecnológica! (BRASIL, 1990, artigo 2º da Lei 8.080/90).

O Estado, além de manter as unidades públicas, financiando todos os custos da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer, no âmbito do SUS, mantém os programas de prevenção e detecção do câncer, executados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, sob a coordenação geral do Inca, em nome do próprio Ministério da Saúde.

As prioridades que decorrem das diretrizes da Política Nacional de Oncologia, focalizam, dentro da orientação geral dada pelas diretrizes, linhas mais específicas de ação. Essas linhas são importantes tanto para a formulação de planos plurianuais de Governo quanto para orientar no planejamento de ações por parte de gestores. E as prioridades para o bom funcionamento dessa Política são:

- 1) estabelecer, em âmbito nacional, programas de controle dos fatores de risco de câncer (tabagismo, fatores alimentares, exposição às radiações);
- 2) estabelecer, em âmbito nacional, programas de detecção precoce de cânceres de colo de útero, de mama, de pele e de boca;
- 3) propiciar condições para a prestação de serviços assistenciais integrados e expandi-los nacionalmente;

⁵ A radioterapia baseia-se no emprego da radiação para tratamento das diversas neoplasias, utilizando vários tipos de energia que podem atingir o local dos tumores ou áreas do corpo onde se alojam as enfermidades com a finalidade de destruir suas células. Pode ser utilizada para dar alívio ao paciente e melhorar a qualidade de vida, diminuir o tamanho do tumor, diminuir ou estancar hemorragias, ou atuar sobre outros sintomas, como a dor.

- 4) estabelecer mecanismos de regulação de fluxo de pacientes nos âmbitos estadual e regional;
- 5) estabelecer sistemas de avaliação e vigilância do câncer, e de seus fatores de risco;
- 6) estabelecer, em âmbito nacional, programas de qualificação de recursos humanos e de pesquisas básicas, clínicas e epidemiológicas.

O Inca é o órgão regulador e normalizador da assistência oncológica no Brasil. Faz parte da administração direta do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde.

De acordo com o regimento do Ministério da Saúde, aprovado pelo Decreto Lei nº 3.496, de 1º de junho de 2000, cabe ao Inca desenvolver ações nacionais visando à prevenção e ao controle do Câncer (isso, inclusive, resume sua missão); e, como agente referencial, prestar serviços oncológicos no âmbito do SUS. 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 população⁶”.

Para colocar em prática sua missão e visão estratégica, o Inca desenvolve, de forma integrada, com as secretarias estaduais e municipais de saúde, ações de promoção à saúde (prevenção primária) e de detecção precoce (prevenção secundária), vinculadas à análise e à produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer. Essas ações estão consubstanciadas ao Programa de Controle ao Tabagismo e outros fatores de risco, ao Programa de controle do Câncer de colo de Útero e de Mama, chamado Viva Mulher, e ao Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus fatores de risco.

As ações desenvolvidas pelo INCA através das secretarias estaduais e municipais se baseiam no Registro de Câncer de Base Populacional, que coleta dados de uma população claramente específica (com diagnóstico de câncer) em uma área geográfica delimitada. São registros que nos fornecem informações permanentes sobre o número de casos novos nessa área delimitada, permitindo detectar setores da área onde a população local é mais afetada pela doença, onde fatores ambientais podem estar relacionados e influenciar na prevalência da doença, identificar grupos étnicos afetados promovendo assim investigações epidemiológicas e estudos específicos. As informações obtidas desses registros, também auxiliam na determinação da necessidade de campanhas junto a população na detecção precoce do câncer, como também na avaliação de novas técnicas diagnósticas.

⁶ Site do Inca. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05 maio 2007.

A detecção precoce é uma das missões do Inca. Ela tem como objetivo identificar lesões precursoras ou identificar o câncer em estágio inicial, situações em que as chances de sucesso no tratamento são maiores. O método utilizado é o de rastreamento populacional, utilizando-se testes para identificar anormalidades, mesmo em indivíduos assintomáticos. Esse rastreamento é recomendado para alguns tipos de câncer, e a atuação do Inca é feita em parceria com gestores estaduais e municipais, financiando e/ou incorporando procedimentos de diagnose e terapia, recomendáveis pelos Programas Nacionais de Controle do Câncer. Além disso, é responsável por executar treinamentos e repassar tecnologia avançada diretamente aos estados, para otimizar as ações regionais.

O Inca, órgão fundamental para o controle da Política de Câncer no Brasil, sintetiza em quatro pontos fundamentais a dimensão do problema e sua tendência freqüente, justificando a necessidade da política de atenção oncológica, são eles:

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

Esses pontos são agravados por circunstâncias conjunturais, que extrapolam a área da oncologia ou mesmo da saúde, e que reforçam a necessidade de uma política nacional para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Considera-se como estas circunstâncias: desatualização técnico-científica, informação gerencial e epidemiológica incipiente, e recursos humanos insuficientes em quantidade e qualidade. Também evidencia-se a importância da pesquisa, informação e do ensino, como áreas de apoio, que, juntamente com as áreas finalísticas de prevenção e assistência, dão às ações de prevenção e controle do câncer um enfoque de integralidade. As ações desenvolvidas compreendem:

- 1) a assistência médico-hospitalar gratuita aos portadores de câncer;
- 2) atuação estratégica na prevenção e a detecção precoce da doença;
- 3) a formação e qualificação de profissionais especializados;
- 4) o desenvolvimento de pesquisas avançadas;
- 5) a informação epidemiológica.

A busca pela redução da incidência e da mortalidade provocada pelo câncer é o objetivo principal das atividades desenvolvidas pelo Inca. O Decreto Presidencial de nº 109 de 02 de maio de 1991 aprovou o regimento do Ministério da Saúde que estabeleceu as seguintes competências do Instituto:

- assistir o Ministério de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do Câncer;
- planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas e afecções correlacionadas;
- exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia;
- coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia;
- prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas.

A preocupação com a prevenção e o controle do câncer, tomando-o como um problema de saúde pública, iniciou-se em 1930, por um grupo de médicos liderados pelo Prof. Mário Kroeff. Àquela época, já se idealizava uma “[...] ampla política sanitária de combate ao câncer”⁷, de âmbito nacional, que fosse capaz de orientar as ações preventivas e assistenciais em larga escala e corrigindo a tendência que também já se verificava no Brasil de priorizar as ações terapêuticas individuais, levadas com seriedade nos ambientes médico-hospitalares.

Porém, uma evolução efetiva nesse sentido não se deu até 1986, quando o Ministério da Saúde, no âmbito da ainda existente Campanha Nacional de Combate ao Câncer que havia sido criada em 1967, passou a desenvolver ações descentralizadas nas áreas da informação (registros de câncer), prevenção (controle do tabagismo e do câncer do colo uterino) e educação em Oncologia⁸.

Todas as iniciativas passaram assim a ter como diretriz maior a própria formulação de uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), com o objetivo de referir-se, simultaneamente, às questões relativas à incidência e à mortalidade por meio do diagnóstico de câncer.

⁷ Site do Inca. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 02 maio 2007.

⁸ Oncologia: estudo dos tumores. Fonte: **Mini dicionário estudantil**: língua portuguesa (organização do texto Sandra Esteves de Souza; revisão crítica Ciro de Moura Ramos). Itapevi, SP: Tomini, 2001. p.253

Por se tratar de objetivo permanente, ou seja, por ser sempre possível procurar redução maior de incidência ou mortalidade por câncer, pode-se idealizar uma situação em que um conjunto de ações estabelecidas em todo o território nacional e para toda a população, abordem continuamente, a prevenção e o controle do câncer.

A regulamentação técnico-gerencial e a descentralização progressiva na área da assistência oncológica foram operacionalizadas a partir das Portarias Ministeriais 3.535 (estruturação dos serviços oncológicos e reorganização do nível terciário no sistema de alta complexidade em oncologia) e 3.536 (novas regras para autorização, cobrança e pagamento de procedimentos quimioterápicos e radioterápicos), ambas de 02 de setembro de 1998, e todas as que se seguiram a elas relacionadas.

Outras iniciativas de maior relevância para a reestruturação do nível terciário, a da assistência especializada oncológica propriamente dita, podem ser exemplificadas pelo desenvolvimento de projetos e programas que buscam a melhoria assistencial e gerencial, como o Projeto ReforSus, o Programa dos Centros Colaboradores, o Projeto de Reequipamento Hospitalar, o Projeto Expande e o Programa de Qualidade em Radioterapia.

Para que esses programas atingissem o país, foi criada uma rede nacional para gerenciamento regional dos Programas, através do processo de descentralização, seguindo a lógica do SUS, em parceria com as 26 secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal e as respectivas secretarias municipais.

A execução das diversas políticas de controle do câncer no mundo depende do estágio de desenvolvimento de cada país e de suas peculiaridades territoriais, sócio-culturais e econômicas. As estratégias vão desde uma forte centralização, necessidade de liderança pessoal e dependência de recursos estatais e externos, em países em estágios iniciais de desenvolvimento até uma coordenação tênue, descentralização e orientação para o atendimento à demanda e incorporação tecnológica. Isto, para manter a produção de bens e o consumo de produtos em países desenvolvidos. No Brasil, a dimensão territorial, a estrutura da saúde pública e os fatores sócio-econômicos da população são condicionantes de uma estratégia própria e que se adapte às condições nacionais.

Por outro lado, a coordenação centralizada, apoiada em atos normativos pertinentes, atuando conforme a lógica do SUS e chegando até os municípios, permite operacionalizar os programas de prevenção e tornar adequado o atendimento ao doente com câncer. Essa operacionalização deve estimular a integralidade assistencial dos serviços básicos, preventivos e dos serviços

especializados, terapêuticos. Estes últimos integrados aos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).

Uma das formas de atender às exigências dessa estrutura quando não há condições locais é por meio da criação de parcerias dentro dos estados, entre os estados e, destes com o gestor federal. Essas parcerias podem extrapolar a área assistencial e incentivar as demais atividades que completam o enfoque de integralidade das ações de prevenção e controle do câncer. Os elementos essenciais das ações descentralizadas são, portanto:

- 1) interiorização;
- 2) integralidade das ações de prevenção e controle do câncer;
- 3) integração de serviços assistenciais;
- 4) parcerias.

A falta de recursos, ou seja, os valores irrisórios repassados pelo Governo Federal para os hospitais públicos, implicam no deterioramento da maioria das ações propostas por órgão, como o Inca, provocando a insatisfação e o descrédito por parte da população usuária dos serviços.

A falta de recursos amplia significativamente as filas de espera para uma consulta ou até mesmo um leito, ocasionando mortes ou agravamento da doença. Isto poderia ser evitado por uma rede básica de serviço, pela qual o diagnóstico precoce pudesse ser feito evitando maiores custos. Segundo Costa (2000, p.43):

[...] o grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde, não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja por insuficiência de uma política de educação sanitária. Em consequência, os usuários procuram os serviços quando já estão doentes, resultando cada vez mais no aumento da demanda por ações curativa individuais. Por outro lado, o temor de enfrentar intermináveis filas de espera, inibe os usuários de procurarem os serviços antes da deflagração aguda das doenças.

As discrepâncias existentes entre a defesa dos direitos sociais e o contexto da oferta desses direitos por parte do governo gera uma constante tensão entre as estratégias para enfrentamento da questão social e os projetos sociais distintos. Se por um lado, temos um projeto de caráter universalista e democrático, concebido a partir da concepção de seguridade social na Constituição Federal de 1988, de caráter cidadão, por outro temos um Estado em vias de desmantelamento (IAMAMOTO, 2002, p.31-36), pelo qual [...] há um repasse de responsabilidade e execução de serviços públicos e das políticas sociais para as organizações da sociedade (inclusive ONG's, associações de bairro e a filantropia empresarial). (CAVALCANTI, 2001, p. 51).

A continuidade do processo de descentralização dos recursos federais e das ações de saúde, juntamente com a ampliação dos recursos e financiamentos destinados aos programas voltados para a medicina preventiva, tornaria secundários o voluntariado e outras fontes existentes de parcerias com a sociedade civil. Permitiria maior autonomia e independência da instituição envolvida no processo de trabalho no provimento de suas funções. O direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, constitui-se num dever do Estado, que ao descentralizar e ampliar recursos destinados às instituições que cuidam da saúde, promoveriam maior eficiência na atuação dessas instituições.

A questão “saúde” deve então ser situada na relação Estado/Sociedade, mediatizada por políticas públicas de saúde, pela ação dos profissionais e pelos movimentos sociais (BRAVO, 1996). A saúde, portanto, estando diretamente relacionada às condições de vida e de trabalho postas na sociedade, articula e sofre as determinações da estrutura social.

E a partir dessa perspectiva, segundo Yamamoto, verifica-se a estreita vinculação entre a saúde e a questão social enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas, sendo indissociável das configurações assumidas pelo trabalho.

Os efeitos da questão social sobre a população são expressos num conjunto de disparidades econômicas, políticas, sociais e culturais, que traz graves reatamentos para o âmbito da saúde. E, particularmente, para a problemática do câncer, que é uma patologia que traz diversas conseqüências para o portador, como a dor, a mutilação, o sofrimento, a iminência da morte/perda, o sentimento de finitude, a exclusão do mundo do trabalho, o comprometimento da vida sexual, a dificuldade financeira e convivência consigo mesmo, em um novo momento de sua vida.

Considerando a importância da Política Nacional de Oncologia no que se refere ao tratamento do câncer, destaca-se:

- a importância epidemiológica e magnitude social;
- o risco de câncer associado ao tabagismo, às ocupações, incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e ao impacto das ações de promoção e prevenção sobre algumas neoplasias malignas;
- a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas que requerem tipos diversos de ações e serviços;
- os custos cada vez mais elevados na alta complexidade, e a necessidade de estudos que avaliem o custo – efetividade e qualidade da atenção oncológica;
- as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviço regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para diagnóstico do câncer;
- a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento, e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica;

- a importância da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão;
- a responsabilidade do Ministério da Saúde por estabelecer diretrizes nacionais para atenção oncológica;
- estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS;
- estabelecer diretrizes nacionais para atenção oncológica;
- estimular a atenção integral, e articular as diversas ações nos níveis de gestão municipal, estadual e federal do SUS. (BRASIL, Portaria MS/GM nº 2.439 de 08/12/2005).

Diante dessas considerações, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde:

- institui a Política Nacional de Atenção Oncológica (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), a ser implantada em todas os estados, respeitadas as competências das três esferas de gestão;
- estabelece que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, permitindo:
 - 1) desenvolver estratégias coerentes com a Política Nacional de Promoção da Saúde;
 - 2) organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção e de atendimento;
 - 3) constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica;
 - 4) definir critérios técnicos para o funcionamento, avaliação e monitoração dos serviços públicos e privados de saúde;
 - 5) ampliar a cobertura do atendimento do paciente com câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;
 - 6) fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica;
 - 7) contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica;
 - 8) promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações;
 - 9) qualificar a assistência, e promover a educação permanente de profissionais de saúde;
 - 10) fomentar a formação e a especialização em recursos humanos;
 - 11) incentivar a pesquisa na atenção oncológica (Política Nacional de Ciência Tecnológica). (BRASIL, Portaria MS/GM nº 2.439 de 08/12/2005).

O objetivo dessa política deveria referir-se, simultaneamente, às questões relativas à incidência e à mortalidade por câncer, por meio de um conjunto de ações estabelecidas e contínuas, que levassem à conscientização da população quanto aos fatores de risco do câncer, de modo a promoverem a detecção precoce e favorecerem o acesso a um tratamento de qualidade e equitativo em todo o território nacional, seria a situação desejada, que poderia ser colocada em forma de

diretrizes, que permitissem orientar as diversas instituições pertinentes na elaboração de programas, projetos e ações, juntamente com os órgãos governamentais na busca da qualidade de atendimento ao paciente portador de neoplasia maligna.

Nesse entendimento, a seção seguinte, destacar-se-á como se configura essa política no RN.

2.3 POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS PACIENTES ONCOLÓGICOS NO RN

No RN, a Política de Controle do Câncer é realizada segundo as diretrizes do Inca, órgão responsável pela coordenação e execução da Política de Oncologia no Brasil. Este órgão atua junto às secretarias de saúde dos estados e municípios, com vistas a realização de campanhas para detecção precoce, palestras, distribuição de panfletos, entre outras ações. Mesmo assim, essas ações não têm tido muito êxito, pois geralmente são de caráter focalista e pontual, não atingindo, assim a população, que não tem acesso aos serviços básicos de saúde. Assim a população vive em condição profunda de injustiça social, desconhecendo os seus direitos de garantia e a assistência médica pública, e isso é fruto de um sistema de produção assentada na reprodução de desigualdades sociais.

A Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN, por meio de seu informativo “saúde para todos”, afirma que o objetivo da Política de Atenção Oncológica no RN é organizar e implementar a Rede Estadual de Atenção Oncológica, de forma descentralizada e regionalizada, contemplando as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos assim como:

- organizar a oferta de ações e serviços de saúde na área oncológica, garantindo uma assistência mais resolutiva em todos os níveis da assistência para a população;
- definir as Unidades Assistenciais, os Centros de Assistência e um Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia;
- definir o fluxo de referência e contra-referência no âmbito da saúde, respeitando o Plano Diretor de Regionalização e as pactuações;
- incrementar procedimentos ambulatoriais de forma preventiva, dentro dos parâmetros da Portaria nº 741 de 2005 e Portaria nº 2.439, de 2005, para amenizar a gravidade dos diagnósticos tardios relacionados a procedimentos oncológicos;
- otimizar os recursos disponíveis, garantindo a macro alocação de novos recursos pela área específica. (Informativo Saúde para Todos – Ano 1, nº 1, Janeiro/2005 – Natal/RN).

Segundo o Plano de Atenção Oncológica (2005, p.18) implantado pela Secretaria Estadual de Saúde do RN, as diretrizes seguidas pelo Plano de Oncologia do RN, são:

- estruturar a rede de atenção à saúde em todos os níveis, a partir da constituição de linhas de cuidado integral, propondo ações que incluam a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação;
- qualificar a atenção, com responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários da rede de serviço, priorizando o acolhimento, vínculo e resolutividade;
- fortalecer e ampliar o controle social;
- garantir um processo de educação permanente para os profissionais que atuam na rede de atenção oncológica;

- aprimorar o sistema de informação em câncer, garantindo a avaliação permanente das ações executadas e o impacto sobre a situação de saúde, ampliando o exercício do controle social e da cidadania;
- integrar a assistência, a prevenção, o ensino e a pesquisa.

De acordo com a Portaria nº 741/05, a Política Nacional de Atenção Oncológica, constituiu-se a partir dos componentes: Promoção, que visa a promover programas e projetos de saúde incluídos nos padrões que englobam a Lei nº 8.080 (a saúde é um dever do Estado e direito de todos); e Vigilância, que mostra a regulação e o acompanhamento dessa política, programas e projetos que são oferecidos à população.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do RN, os serviços públicos de saúde são prestados por meio da rede básica, que abrange os 167 municípios do estado, partindo dos componentes a seguir.

A baixa complexidade, pela qual serão desenvolvidas ações de caráter individual e coletivo de promoção à saúde, prevenção do câncer, diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, cuidados paliativos e ações clínicas de segmento de doentes oncológicos. A baixa complexidade, diz respeito aos serviços oferecidos pelos hospitais de médio porte, a qual abrange desde o diagnóstico básico a uma simples cirurgia. Esses serviços são oferecidos por onze municípios do Estado do RN: Natal, Ceará-Mirim, Parnamirim, Macaíba, São Gonçalo, Touros, Parelhas, São José de Mipibú, Mossoró, Caicó e Pau dos Ferros.

Na média complexidade, desenvolveu-se a assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantido, por processo de referência, que é o encaminhamento inicial do médico no primeiro atendimento na unidade de saúde. A alta complexidade, que dá garantia de acesso para determinar a extensão da neoplasia, tratar, cuidar e assegurar a qualidade de atendimento de acordo com rotinas e condutas estabelecidas que serão realizadas pelas unidades de assistência de alta complexidade em Oncologia, Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

A alta complexidade será de total responsabilidade do Governo do Estado. “Este setor constitui-se no serviço de maior densidade tecnológica com procedimentos de alto custo, destinado a uma pequena parcela da população, contando com prestadores de serviço do setor público [...] e do setor privado”.

A norma ministerial para essa política define “Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia” como unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta

complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Estas unidades de assistência podem prestar atendimento nos serviços de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica, Radioterapia, Hematologia, Oncologia Pediátrica.

Um hospital para ser credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) deverá, obrigatoriamente, contar com atendimento em todos os serviços descritos anteriormente, oferecer um papel auxiliar de caráter técnico como ao gestor SUS, nas Políticas de Atenção Oncológica e possuir os seguintes atributos⁹:

- ser hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial nº 1000 de 05 de abril de 2004;
- ter uma base territorial de atuação conforme o parâmetro de um Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais;
- participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional;
- ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
- ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência e efetividade das ações prestadas;
- subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- participar como pólo de desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS do Ministério Saúde.

Os serviços ambulatoriais de alta complexidade oferecidos no RN são: hemodinâmica, medicina nuclear, ressonância magnética, quimioterapia, braquiterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, terapia renal substitutiva e terapia especializada.

Hoje a Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (Liga) tendo o Hospital Doutor Luiz Antônio, *locus* desse trabalho, já funciona prestando os procedimentos de Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, inclusive sendo referência para outros estados.

A Liga tem como proposta de implantar mais três Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), sendo uma em Mossoró, que hoje funciona um serviço isolado de consulta e quimioterapia, uma em Caicó, que atua como unidade descentralizada em relação à própria Liga; e a terceira em Natal, no Complexo da Unidade de tratamento radioterápico e quimioterápico que hoje atua no Cecan em que esse novo projeto tem uma pretensão de ser construído em um prazo de dez anos, vindo a ser um Hospital de grande porte e acomodações da Liga.

⁹ Plano de Atenção Oncológica, 2005. p.20.

A formulação de propostas que possibilitem construir modelos assistenciais resolutivos devem estar calcados em instrumentos operacionais confiáveis. Nesse contexto, a Norma Operacional da Assistência Social (Noas) do SUS 01/02 propõe a composição do Plano Descentralizado de Referência (PDR) como ferramenta de estruturação do sistema de saúde.

Respeitando o PDR, três sedes de Macro estariam contempladas a quarta Macrorregião Alto Oeste do Estado em que, no primeiro momento enviaria seus pacientes para as Unacon de Caicó e Mossoró, a médio prazo seria revisto a possibilidade de uma unidade assistencial de Alta Complexidade naquela Macrorregião, dada a incidência de casos de câncer naquela região.

A tabela a seguir, mostra a atual realidade dos atendimentos oncológicos no RN:

TABELA 01 - Atual realidade dos atendimentos oncológicos no RN

Serviço	Quantidade	Unidades	Localização	Cobertura	População
CACON II	01	Liga Norteriograndense	Natal	Todo estado	2.962.107
UNACON (Pediátrico)	01	Hosp. Inf. Varela Santiago	Natal	Todo estado	2.962.107
UNACON	01	Centro de Onco-Hemato Mossoró	Mossoró	Macro Oeste e Alto Oeste	627.347
UNACON	01	Caicó	Caicó	Macro Seridó e Alto Oeste	408.663
TOTAL	04	-	-	-	2.962.107

Fonte: PDR / SESAP

População: IBGE – População projetada julho 2006.

Pela proposta todos os serviços serão avaliados quanto aos requisitos exigidos pela Portaria nº 741/05. Aqueles que não se encontram com as condições necessárias exigidas na citada portaria firmarão um termo de ajuste com o gestor, estabelecendo um cronograma para efetivar a adaptação à Unidade Oncológica de Alta Complexidade. Assim como recomenda a Norma Ministerial, aqueles serviços isolados existentes, hoje serão mantidos seus credenciamentos, de acordo com o período previsto na portaria, sendo revista sua funcionalidade dentro do novo padrão.

Os hospitais gerais que hoje realizam cirurgias oncológicas serão avaliados e, de acordo com a demanda da capacidade operacional das unidades assistenciais hoje existentes, estes podem atuar de forma complementar dentro do parâmetro pré-estabelecido para cobranças como cirurgias oncológicas.

À medida que o SUS avança nas suas propostas de descentralização, modernização e incorporação de tecnologia, fica mais evidente a necessidade de utilização de instrumentos que possam dotar a gestão de agilidade e objetividade sem perder de vista a sua finalidade maior, que é atender às necessidades concretas da população no que se refere aos seus problemas de saúde.

De extrema valia nessa perspectiva estruturante é o papel dos Complexos Reguladores, que são órgãos que fazem a marcação, o controle e o agendamento de consultas e exames, como observatórios do sistema. Fornece subsídios indispensáveis para o planejamento, a programação e o gerenciamento, possibilitando aos gestores a escolha de prioridades e diretrizes que possam proporcionar acesso aos serviços, otimização dos recursos disponíveis e hierarquização da rede e ordenamento dos fluxos de demanda. Da mesma forma, estruturas de Regulação, Controle e Avaliação fazem-se de extrema importância, por se constituírem em instrumentos de retroalimentação do sistema, na medida em que possam estar traduzindo a qualidade de assistência, a satisfação dos usuários com prestação do serviço e o impacto positivo na saúde da população.

De acordo com o Plano da Rede Estadual de Atenção Oncológica do RN (2006, p.15) a regulação do referido Estado tem como objetivos:

- fortalecer a estruturação de uma rede assistencial regionalizada e hierarquizada;
- promover a integralidade das ações, disponibilizando os recursos assistenciais de forma racional;
- estabelecer critérios que propiciem equidade de acesso;
- construir um sistema de saúde ordenado, por meio do cadastro fidedigno e atualizado, tanto dos serviços quanto dos usuários;
- controlar e avaliar, por meio de instrumentos de programação e produção, a execução de metas pré-estabelecidas;
- possibilitar a adequação dos contratos de serviços, priorizando o critério da necessidade, em substituição ao critério de oferta;
- avaliar o impacto das ações e serviços programados e produzidos no perfil epidemiológico da população, bem como verificar se estão em consonância com o agendamento feito para o atendimento na saúde.

A implementação das ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle do câncer depende diretamente das atividades relacionadas à vigilância, que são realizadas com base nas informações obtidas dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), supervisionados pelo Inca/MS, e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, centralizado nacionalmente pela Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS). A partir destas informações, desde 1995, o Inca estima e publica anualmente a incidência de câncer, o que tem sido um recurso indispensável para o planejamento destas ações.

As prioridades da política de controle de câncer no Brasil devem ser estabelecidas com base no perfil de morbidade e mortalidade dos diversos estados e municípios do país, o qual varia amplamente segundo as macroregiões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com a disponibilização de estimativas de casos incidentes de câncer segundo localizações

primárias, são oferecidas informações epidemiológicas fundamentais para o planejamento de ações de promoção à saúde, de detecção precoce e de atenção oncológica em todos os níveis.

À medida que este trabalho vem sendo continuado, é possível garantir o aprimoramento constante da metodologia, visando a oferecer estimativas que reflitam de fato a magnitude real do câncer no Brasil e, com isso, contribuir efetivamente para com a gestão de ações, programas e políticas.

É importante destacar-se que a qualidade destes dados é totalmente dependente da informação gerada pelo SIM e pelos (RCBP). O Ministério da Saúde, por meio do Inca e da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), tem estimulado o trabalho dos registros de câncer no país, entendendo que eles são fundamentais no processo de vigilância de doenças crônicas.

O Inca apresenta a partir dos quadros a seguir, suas estimativas para o ano 2006. Evidencia as taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes e os números novos de câncer em Homens e Mulheres. O quadro 2 a seguir, mostra a estimativa para novos casos de câncer nos homens, segundo a localização primária.

RIO GRANDE DO NORTE / NATAL				
HOMENS				
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
	Traquéia, Brônquio e Pulmão	110	7,69	60
Estômago	180	11,92	60	16,82
Próstata	570	37,97	170	47,88
Cólon e Reto	80	5,43	30	9,24
Esôfago	40	2,88	20	4,34
Leucemias	90	6,14	30	8,33
Cavidade Oral	90	5,82	40	11,89
Pele Melanoma	20	1,17	20	5,20
Outras Localizações	30	2,01	30	8,19
Subtotal	1.210	81,17	460	125,52
Pele não Melanoma	1.170	78,66	410	111,81
Todas as Neoplasias	2.380	159,37	870	238,13

QUADRO 02: A incidência do câncer no sexo masculino no RN
Fonte: Inca 2006.

Enquanto que em mulheres, as estimativas no estado do RN para o ano de 2006 sobre os novos casos de câncer, são:

RIO GRANDE DO NORTE / NATAL				
MULHERES				
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
	Mama Feminina	490	31,88	190
Traquéia, Brônquio e Pulmão	90	6,06	40	9,44
Estômago	110	6,88	40	10,42
Colo do Útero	250	16,11	110	26,02
Cólon e Reto	90	6,10	40	10,06
Esôfago	10	0,98	10	1,19
Leucemias	60	3,93	20	5,55
Cavidade Oral	70	4,34	30	7,56
Pele Melanoma	20	1,50	20	5,11
Outras Localizações	630	40,57	100	24,14
Subtotal	1.820	117,19	600	144,83
Pele não Melanoma	1.230	79,55	510	122,15
Todas as Neoplasias	3.050	196,30	1.110	268,70

QUADRO 03: A incidência do câncer no sexo feminino no RN
Fonte: Inca 2006.

A distribuição das taxas de incidência e da mortalidade por câncer é de grande importância para o conhecimento epidemiológico, desde os aspectos etiológicos até os fatores prognósticos

envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna, podendo gerar hipóteses causais e avaliar os avanços científicos em relação às possibilidades de prevenção e cura bem como a resolutividade da atenção à saúde.

A mortalidade tem sido uma fonte essencial para compreensão do perfil epidemiológico da população do RN. A incidência tem importância fundamental na definição do papel dos fatores de risco e no estabelecimento de prioridades para a prevenção, o planejamento e o gerenciamento dos serviços de saúde (INCA, 2005).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no RN sendo o primeiro entre as mulheres. A incidência de câncer de mama feminina 31,75 por 10.000 mulheres apresentou um crescimento contínuo entre o período de 2001 a 2005. Isto pode ser atribuído da acessibilidade da mulher aos serviços de saúde e da sensibilização dos profissionais para a importância do Exame Clínico das Mamas (ECM). Apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, há uma perspectiva de cura e o atendimento à mulher na unidade básica de saúde acontecer de forma preventiva, mas as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no RN: 6,26/100.000 mulheres. Isso deve-se ao diagnóstico tardio (estádios avançados) e à dificuldade de acesso a exames mamográficos pelo SUS.

Diante do cotidiano vivenciado em hospital oncológico, sintetiza-se que a rede pública de saúde do RN, apesar da proposta de universalização do SUS, no dia-a-dia não atende qualitativamente nem quantitativamente à demanda.

Apesar da proposta de descentralização ser um dos parâmetros da Constituição de 1988, norteada pelos princípios da democracia, universalização, justiça e equidade na distribuição de bens e serviços, constata-se que, no RN os governos municipais afirmam que os recursos repassados são insuficientes para que eles assegurem à saúde que é prevista na Constituição. Segundo Costa (2000, p. 41), apesar da atual organização do SUS atender a algumas reivindicações do movimento sanitário, não superou as contradições existentes. Dentre elas, estão a exclusão, a precariedade de recursos, a burocratização, a qualidade no atendimento, além da ênfase à medicina curativa.

Para superar esse modelo, faz-se necessário que haja uma interlocução entre as diversas políticas setoriais, de modo que possam intervir nas condições de vida da população por meio de ações conjuntas.

Conforme Cohn (2002, p. 30), a existência da condição de saúde depende da concomitância de um conjunto de fatores explicitados basicamente pela noção de equidade no acesso a serviços e

benefícios de infra-estrutura associado à possibilidade de garantia das condições salariais e empregatícias justas.

Os problemas relativos ao acesso à saúde são muitos. Grande parte da população fica à margem desse serviço, pois a oferta normalmente não é proporcional a demanda, configurando-se, desse modo, numa forma de exclusão.

Na oncologia, a situação não é diferente, pois a demanda no RN é grande para o *déficit* de ofertas, como também por insuficiência de uma política de educação sanitária, pois ações oferecidas pelo governo, muitas vezes, não chegam a uma parcela significativa da população, que não tem acesso à rede básica de saúde.

Para Conh (2002, p. 91),

O desconhecimento acerca da existência de determinados serviços, não se dá por acaso, mas é um reflexo da iniquidade das políticas sociais do Estado brasileiro e do seu impacto na consolidação das normas básicas da cidadania que se consubstancia, teoricamente, na garantia do direito à assistência médica prestada pelo poder público. O que se verifica é que esse desconhecimento sintetiza, de forma incontestável, o nível de exclusão em que vivem largas parcelas da população, submetidas a condições de profunda injustiça social.

Em conseqüência da má estruturação e da pouca articulação dessas políticas, tem-se no RN, assim como no Brasil, um crescimento progressivo no número de pessoas acometidas pelos mais variados tipos de neoplasias. Um fato relevante é que muitos tipos de câncer, se diagnosticados precocemente, têm cura. Entretanto muitas vezes, o acesso à rede básica de saúde é difícil, por ser insuficiente ou por funcionar precariamente. Tal fato contribui para que as pessoas adiem a busca pelo atendimento à saúde, prorrogando assim também a detecção da doença, reduzindo dessa forma as chances de cura, cabendo aos serviços de saúde prestar apenas um atendimento paliativo aos pacientes.

Dessa forma, compreende-se que o câncer, por ser um problema de saúde pública, devem ser formuladas e implementadas políticas direcionadas ao seu controle, de modo a melhorar o acesso à assistência médico-hospitalar, assim como às atividades de detecção precoce e às de prevenção.

A seguir, apresentar-se-á o trabalho do Hospital Doutor Luiz Antônio, que é referência em Oncologia no RN. Abordar-se-á num breve histórico sobre o SUS, a inserção da Oncologia nesse sistema e o tratamento do câncer de mama e suas implicações.

3 O HOSPITAL DOUTOR LUIZ ANTÔNIO E SUA ATUAÇÃO NA ONCOLOGIA

Neste capítulo, sintetiza-se num primeiro momento o trabalho do Hospital Doutor Luiz Antônio, como instituição pioneira na Oncologia no RN, fazendo-se uma abordagem sobre seu atendimento voltado para o SUS na área oncológica, que tem como missão: “[...] realizar ações de saúde, priorizando a Oncologia com qualidade e compromisso social no tratamento do câncer, em busca da prevenção, diagnóstico, cura e qualidade de vida durante o processo de adoecimento”¹⁰.

Far-se-á um breve resgate do período de sua criação em 17 de julho de 1949 até os dias atuais, enfatizando os serviços prestados, uma vez que seu atendimento demanda usuários 90% advindos do SUS. O Hospital Dr. Luiz Antônio está consolidado nas balizas desse sistema, assegurando, dessa forma, um atendimento universal e igualitário de forma democrática.

Num segundo momento, far-se-á uma análise sobre a atuação do SUS, desde a sua implantação até os dias atuais, considerando-se os princípios que regem esse sistema, sendo eles a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização, a eficiência e a eficácia, bem como o intercâmbio das diretrizes que o definem com o tratamento proposto pela oncologia, visando sempre aos objetivos que norteiam esse sistema de saúde, que são: a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde e o fornecimento de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Por fim, abordar-se-á o câncer de mama e suas implicações, conceituando o que é câncer, e o que essa doença representa na vida das mulheres, diante da confirmação do diagnóstico. Nesse momento, a mulher passa a ter dois tipos de problemas: o medo do câncer propriamente dito, e da mutilação de um órgão que representa para as mulheres entrevistadas, diferentes significados: maternidade, estética, sexualidade e sensualidade femininas.

¹⁰ Programa de Qualidade da Liga, Ano 2000.

3.1 HOSPITAL DOUTOR. LUIZ ANTÔNIO: INSTITUIÇÃO PIONEIRA NO ATENDIMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER NO RN

A Liga Norte-Riograndense Contra o Câncer (LNRCC) é a instituição de referência do tratamento oncológico no estado do RN. Foi fundada em 17 de julho de 1949, reconhecida como entidade de utilidade pública pela Lei Federal nº 86.871, de 25 de janeiro de 1982; pela Lei Estadual nº 157, de 05 de outubro de 1949 e pela Lei Municipal nº 3.254 de 26 de outubro de 1981. Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social e filiada à Sociedade Brasileira de Cancerologia, também é declarada como Sociedade sem fins lucrativos de caráter científico-social-filantrópico. A Liga foi idealizada por profissionais pioneiros na área oncológica, como Dr. Luiz Antônio Ferreira Souto, Dr. José Tavares e a Professora Maria Alice Fernandes, dentre outros.

A Liga possui quatro unidades para o tratamento oncológico: Hospital Dr. Luiz Antônio (HLA - Unidade I), Centro Avançado de Oncologia (Cecan - Unidade II), Hospital Professor Luiz Soares (Policlínica - Unidade III) e Unidade do Seridó (Caicó - Unidade IV). Tem por missão: “realizar ações de saúde, priorizando a oncologia com qualidade e compromisso social”; e visão de futuro: “ser um centro nacional de excelência em Oncologia”.¹¹

- **Hospital Doutor Luiz Antônio** - situado a Rua Dr. Mário Negócio, 2267, Quintas, Natal/RN, oferece os serviços de consulta com especialistas oncológicos, cirurgia oncológica, pronto atendimento a pacientes que venham ter alguma intercorrência durante o tratamento, internamento (cirúrgico, suporte clínico e quimioterápico), laboratórios e quimioterapia ambulatorial;
- **Cecan** - localizado à Avenida Miguel Castro, 1355, Dix-Sept Rosado, Natal/RN, possui tratamento radioterápico avançado, contando com pessoal qualificado e equipamentos de alta tecnologia, sendo assim referência no RN. Essa unidade oferece atendimento ambulatorial em quimioterapia e radioterapia, exames em geral, exames de diagnóstico por imagem, laboratoriais e medicina nuclear;
- **Policlínica** - situada à Rua Silvio Pélico, 181, Alecrim, Natal/RN, constitui a unidade que atua não apenas no contexto da oncologia, mas também como um hospital geral, contando inclusive com tratamento pediátrico e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ressalta-se que seu financiamento não tem suporte do SUS, com exceção de apenas um leito da UTI, advindo de convênios e particulares.

¹¹ Programa de Qualidade da Liga, Ano 2000.

- **Unidade de Oncologia do Seridó** - inaugurada em julho de 2006, na cidade de Caicó/RN que presta serviços de consulta, de atendimento e tratamento quimioterápico ambulatorial.

Preocupada desde a sua fundação em atender especialmente a população mais carente e, assumindo a responsabilidade em fazê-lo da melhor forma, a Liga busca, portanto, estar pessoal e tecnologicamente especializada em alcançar a melhor qualidade possível no atendimento. Pauta-se eticamente por princípios que revelam a integração profissional, a inclinação constante à sua capacitação profissional e, sobretudo, o respeito ao paciente e à sua condição humana. É nesse sentido que, institucionalmente corrobora, com seus valores, quais sejam¹²:

honestidade em prestar um serviço de qualidade ao paciente,

- **confiança** pessoal, institucional e companheirismo entre os profissionais, para que possam passar a segurança do tratamento para o paciente,
- **ética**, é preciso expressar o sigilo profissional diante do diagnóstico e prognóstico para o paciente;
- **melhoria humana e tecnológica contínua**, investir na qualidade dos funcionários e no desenvolvimento tecnológico da Instituição em prol dos avanços dos tratamentos;
- **atenção ao paciente**, ele o foco principal,
- **competência**, os profissionais precisam estar preparados para o desempenho das suas funções,
- **tradição e filantropia**, a Liga é uma Instituição que tem 53 anos de existência prezando pela sua tradição e filantropia nas suas ações;
- **qualidade**, trabalha-se dentro dos padrões de qualidade exigidos pela Política Nacional de Oncologia;
- **trabalho em equipe**, essencial para se trabalhar com sucesso, o tratamento oncológico requer o envolvimento de todos os que fazem a Instituição.

A preocupação para com pacientes oncológicos na cidade de Natal intensificou-se a partir de 1949, já que até então não se tinha nenhuma instituição voltada especificamente para esse tipo de paciente. Desde então, esta idéia de um hospital especializado só tem conquistado colaboradores e voluntários preocupados em minimizar a dor e sofrimento destes usuários.

¹² Programa de Qualidade da Liga, Natal, 2000

No ano de 1949, o Hospital Dr. Luiz Antônio, tinha essa estrutura, de uma instituição com uma *performance* simples, que buscava tratar os pacientes advindos do interior e da capital no tratamento oncológico.



Dessa forma, em 1949 foi construído o HLA - unidade escolhida como pesquisa para o referido trabalho de dissertação. Este foi o primeiro hospital responsável pelo atendimento a pacientes oncológicos, respondendo a uma demanda espontânea e referenciada pelo SUS no RN e para outros estados vizinhos.

O HLA tinha como objetivo inicial prestar assistência aos doentes com câncer em fase terminal. A partir da década de 1960, passou a realizar tratamento mais direcionado para o câncer; nos anos de 1980, o atendimento foi ampliado, visando promover a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes com câncer. Em 1992, por iniciativa dos seus diretores e com o apoio do grupo de voluntárias da Rede Feminina de Combate ao Câncer - órgão pertencente a Liga, o hospital foi reestruturado, tornando-se uma referência para todo o estado do RN, no que diz respeito ao diagnóstico, combate e tratamento do câncer.

A fotografia abaixo, mostra o atual Hospital Doutor Luiz Antônio, após reforma na estrutura física ocorrida em 1997, na tentativa de aumentar os seus espaços, objetivando, assim, atender uma maior demanda portadora de neoplasia, que procura o atendimento pelo SUS.



FIGURA 02: Hospital Dr. Luiz Antônio, ano 2002.

Fonte: site: www.liga.org.br

O HLA é uma instituição regida pelos padrões da Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio das diretrizes do Inca. Os objetivos que permeiam a realidade institucional são¹³:

- combater sistematicamente por todos os eixos científicos e sociais que estejam ao seu alcance, o câncer no âmbito de todo o Estado;
- prestar assistência médico-hospitalar aos pacientes portadores de câncer;
- incentivar a criação e promoção de cursos, encontros e palestras instrutivas sobre neoplasias malignas e orientação preventiva;
- incentivar a realização de estudos e pesquisas que objetivam o combate ao câncer;
- prestar assistência ao portador de neoplasia, analisando sob a ótica bio-psico-social;
- estabelecer cooperação, acordos e convênios com poderes públicos, pessoas físicas e demais instituições nacionais e estrangeiras, públicas ou privadas, no intuito de melhor desenvolver a luta de combate ao câncer, sendo lícita a obtenção de qualquer forma de ajuda, doação e colaboração no alcance de seus objetivos, desde que proibida em lei;
- tornar acessíveis a população informações sobre câncer, suas mais variadas formas de manifestação e procedimentos preventivos, promovendo campanhas de educação popular e iniciativas similares;

¹³ Programa de Qualidade da Liga, Natal, 2000

- dotar de aperfeiçoamento e preparo técnico o corpo médico e de apoio que sirvam as suas diversas unidades;
- angariar recursos que lhe possibilite manter suas unidades assistenciais e a incrementação da luta contra o câncer.

Na atualidade, o HLA conta com uma base estrutural apropriada, tendo em vista acomodar os espaços para atendimento ambulatorial e clínico de maneira necessária. Além disso, o HLA encontra-se dentro dos padrões médico-hospitalares e sanitários exigidos pelos órgãos federais, estaduais e municipais que regulamentam e fiscalizam as condições pelas quais os hospitais devem atuar. A exemplo destes órgãos, temos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Coordenação de Vigilância Sanitária (Covisa), tendo ainda como exemplo o órgão que executa, normaliza e coordena a política nacional de controle do câncer no Brasil, o Inca. Apresenta, ainda, pessoal qualificado e especializado, bem como avançados equipamentos destinados ao diagnóstico e ao tratamento das mais diversas neoplasias, respondendo, nesse aspecto, ao contingente populacional dependente do seu atendimento.

O HLA conta com serviços de atendimento ambulatorial, internação e clínica de suporte oncológico para pacientes em tratamento. Oferece, também, atendimento por uma equipe multiprofissional, formada por Fisioterapeuta, Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Psicóloga, Bióloga, Fonoaudióloga, Nutricionista e Farmacêutico. Estes profissionais devem atuar de forma humanizada, com responsabilidade ética e social, considerando que a complexidade patológica do câncer exige um atendimento especializado por parte dos profissionais que trabalham com essa problemática, tendo em vista que nela não está envolvida apenas a questão biomédica da doença, mas, também, aspectos relevantes nas áreas, social, econômica, cultural e psicológica.

É preciso ter a clareza das contradições que existem nas ações dos profissionais envolvidos na área da saúde, é importante o respeito profissional que devemos ter pelo espaço do outro, tendo como foco a humanização pelo(a) usuário(a).

Essa equipe de profissionais busca produzir no HLA conhecimentos e informações dentro da problemática do câncer, materializando por meio de seus serviços, a política de atendimento em saúde, destinada a uma demanda de usuários(as) específica, ou seja, pacientes portadores de neoplasia¹⁴ maligna, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida, juntamente com a construção da cidadania dos que procuram.

¹⁴Fonte: Registro de Câncer da Liga, 2002.

Evidencia-se que o referido hospital apresenta 90% do seu atendimento custeado pelo SUS, diante dos atendimentos registrados em seus relatórios mensais, tendo maior parte da sua demanda oriunda de cidades do interior do Estado. Apesar das dificuldades que perpassam o SUS, o Hospital Doutor Luiz Antônio tenta responder às demandas apresentadas pela população usuária no seu dia-a-dia, pela dedicação dos profissionais, das parcerias, de grupos de voluntariado que existe na Instituição e das doações que chegam da sociedade local, ou seja, ações que ajudam a manter os serviços oferecidos.

Uma vez atuando, em sua maior parte, no atendimento à demanda do SUS, o HLA está consolidado segundo as balizas desse Sistema de Saúde. Assim, o HLA pretende que todas as ações e serviços promovidos por este, sejam assegurados de forma universal, igualitária e democrática. Todavia, para atingir tal acesso, faz-se necessário estar em conformidade com alguns requisitos (normas) estabelecidos extra e intrainstitucionalmente. Exemplo disso é a documentação requerida para que tenha início o tratamento (biópsia que confirme a neoplasia, CPF e outros), a qual visam assegurar a correta direção ao tratamento, bem como a segurança das ações para os pacientes; e da mesma forma, para o próprio Hospital.

O acesso aos serviços oferecidos pelo HLA é realizado de maneira integral, desde que o usuário tenha o diagnóstico de câncer confirmado por meio de biópsia. Caso não exista ainda a referida confirmação, o paciente deverá passar pelo serviço de triagem médica, que funciona de segunda a sexta-feira, das 6h às 7h e 30 minutos, no prédio anexo ao hospital.

O Hospital possui, em seus atendimentos, um público distinto, no que se refere ao sexo, procedência, grau de instrução e casos de câncer. Nesse sentido, são atendidos usuários de ambos os sexos, acometidos dos mais diversos tipos de neoplasia maligna, e do total de atendimento, 57,28% dos usuários são mulheres e 42,72% são homens. Desses casos, 53,4% são advindos do interior do Estado, e 46,1% são da Grande Natal. Geralmente, os(as) usuários(as) que procuram o referido hospital, vêm encaminhados por instituições públicas e/ou privadas; e, em alguns casos, por conta própria.

No que se refere à origem dos usuários, a maioria vem do interior do Estado, devido à inexistência de unidades de saúde especializadas no tratamento da doença, bem como a falta de recursos para implantá-las. Assim, os casos relacionados à oncologia são direcionados ao Hospital Dr. Luiz Antônio, enquanto referência, no tocante a essa temática.

No que diz respeito às enfermarias, a estrutura física deste hospital é composta por:

- Enfermaria do Lions I: possui 14 leitos; (cirúrgicos femininos e masculinos)

- Enfermaria do Lions II: possui 22 leitos; (cirúrgicos femininos e masculinos)
- Enfermaria Etelvino Cunha: possui 06 leitos (cirúrgicos femininos)
- Enfermaria José Tavares: possui 07 leitos (suporte clínico feminino)
- Enfermaria Nossa Senhora de Fátima: possui 08 leitos (suporte clínico masculino)
- Leitos de Isolamentos: 03 (masculino e/ou feminino)
- Enfermaria do Cemes: 06 leitos (tratamento quimioterápico masculino e feminino)
- Enfermaria do Cemes: 06 leitos (tratamento hematológico masculino e feminino)

Consta, na rotina de internação da enfermaria Etelvino Cunha, pacientes portadoras do câncer de mama, objeto de estudo desse trabalho. Esta enfermaria conta apenas com 06 leitos para atender toda a demanda do Estado. Tal realidade traduz, para o Serviço Social, uma diversidade de situações/problemas, devido à existência de um número significativo de mulheres portadoras do câncer de mama que necessitam de internação e, pelo fato do SUS não dispor de leitos suficientes para a efetivação da cirurgia em um curto prazo de tempo, traduzindo-se em um problema social, uma vez que há uma tendência dessas mulheres não realizarem a cirurgia com rapidez, devido à falta de leitos.

Portanto, é necessário que o Assistente Social, juntamente com a equipe e diretores da instituição, tente buscar alternativas junto aos dirigentes do SUS para minimizar essa situação de número reduzido de leitos para pacientes oncológicos, já que a doença “câncer” não pode esperar pela liberação de um leito vago para tratar um paciente.

Diante dessa situação, abordar-se-á a seguir o atendimento do SUS voltado para o câncer, tendo uma visão do que esse sistema se propõe, e em qual realidade ele está inserido para o paciente oncológico, a partir das suas demandas e necessidades diárias durante o tratamento. Logo o SUS, enquanto espaço de consolidação da saúde pública brasileira, vem sendo sucateado no sentido de assegurar seus princípios e diretrizes, a fim de que seja proporcionada a viabilidade da edificação de ações e serviços com base na democracia, na universalidade, na integralidade e na equidade de forma eficiente e efetiva. Desse modo, faz-se necessário pensar e implementar ações e serviços de saúde que ultrapassem a condição de medidas curativas, estando direcionadas à prevenção e a promoção da saúde em sentido amplo, isto é, abrangendo a vigilância e o processo que vai desde o tratamento à reabilitação dos usuários.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ONCOLOGIA

Com a Proclamação da República em 1889, o conhecimento disponível, o acesso a ele e a necessidade premente do país pelo controle das doenças infecto-contagiosas, importadas e exportadas pelos portos, fez com que o sanitarismo se estabelecesse como modelo, com características que o mantiveram dominante até o ano de 1970. Quando se iniciou a institucionalização e o aumento da cobertura assistencial, como campanhas sanitárias e dentre outras ações, instalou-se um corporativismo que, a custosos esforços, vem sendo superado com a implantação progressiva do SUS.

A Constituição de 1988, no seu Artigo 196, define que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O SUS foi definido nesse período de Constituição, mas só regulamentado em 19 de setembro de 1990 por meio da Lei 8.080, que define o modelo operacional do SUS, propondo sua forma de organização e de funcionamento.

Já no Estado Novo, em que os direitos trabalhistas ordenaram as políticas públicas, observou-se a consolidação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), dirigidos para a cobertura da assistência ao trabalhador, associando-se a organização e o poder de pressão dos sindicatos com essa prática liberal utilitarista. Pelo contingente de população rural e pela necessidade da cobertura aos excluídos do processo formal de trabalho, surgiram as Santas Casas e as Ordens Benéficas, tendo o Governo Federal, uma atuação restrita a poucos hospitais, hospícios e asilos, inclusive sanatórios e leprosários (KLIGERMAN, 2000).

Assim, a primeira tentativa de organização de um sistema de saúde com base no padrão nacional pecou por incorporar características que ou denotavam o caráter corporativo, centralizador e segregador do governo, ou ignoravam os diferentes níveis de desenvolvimento regional que o Brasil vinha experimentando – situação que, também, até hoje o país ainda não superou.

Kligerman (2000) enfatiza que no período de 1964 a 1976, o sistema de saúde brasileiro teve as seguintes características administrativas e operacionais: centralização geral na saúde, transportes, habitação e saneamento; arbítrio na alocação de recursos; legislação de exceção, cuidados individuais como modelo de saúde; crescimento abrupto do número de médicos e dentistas; e financiamento público de um grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados

No final da Ditadura Militar, inúmeras tentativas de acomodação do modelo de assistência à saúde foram feitas. Os conceitos que se desenhavam para o atual sistema de saúde brasileira, a Universalidade, que tinha como referência garantir a justiça social; a Integralidade, que tinha como objetivo, incorporar ao sistema ações coletivas, preventivas e não somente individuais e terapêuticas; a Unificação para hierarquizar os níveis de complexidade do sistema e o fluxo de indivíduos sãos e doentes; e a Descentralização para administrar de forma descentralizada o sistema hierarquizado.

A atenção à saúde no Brasil é de acesso universal, isto é, todo cidadão tem direito a atendimento gratuito. Por isso, o Ministério da Saúde garante o atendimento integral a qualquer doente com câncer, por meio do SUS.

Atendimento integral significa proporcionar ao doente todos os cuidados de que necessita para a cura ou o controle da doença, inclusive, as medidas de suporte para os tratamentos e cuidados paliativos que visam a dar melhores condições de vida aos doentes que não puderem ser curados, e reabilitação para a reintegração social daqueles que ficam com seqüelas da doença ou do tratamento.

A integralidade é fundamental na oncologia também, porque a grande maioria dos tipos de câncer só pode ser tratada de modo resolutivo com variadas modalidades de tratamento, sucessivas e complementares, que compõem um direcionamento para o tratamento proposto. Assim, por exemplo, para que a cirurgia planejada para determinado tipo de câncer tenha êxito em curar, pode ser necessário que seja precedida de tratamento com medicamentos quimioterápicos e sucedida com radioterapia e outros medicamentos anti-tumorais. E isto tudo ocorre em períodos rigorosamente programados.

Nos anos 1990, com um modelo já desenhado, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), verifica-se uma variabilidade de sistemas, tornando-se uma necessidade inadiável a existência de um sistema único de saúde, que apesar de todo conservadorismo, clientelismo e resistência à descentralização, Conselho Nacional, Secretários Estaduais de Saúde, (Conass) teve força política para sustentar a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, pela qual se deu a criação do SUS.

O SUS nasceu mantendo as características de um sistema de prestação de serviços, financiado pelo setor público e destinado às parcelas majoritárias da população brasileira.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser parte constitutiva da Seguridade Social, fazendo-se necessário a elaboração de uma Lei Orgânica, que regulamentasse não somente

no sentido da municipalização, mas principalmente em relação aos atendimentos realizados a população.

O artigo 2º da Lei nº 8.080/90 define que a saúde compreende um “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Um dos seus objetivos mais importantes, refere-se à assistência às pessoas por intermédio da promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

No que se refere ao atendimento de pacientes com câncer, fica determinado na Lei Orgânica da Saúde, a continuação e criação de ações educativas, no tocante à prevenção, diagnóstico e cura do câncer, tornando-se o INCA responsável por liderar essas ações, segundo o que está escrito em seu artigo 41.

As ações desenvolvidas [...] pelo Instituto Nacional do Câncer Supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, permanecerão como referencial de prestação de Serviços, formação de recursos e para transferência de tecnologia. (BRASIL, 1990).

Nessa época se dá a promulgação da Norma Operacional Básica (NOB) que tem como objetivo o avanço no processo de descentralização, pois cria modalidades de municipalização da saúde, determinando os instrumentos de financiamento das ações e serviços de saúde. Para Souza (2003, p. 68) “[...] descentralizar consiste, fundamentalmente em colocar o governo mais próximo do cidadão, com vistas a torná-lo mais eficiente e mais democrático”.

No ano de 1996 foi editada a NOB que, atualmente, está em vigor. Esta prevê duas condições de gestão descentralizada: a Gestão Plena do Sistema de Saúde e Gestão Plena de Atenção Básica. Assim, de acordo com Bravo (2002) o SUS fica dividido em dois modelos: um hospitalar e um básico, que se constitui de programas focais, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF).

O SUS é concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

São princípios que regem o SUS:

- É universal porque deve atender a todos sem distinção, de acordo com suas necessidades; e sem cobrar nada, sem levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social;

- É Integral, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida e, sim, deve ser tratada como um todo. Isso significa dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana;
- Garante a equidade, pois deve oferecer os recursos da saúde de acordo com as necessidades de cada um, e dar mais para quem mais precisa;
- É descentralizado, pois quem está próximo dos cidadãos tem mais chance de acertar na solução dos problemas de saúde. Assim, todas as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que são dirigidas a todo território nacional devem ser federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo. A Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, tem a responsabilidade por todos os serviços localizados da cidade;
- É regionalizado e hierarquizado: Os serviços de saúde devem estar dispostos de maneira regionalizada, pois nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e todo tipo de problemas de saúde. Os serviços de saúde devem organizar-se regionalmente e também obedecer a uma hierarquia entre eles. As questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas e pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado;
- Prevê a participação do setor privado, pelo qual as ações serão feitas pelos serviços públicos, e de forma complementar, pelo setor privado, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos por meio de contrato administrativo ou convênio, o que não descaracteriza a natureza pública dos serviços;
- Deve usar de racionalidade: O SUS deve se organizar para oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais frequentes em cada região do Brasil. Uma cidade não pode, por exemplo, manter um hospital e não dispor de unidades básicas de saúde;
- Deve ser eficaz e eficiente. Deve prestar serviços de qualidade e apresentar soluções quando as pessoas o procuram ou quando há um problema de saúde coletiva. Deve usar da racionalidade, utilizar as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível;
- Deve promover a participação popular. O SUS é democrático porque tem mecanismos para assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema – governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços, as comunidades e a população. Os principais instrumentos para exercer esse controle social são os conselhos e a conferência de saúde, que devem respeitar o critério de composição paritária (participação igual entre usuários e os demais); além de ter caráter deliberativo, isto é, tem poder de decisão. (Lei 8.080, de 19/09/1990, cap. II. Artº 7º, p. 3)

São objetivos e atribuições que definem o atendimento no SUS ¹⁵:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formular as políticas de saúde;

¹⁵ Site Saúde no Brasil. Disponível em:<<http://www.saúdenobrasil.gov.br>>. Acesso em: 16 maio 2007.

- Fornecer assistência às pessoas, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Executar ações visando à saúde do trabalhador;
- Participar da formulação da política de saúde e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e participação na sua produção;
- Controlar e fiscalizar serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- Participar no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- Formular e executar a política de sangue e seus derivados.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios sócio-econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política em níveis federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

Na oncologia, muitas dificuldades são enfrentadas, pois alguns fatores determinantes dificultam o acesso dos usuários aos hospitais. O Hospital Dr. Luiz Antônio também está inserido nesse contexto, pois a crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia-a-dia, podendo ser constatada por meio de fatos amplamente conhecidos e divulgados, como:

- Filas freqüentes de pacientes nos serviços de saúde;
- Falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população;
- Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficiência e eficácia;
- Atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados;
- Baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médico-hospitalares;
- Aumento de incidência e ressurgimento de diversas doenças transmissíveis e crônicas (como é o caso do câncer).

Para que possamos analisar a realidade hoje existente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos nesse processo. É necessário, também, definir algumas premissas importantes:

- a) A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
- b) A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, baseado no processo de financeirização, como também características estruturais da sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo em nível internacional;
- c) A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população quando na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. Pode-se afirmar que os problemas de saúde tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias, e deixam de ter importância quando os mesmos se transformam em endemias;
- d) As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes, de regiões sócio-econômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e, preferencialmente, têm sido direcionadas para os grupos organizados e para os aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais e sem uma efetiva organização e dispersos;
- e) A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros; e nunca uma dádiva do Estado, como alguns governos querem fazer parecer;
- f) Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e confunde-se com a história da previdência social no Brasil, em determinados períodos;
- g) A dualidade entre a medicina preventiva e a curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.

As dificuldades de um sistema que foi concebido de uma forma e ainda não se encontra integralmente implantado como foi concebido, encontram o seu ponto crucial nas contradições do

modelo econômico. Às fragilidades estruturais do SUS, que nada mais são do que mais uma expressão das características estruturais da sociedade brasileira, somou-se à concepção e à prática da saúde como um bem de mercado e não um bem público.

Existem contradições que se somam, demandando o modelo técnico-científico, o desafio de mudar, o paradigma de se buscar a exclusão da doença e de se crer com a inesgotável capacidade científica e técnica de sempre buscar superar a doença.

As dissociações existentes entre o conhecimento pela ciência do modelo (doença) e da prática (doente) requerem novas formas de resolver os impasses entre gestão em saúde e incorporação tecnológica.

Segundo o Ministério da Saúde, o sistema de saúde brasileiro é formado por três setores: o SUS, que representa 75% de todo o sistema, fortemente presente nos níveis primário e secundário, e nas áreas de alto custo do nível terciário; outro, que inclui os serviços de saúde dos ministérios militares que possuem clientela, orçamento e regulamentação próprios; e um terceiro, que atua no nível secundário e, essencialmente, no nível terciário do sistema, e que se constitui da assistência médica privada e estatal. Dessa forma, o SUS comporta não somente os serviços públicos e os hospitais universitários, mas principalmente, serviços privados que se somam cada vez mais, à medida que se sucedem os níveis do sistema.

Os níveis que estruturam o sistema de saúde brasileiro são:

- a) **Primário:** composto pelas unidades básicas de saúde, como os Postos e Centros de Saúde oferecendo serviços externos e ambulatoriais nas áreas de promoção à saúde, prevenção e detecção de doenças como o câncer;
- b) **Secundário:** concentra-se nas maternidades, pronto-socorros, hospitais distritais, policlínicas, clínicas, casas de saúde (em que se contempla um atendimento ambulatorial e de internação), clínico e cirúrgico;
- c) **Terciário:** classificam-se os hospitais gerais (rede estadual), os hospitais de clínicas (universitários) e os hospitais especializados no tratamento ou estudo de alguma doença (como exemplo, a Liga Contra o Câncer).

Ao setor público do SUS, especialmente os institutos e hospitais universitários e a alguns serviços privados sem fins lucrativos cabe a maior competência pela formação, treinamento e atualização dos recursos humanos que atuam em todo o sistema de saúde brasileiro, e também pela pesquisa técnico-científica feita no Brasil, o que requer mais financiamentos e gera mais custos.

Com um conflito interno, de interesses tão evidentes entre as diversas atividades e finalidades dos níveis, uma grande perda que resulta dessa desarticulação diz respeito à informação. A oncologia no Brasil trabalha com informações sobre menos casos diagnosticados e tratados de câncer. Outra consequência da desintegração dos níveis do sistema relaciona-se com a “idade” com que os tumores malignos são tratados no país.

A prevenção do câncer e a detecção precoce são cuidadas por programas nacionais estruturados do Ministério da Saúde, coordenados pelo Inca, em parceria com os hospitais que são regidos por suas diretrizes, estando o Hospital Dr. Luiz Antônio inserido nesse processo.

Em termos de assistência oncológica, o Inca propõe a expansão de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com base nas premissas¹⁶

- 1) Cobertura de 75% da população brasileira pelo SUS;
- 2) Necessidade de um Cacon para 715 mil habitantes;
- 3) Necessidade de reorganizar-se adequadamente a assistência oncológica no âmbito do SUS.

Essas premissas existem para que se tenha a integralidade de ações, a integração de serviços e a articulação político-administrativa, indispensáveis à prevenção e ao diagnóstico do câncer, e ao tratamento integral do paciente oncológico.

O câncer é caracterizado hoje como um problema de saúde pública controlável, desde que haja ações educativas nos aspectos biológicos, estilo de vida e ambiente. Não é admissível que, em plena era do desenvolvimento científico e tecnológico, o câncer ainda seja uma doença enigmática, constituindo-se na segunda maior causa de morte no Brasil, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares¹⁷.

O SUS tem organizado o tratamento de câncer de modo a oferecer, num mesmo estabelecimento de saúde, todas as modalidades de tratamento, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e, inclusive, cuidados paliativos e reabilitação.

Existem no Brasil mais de 300 estabelecimentos de saúde prestando assistência oncológica de alta complexidade aos doentes do SUS, espalhados pelos 26 Estados e em 128 diferentes municípios. A maioria destes estabelecimentos é Hospital Geral, com reconhecida capacidade de prestar atendimento de alta complexidade e alguns são hospitais especializados em câncer. Ambos são denominados Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Há também os denominados “Serviços Isolados de Quimioterapia e Serviços Isolados de Radioterapia”.

¹⁶ Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br, acesso em: 10 de março/2007

¹⁷ Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 03 marc. 2007

Apesar dos avanços ocorridos no SUS, este vem sendo, cada vez mais afetado pela ideologia neoliberal, que, minimizando o Estado, prioriza investimentos na esfera econômica, em detrimento das políticas públicas, pondo em risco o princípio da integralidade das ações e da universalidade, proposta pela Lei Orgânica da Saúde.

Ressaltando que toda construção da política da saúde no país, esteve determinada, a partir da década de 1990, pelo confronto de dois projetos, quais sejam o de Reforma Sanitária e o de Saúde, vinculada ao mercado (privatista), o qual atingiu verdadeira hegemonia, influenciando de maneira decisiva a elaboração e a implementação do SUS.

Assim, não obstante a todas as conquistas alcançadas pela Reforma Sanitária no Brasil, ao longo do tempo, ainda existe um processo de construção político-econômica e ideológica contrário ao que ela pressupõe. Desse modo, baseado na política neoliberal, vem afirmar a contenção dos gastos mediante a racionalização da oferta, a descentralização e a focalização das ações.

Por se tratar de uma visão pautada no modelo neoliberal, e assim voltada para o mercado, algumas noções essenciais são perdidas de vista – como as de coletividade e universalidade da Política de Saúde - e são assumidas como premissas a individualização das questões e fragmentação da realidade.

Todos esses aspectos distanciam o SUS idealizado, quando de sua criação do SUS real. Isto é, daquele existente na realidade brasileira contemporânea em que é vivenciada a lógica de enxugamento do Estado via redução de políticas sociais e, logo, de desconstrução dessas. Ou seja, a realidade em que a ideologia neoliberal privilegia os investimentos no âmbito da economia em detrimento das políticas públicas – conformando sério grau de desigualdade, precariedade, e má qualidade do atendimento, dentre outros – compromete a efetividade da prestação dos serviços de saúde, segundo a integralidade e universalidade asseguradas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Entretanto, há de compreender-se que, mesmo diante das adversidades conjunturais, o SUS é ainda um sistema em construção, sendo necessário defender a democracia, a ampliação do Estado, a participação popular e a socialização das informações, bem como buscar a mobilização dos movimentos sociais organizados, no enfrentamento do neoliberalismo e da desconstrução do SUS, para atingir o modelo adequado da saúde.

A organização dos serviços de saúde no Brasil, ainda continua centralizada e distante das reais necessidades de saúde da população, com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado, mesmo depois da implantação da Constituição Federal de 1988.

O SUS deve ser entendido como um sistema em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, e nem tampouco, tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos pela sociedade, e que, por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos.

No que se refere ao tratamento oncológico, o SUS é de total importância, pois busca ampliar a cada dia, o acesso dos pacientes com câncer aos procedimentos necessários para uma melhor qualidade de vida. É por meio dessa política de saúde que a prevenção, o tratamento e o diagnóstico da neoplasia maligna que o atendimento ganha maior visibilidade e importância diante de órgãos responsáveis e da própria sociedade.

Portanto, o SUS, no enfrentamento do tratamento oncológico, necessita

[...] dá uma ênfase maior na doença e não na saúde, ver a saúde como um bem de produção e para a produção e o direito constitucional absoluto que se anula na contradição de uma sociedade que mergulha em desigualdades econômicas e sociais. (KLIGERMAN, 2000, p. 239).

O Hospital Dr. Luiz Antônio, inserido na política do SUS, atravessa momentos de dificuldades diante da demanda que chega cotidianamente a essa instituição, devido o número de câncer em pacientes aumentar a cada dia. A estrutura autorizada pelo SUS para o atendimento de consultas, exames, tratamentos e cirurgias, deixa a desejar no que é determinado pelo sistema. Dessa forma, é necessário superar os desafios e contradições que aparecem no cotidiano institucional, para que possa dar continuidade ao atendimento dos que buscam o tratamento oncológico nessa instituição hospitalar.

Nesse sentido, é que percebe a importância de ter-se um Sistema de Saúde que funcione igualitariamente para todos, e que trabalhe com mais empenho quanto à prevenção ao câncer, comprovado previamente, já que a descoberta precoce da doença aumenta a chance vida do paciente.

No próximo item, far-se-á uma abordagem sobre o câncer de mama, enfatizando também as formas de detecção precoce do mesmo.

3.3 O CÂNCER DE MAMA E SUAS IMPLICAÇÕES

O Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo¹⁸. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas.

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem vários tipos de câncer de pele, porque esta é formada por mais de uma espécie de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, ele é denominado *carcinoma*. Se começa em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de *sarcoma*.

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

Segundo o Informativo ABC da Saúde, o câncer não é hereditário, existindo apenas alguns casos que são herdados, tal como o retinoblastoma (câncer de olho que ocorre em crianças). No entanto, existem alguns fatores genéticos que tornam determinadas pessoas mais sensíveis à ação dos carcinógenos ambientais, o que explica porque algumas delas desenvolvem câncer e outras não, quando expostas a um mesmo carcinógeno.

O câncer não é contagioso. Mesmo os cânceres causados por vírus eles não possuem contágio. No entanto, alguns vírus oncogênicos, capazes de produzir câncer, podem ser transmitidos por meio do contato sexual, de transfusões de sangue, ou de seringas contaminadas por injeção de drogas. Como exemplos de vírus carcinogênicos, tem-se o vírus da hepatite B, que acelera o câncer de fígado, e o vírus HTLV, que acelera o câncer da leucemia e linfoma.

“O câncer é diferente de todas as outras doenças, pois apresenta um grau de agressividade inversa a idade do portador. Adultos jovens estão mais susceptíveis às metástases e complicações relacionadas com a doença. Esse fato deve-se à ação dos hormônios que se encontram em nível normal, tendo em vista, o jovem ter mais hormônios em desenvolvimento do que o adulto”. (BARBOSA, 2002, p.22-23).

¹⁸ Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 01 maio 2007.

No Brasil, segundo os dados do Ministério da Saúde, o câncer de mama representa uma das primeiras causas de óbitos em mulheres, sendo apenas superado pelas mortes provocadas por doenças cardiovasculares e causas externas (acidentes de trânsito e violência urbana).

As neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população feminina no país. E é o câncer de mama o que mais mata as mulheres, o qual além de possibilitar a idéia de morte, também, coloca-as frente a alternativas terapêuticas como a mastectomia (retirada da mama), significando assim a mutilação da parte do corpo da qual a sexualidade e a maternidade passam a depender de decisões médicas, muitas vezes discutidas do ponto de vista de sua eficiência e nem sempre compartilhadas com as maiores interessadas, que são as mulheres.

As mamas (ou seios) são glândulas, e sua função principal é a produção de leite. Elas são compostas de lobos que se dividem em porções menores, os lóbulos, e ductos, que conduzem o leite produzido para fora, pelo mamilo. Como todos os outros órgãos do corpo humano também encontram-se nas mamas vasos sanguíneos, que irrigam-nas de sangue, e os vasos linfáticos, por onde circula a linfa. A linfa é um líquido claro, que tem uma função semelhante ao sangue, de carregar nutrientes para as diversas partes do corpo e recolher as substâncias indesejáveis. Os vasos linfáticos agrupam-se no que se chamam gânglios linfáticos, ou ínguas. Os vasos linfáticos das mamas drenam para gânglios, nas axilas (em baixo dos braços), na região do pescoço e no tórax¹⁹.

O câncer de mama ocorre quando as células deste órgão passam a dividir-se e reproduzir-se muito rápido e de forma desordenada. A maioria dos cânceres de mama acomete as células dos ductos das mamas. Por isso, o câncer de mama mais comum chama-se Carcinoma Ductal. Ele pode ser *in situ*, quando não passa das primeiras camadas de célula destes ductos; ou invasor, quando invade os tecidos em volta da mama. Os cânceres que começam nos lóbulos da mama são chamados de Carcinoma Lobular, e são menos comuns que o primeiro. Este tipo de câncer muito frequentemente acomete as duas mamas. O Carcinoma Inflamatório de mama é um câncer mais raro, e normalmente, apresenta-se de forma agressiva, comprometendo toda a mama, deixando-a vermelha, inchada e quente. A seguir, apresentar-se-á uma foto de uma mama com câncer.

¹⁹ ABC da Saúde. Disponível em: <<http://www.abcdasaúde.com.br>>. Acesso em: 20 fev. 2007.

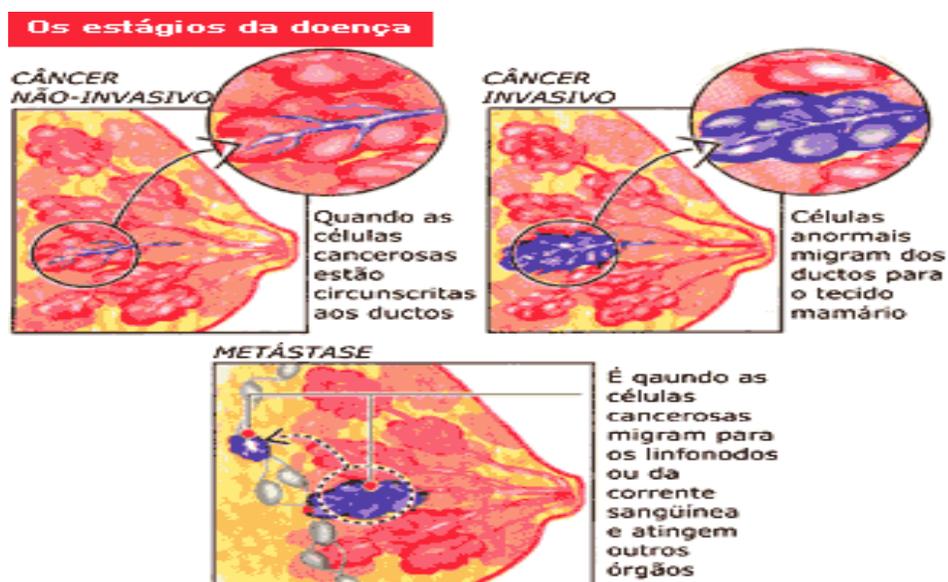


FIGURA 03: Mama com Câncer

Fonte: site: www.colegio24horas.com.br

O Inca admite que a maioria das ações dirigidas para o controle do câncer de mama são voltadas para a sua detecção precoce.

A preocupação com o aumento de casos de mulheres com câncer de mama, tornou-se um problema atual da saúde pública. Apesar de toda a informação sobre a importância da realização do auto-exame, divulgada, principalmente, nos meios de comunicação e pelos programas de assistência à saúde da mulher, as mulheres não têm sido estimuladas o bastante para sua realização. Isto deve-se, muitas vezes, às dificuldades de ordem pessoal, social e financeira que as mesmas enfrentam.

Qualquer pessoa pode vir a ter um câncer de mama. Todavia, há certos grupos com maiores chances de desenvolver a doença. Segundo o Inca, o câncer de mama é muito mais freqüente em mulheres do que em homens. Mas pouca gente sabe que homens também desenvolvem câncer de mama. Embora a incidência da doença ainda seja considerada baixa, equivalente a 1% dos cânceres malignos, ela vem aumentando a cada ano. Os índices de cura estão diretamente relacionados ao diagnóstico. Ou seja, as chances de cura crescem à medida que o tumor é descoberto precocemente.

Geralmente, esse câncer acomete o homem de idade mais avançada, sendo mais freqüente na faixa etária de 50 a 60 anos de idade. Segundo o Inca, em sua estimativa é de que surjam cerca de 250 casos novos em todo o Brasil a cada ano.

Diferentemente do que acontece com a mulher, que já possui o hábito de realizar o auto-exame, o homem, por desconhecimento deste tipo de doença, não se previne e não realiza esse tipo de acompanhamento. Isso dificulta o diagnóstico, prejudicando o tratamento e a cura do tumor. É comum o diagnóstico tardio no homem, quando a doença já se encontra evoluída. Para reverter esse quadro é necessário chamar a atenção da população masculina para os primeiros indícios da doença, e fazer um alerta para que estes homens procurem um oncologista ao notarem qualquer alteração na mama. Mas é importante ressaltar, que nesse trabalho, o foco central, será o câncer de mama nas mulheres.

O câncer de mama, como muitos dos cânceres, tem fatores de risco conhecidos. Alguns destes fatores são modificáveis, ou seja, pode-se alterar a exposição que uma pessoa tem a este determinado fator, diminuindo a sua chance de desenvolver este câncer.

Existem também os fatores de proteção. Estes são fatores que se a pessoa está exposta, a sua chance de desenvolver este câncer é menor.

De acordo com informações extraídas do *site* ABC da Saúde²⁰, os fatores conhecidos de risco e proteção do câncer de mama são os seguintes:

- a) **idade:** o câncer de mama é mais comum em mulheres acima de 50 anos, quanto maior a idade, maior a chance de ter este câncer. Mulheres com menos de 20 anos, raramente têm este tipo de câncer. No hospital Doutor Luiz Antônio, o Assistente Social atua junto ao grupo de apoio à mulheres portadoras do câncer de mama, com palestras informando a prevenção das mesmas quanto ao retorno regular ao mastologista, devido aos casos que aparecem no dia a dia da vida desse profissional, em mulheres jovens;
- b) **exposição excessiva a hormônios:** terapia de reposição hormonal (hormônios usados para combater os sintomas da menopausa) que contenha os hormônios femininos estrogênio e progesterona, aumenta o risco de câncer de mama. Não tomar ou parar de tomar estes hormônios é uma decisão que a mulher deve tomar com o seu médico, pesando os riscos e benefícios desta medicação. O assistente social controla junto ao oncologista, a realização desses exames, para verificar a resposta que a paciente pode ter ao utilizar os hormônios. O hospital Dr. Luiz Antônio, dispõe de uma cota mensal de 16 exames para essa avaliação hormonal, autorizados pelo SUS, encaminhados ao assistente social para dar prosseguimento à realização dos mesmos;
- c) **radiação:** faz parte do tratamento de algumas doenças irradiar a região do tórax. Antigamente muitas doenças benignas eram tratadas com irradiação. Hoje, este procedimento é praticamente restrito ao tratamento de tumores. Pessoas que necessitaram “irradiar” a região do tórax ou das mamas têm um maior risco de desenvolver câncer de mama. A radiação provocada pelo tratamento do câncer de mama, muitas vezes traz uma queimadura que maltrata a área do corpo irradiada. O Serviço Social juntamente com a enfermagem do Hospital Dr. Luiz Antônio, fornece uma medicação orientada pelo médico para as mulheres colocarem no local irradiado;

²⁰ ABC da Saúde. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br>>. Acesso em: 12 jun. 2007.

- d) **dieta:** ingerir bebida alcoólica em excesso está associado a um discreto aumento de desenvolver câncer de mama. A associação com a bebida alcoólica é proporcional ao que a pessoa ingere; ou seja, quanto mais uma pessoa bebe, maior o risco de ter este câncer. Tomar menos de uma dose de bebida alcoólica por dia ajuda a prevenir este tipo de câncer (um cálice de vinho, uma garrafa pequena de cerveja ou uma dose de uísque são exemplos de uma dose de bebida alcoólica). Se beber tomar menos que uma dose por dia. Mulheres obesas têm mais chance de desenvolver câncer de mama, principalmente quando este aumento de peso dá-se após a menopausa ou após os 60 anos. Manter-se dentro do peso ideal, principalmente após a menopausa diminui o risco deste tipo de câncer. Seguir uma dieta saudável, rica em alimentos de origem vegetal como frutas, verduras e legumes, e pobre em gordura animal pode diminuir o risco de ter este tipo de câncer;
- e) **exercício físico:** Exercício físico normalmente, diminui a quantidade de hormônio feminino circulante. Como este tipo de tumor está associado a esse hormônio, fazer exercício regularmente diminui o risco de ter câncer de mama, principalmente, em mulheres que fazem ou fizeram exercício regular quando jovens. As pacientes encaminhadas ao Serviço Social com câncer de mama, são orientadas a participarem do grupo de apoio existente no Hospital, pois lá dispõe também de um profissional que orienta as mesmas a realizarem exercícios físicos apropriados para quem já foi portador do câncer de mama;
- f) **história ginecológica:** Não ter filhos ou engravidar pela primeira vez tarde (após os 35 anos) é fator de risco para o câncer de mama. Menstruar muito cedo (com 11 anos ou antes) ou parar de menstruar muito tarde expõe a mulher mais tempo aos hormônios femininos e, por isso, aumenta o risco deste câncer. Amamentar, principalmente por um tempo longo, um ano ou mais somado todos os períodos de amamentação, pode diminuir o risco do câncer de mama;
- g) **história familiar:** Mulheres que têm parentes de primeiro grau, (mães, irmãs ou filhas) com câncer de mama, principalmente se elas tiverem este câncer antes da menopausa, são grupo de risco para desenvolver este câncer. Apesar de raro, homens também podem ter câncer de mama, e ter um parente de primeiro grau, como o pai, com este diagnóstico também eleva o risco familiar para o câncer de mama. Pessoas deste grupo de risco devem aconselhar-se com o seu médico, para definir a necessidade de fazer exames para identificar genes que possam estar presentes nestas famílias;
- h) **alterações nas mamas:** ter tido um câncer de mama prévio é um dos maiores fatores de risco para este tipo de câncer. Manter-se dentro do peso ideal, fazer exercício físico, seguir corretamente as recomendações do médico, e fazer os exames de revisão anuais são medidas importantes para diminuir a volta do tumor ou ter um segundo tumor de mama. Ter feito biópsias, mesmo que para condições benignas, está associado a um maior risco de ter câncer de mama. Mamas densas na mamografia estão associadas a um maior risco para este tumor. É muito importante que a mamografia seja feita em um serviço qualificado, e que o exame seja comparado com exames anteriores.

O diagnóstico laboratorial do câncer de mama é reconhecido pela Sociedade Brasileira de Mastologia sob dois sistemas: TNM que classifica a doença em três fases: T(tumor), N(linfonodos axilares homolaterais) M(metástases à distância); e o estágio da doença que pode evoluir em estágios que variam de 0-IV (significa o grau em que a doença se encontra) crescente por ordem da gravidade da doença.

Com informações do tamanho do tumor, comprometimento de linfonodos (avaliado na cirurgia) e metástases à distância, a doença é classificada em:

- 1) **Estágio 0:** é o chamado carcinoma *in situ* que não se infiltrou pelos dutos ou lóbulos, sendo um câncer não invasivo;
- 2) **Estágio I:** o tumor é pequeno e não se espalhou pelos linfonodos;
- 3) **Estágio IIa:** qualquer das condições abaixo:
 - a) o tumor tem menos que 2 cm (centímetros) e infiltrou linfonodos axilares;
 - b) o tumor tem entre 2 e 5 centímetros, mas não atinge linfonodos axilares;
 - c) não há evidência de tumor na mama, mas existe câncer nos linfonodos axilares;
- 4) **Estágio IIb:** qualquer das condições abaixo:
 - a) o tumor tem de 2 a 5 cm (centímetros) e atinge linfonodos axilares;
 - b) O tumor é maior que 5 cm (centímetros), mas não atinge linfonodos axilares.
- 5) **Estágio IIIa:** qualquer das condições abaixo:
 - a) o tumor é menor que 5 cm (centímetros), se espalhou pelos linfonodos axilares que estão aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas;
 - b) o tumor é maior que 5 cm (centímetros), atinge linfonodos axilares os quais podem ou não estar aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas.
- 6) **Estágio IIIb:** o tumor infiltra a parede torácica ou causa inchaço ou ulceração da mama, ou é diagnosticado como câncer de mama inflamatório. Pode ou não ter se espalhado para os linfonodos axilares, mas não atinge outros órgãos do corpo;
- 7) **Estágio IIIc:** tumor de qualquer tamanho, que não se espalhou para partes distantes, mas que atinge linfonodos acima e abaixo da clavícula, ou para linfonodos dentro da mama ou abaixo do braço;
- 8) **Estágio IV:** tumor de qualquer tamanho, que tenha espalhado-se para outros locais do corpo como ossos, pulmões, fígado ou cérebro²¹.

Em resumo, Dousset (1999 apud GOMES, 1987) explicam que a realização do diagnóstico do câncer de mama depende desta classificação que revela o grau de comprometimento da área atingida, bem como o prognóstico e o tratamento a ser indicado.

As atividades terapêuticas são planejadas de acordo com esses estágios, pois é imprescindível o conhecimento do estágio clínico da paciente. Isto porque este permite estabelecer a extensão da área atingida e a gravidade da doença, além de planejar um tratamento adequado, como também a certeza de um prognóstico seguro. A escolha do método terapêutico apropriado dependerá, também de vários fatores, tais como: a idade do paciente, a localização e o tamanho do tumor, a disponibilidade financeira, a análise dos exames e o modo do paciente lidar com a mama afetada.

O(a) assistente social, sendo conhecedor(a) do estágio da doença e o método terapêutico escolhido para o tratamento, tem condições de encaminhar os (as) pacientes, quando existirem problemas sociais que causam entraves ao bom andamento do tratamento. Dessa forma, realiza encaminhamentos, tais como contato com Prefeituras/Secretarias do Interior do Estado para agilizar

²¹ Informação disponível em: <<http://www.andre.asse.com/mama.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2007.

exames, transportes, medicamentos, dentre outros que tenham necessidade da intervenção desse profissional.

Sabe-se que o câncer é uma enfermidade que acomete indistintamente grande parte da população, muitas vezes, causando sérias mutilações físicas, que por sua vez acarretam traumas emocionais e sociais. A mulher mastectomizada, devido submeter-se a uma cirurgia mutiladora, sente-se abalada na sua constituição física, psicológica, e em particular, sexualmente. Fernandes (1997) ressalta ser o câncer de mama o que expõe as mulheres a uma série de dificuldades, visto ser uma doença crônica e mutilante que concorre para o desajuste social. A retirada da mama está, via de regra, acompanhada de conseqüências traumatizantes nas experiências de vida de uma mulher, visto o desencadeamento de uma série de distúrbios que ocorrem. Essas dificuldades e desajustes sociais terminam por desencadear sentimentos negativos, desde o choque emocional causado pelo diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e de uma recorrência deste câncer, os efeitos da radio e quimioterapia, o medo da dor e o pavor de encarar a morte que poderá vir acontecer.

Kovacs e Sgorlon, explicam que o diagnóstico do câncer de mama, é um acontecimento marcante, com implicações sociais, psicológicas e sexuais. Essa doença representa uma ameaça em vários níveis. Os efeitos deletérios do câncer, o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia e da incerteza quanto ao futuro entre outros, têm preocupado os(as) assistentes sociais envolvidos com a qualidade de vida e do tratamento desses pacientes.

Para descobrir-se o câncer de mama, não existem evidências conclusivas que justifiquem estratégias específicas de prevenção primária, mas a detecção precoce é o que tem ajudado na cura da doença.

Portanto, diante das 15 mulheres entrevistadas, apenas 07 responderam que realizavam a prevenção. O exame mais fácil de se realizar para detectar-se uma alteração da mama é o exame da palpação. Neste exame, o médico apalpa toda a mama, a região da axila e a parte superior do tronco em busca de algum nódulo ou alteração da pele, como retração ou endurecimento, ou ainda alguma alteração no mamilo. Essa forma de prevenção não tem custo financeiro para as pacientes. É preciso de informação, e o(a) assistente social tem uma importância fundamental nesse momento, fazendo um trabalho educativo por meio de palestras, distribuição de *folders* informativos em comunidades, centros de saúde, enfim, na sociedade como um todo.

Outra forma de prevenção é através da mamografia, que é um Raio X das mamas e das porções das axilas mais próximas das mamas. Nesse exame, o radiologista procura imagens sugestivas de alterações do tecido mamário e dos gânglios da axila. A ultrassonografia das mamas pode auxiliar o radiologista a definir que tipo de alterações são essas. Esses exames são de média complexidade para o SUS, e muitas vezes a usuária não tem acesso à autorização dos mesmos, devido às dificuldades em realizá-lo, pela burocracia proposta pelo Sistema, como também devido a pouca oferta dos mesmos para a população. O(a) assistente social, precisa mediar muitas vezes o acesso das pacientes para realização desses exames por meio de contato com secretarias de saúde ou órgãos das prefeituras do interior do Estado.

Esses exames quando realizados anualmente ou mais freqüentemente, dependendo da história individual da paciente (presença de fatores de risco ou história de tumores e biópsias prévias), podem auxiliar a diminuir a mortalidade por esse tipo de tumor, quando os exames realizados entre os 50 e os 69 anos.

Os tipos de tratamento para o câncer de mama são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia hormonal. São realizados isoladamente ou em conjunto, e sua utilização depende do tipo de câncer ou da área do corpo em que está localizado. O objetivo do tratamento poderá ser a cura total ou o controle da doença, mas é importante ressaltar que pacientes com o mesmo tipo de câncer podem ser tratados (as) de formas e condutas diferentes.

O procedimento da cirurgia é realizado quando é possível remover o tumor por completo. Na cirurgia, é fundamental que o câncer seja removido, evitando assim recidivas em outras áreas ou mesmo na própria área do corpo.

Das 15 entrevistadas, 13 realizaram a mastectomia (retirada total da mama). Perguntadas sobre como se sentiram após a mastectomia, afirmavam que:

- senti-me uma pessoa mutilada, até hoje não me olho no espelho;
- eu acho horrível, não consigo me olhar, a perda da mama foi a maior perda da minha vida;
- é muito difícil, nasci com duas mamas e hoje só tenho uma;
- é horrível, fiquei defeituosa, sinto-me horrorosa, só supero porque o hospital me deu uma prótese artesanal, senão eu não sairia nem de casa;
- me acho triste sem a mama, ela é muito importante para mim;
- foi difícil, não me olhava no espelho e não tinha coragem de ter relação sexual, sentia vergonha;

- nada senti, é melhor perder a mama do que perder a vida;
- sou uma pessoa fria, não quero ter relação sexual, me sinto amputada;
- é normal, continuei a ser a mesma mulher, não é a falta da mama que vai me modificar.

Diante dessas afirmações, o(a) assistente social que trabalha com pacientes portadoras do câncer de mama e que foram mutiladas, observa que os resultados dessa cirurgia, poderão comprometê-las física, emocional e socialmente. A mutilação decorrente da perda mama, favorece muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. Como a mulher percebe e lida com essa nova imagem, como isso afeta a sua existência apresentam-se como forma de inquietações para os profissionais que se propõem prestar uma assistência multidisciplinar.

Analisando os depoimentos, verifica-se que a identificação de um corpo mutilado dá-se pela percepção que ela tem de seu corpo atual, alterado e diferente, principalmente nas situações em que o observa. Elas revelam a necessidade de recuperar o espaço do órgão que foi perdido, pois a mulher aprende durante toda a vida sobre a estética corporal, que o corpo feminino constitui-se por alguns caracteres secundários, e um deles é representado pelas mamas. Ao perceberem o corpo mutilado, resultado da perda da mama, revelam que a incorporação da modificação corporal dá-se por uma adaptação contínua e gradativa. A mastectomia desconstrói a imagem feminina de maneira abrupta. No entanto, sua estética e auto-estima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida.

Diante da confirmação do diagnóstico, a mulher passa a ter dois tipos de problemas: o medo do câncer propriamente dito, e o da mutilação de um órgão que, para a maioria das mulheres representa a maternidade, a estética e a sexualidade feminina. A alteração da estética e da imagem corporal são aspectos a serem considerados na prática profissional, especialmente quando se pensa em uma assistência também preocupada com a dimensão psicossocial.

Outro procedimento é a Quimioterapia. Um tratamento sistêmico, por meio de drogas (medicação), utilizado para exterminar inteiramente tumores e metástases. São drogas citotóxicas (veneno para as células) e pode ser utilizado quando existem possibilidades de as células cancerosas estarem no corpo mesmo não sendo detectadas. É um tratamento sistêmico. As drogas usadas circulam pela corrente sanguínea, destruindo as células malignas nas diversas áreas do corpo. Existem mais de trinta drogas citotóxicas, e essas destroem as células, interferindo em sua capacidade de crescimento e de multiplicação. Os efeitos colaterais variam. Cada paciente responde

à sua maneira, mas existe um momento no tratamento da quimioterapia que traduz uma situação de vida que deixa as pacientes bastante tristes, que é a alopecia (queda do cabelo).

No tratamento quimioterápico, o(a) assistente social visando a uma melhor compreensão da doença, e de formas de lidar com ela, utiliza-se de seus conhecimentos, realizando encaminhamentos, sempre focando na melhoria da qualidade de vida e do enfrentamento da doença pela paciente.

Busca no dia a dia da sua prática profissional, auxiliar a paciente no momento do diagnóstico, esclarecer sobre o tratamento ao qual vai ser submetido, bem como os possíveis efeitos colaterais, como lidar com eles. Ajuda o paciente a enfrentar a doença por meio de técnicas específicas, visando à sua participação ativa na evolução do tratamento como também esclarecer os direitos sociais e previdenciários aos quais os mesmos vêm a ter depois do diagnóstico positivo do câncer. O(a) assistente social tem um importante papel também junto à família. Nesse momento do tratamento quimioterápico, ele(a) orienta os familiares quanto à doença, ao tratamento e às emoções. Ajuda aos familiares compartilhar seus medos, expectativas e emoções, visando a uma melhor comunicação nesse momento difícil.

Um terceiro tratamento é a Radioterapia, que é realizada à base da aplicação de radiação direcionada ao tumor ou ao local deste. Tem por objetivo, se antes da operação, reduzir o tamanho do tumor; e se após, evitar a volta da doença. A radiação bloqueia o crescimento das células, e deve ser utilizada apenas na área afetada, evitando atingir o tecido normal. As aplicações duram cerca de 15 minutos e devem ser feitas diariamente, variando de 25 a 30 aplicações. O tratamento não apresenta complicações. O local das aplicações adquire uma coloração parecida com a de uma queimadura de sol. Na entrevista realizada nesta pesquisa, das 15 mulheres entrevistadas, 11 realizaram o tratamento radioterápico.

Das respostas das pacientes, não se evidenciou nenhuma modificação na vida das mesmas por terem realizado este tratamento, pois como a radioterapia irradia só a área atingida, elas não apresentaram nenhum relato de mudança de vida pela realização do mesmo.

Já a “Terapia hormonal consiste num tratamento que utiliza medicações hormonais. Os vários tipos de câncer são conhecidos por serem alterados pelo nível de hormônios no corpo, sendo a hormonioterapia recomendada quando pode ser diminuído o nível de hormônio em particular; ou seja, quando a ação do mesmo pode ser bloqueada”. (SPEECHLEY; ROSENFELD, 2000, p.66).

Segundo a “Revista ABC da Saúde”, a Oncologia indica três passos a serem seguidos para o bem-estar do paciente durante o tratamento oncológico. O primeiro, tratar de curar os pacientes,

para devolvê-los a um lugar na sociedade. Deve ser tentado em todos os tipos de câncer, mesmo naqueles em que a chance de cura é pequena. Requer uma atitude de esperança e determinação para se derrotar dificuldades e perigos, e às vezes para se enfrentar insucessos.

O segundo seria, se mesmo a cura não foi possível, o médico apontar ao paciente uma satisfatória remissão da doença, deixando-o bem consigo mesmo pelo maior tempo possível, longe dos efeitos da doença e de hospitalizações. Quando a chance de remissão é remota, o objetivo passa a ser controlar a doença e seus sintomas pelo uso correto de terapêutica paliativa.

O terceiro seria melhorar a qualidade de vida do paciente, e não apenas o prolongamento de uma vida sofrida. O médico deve ajudar o paciente a manter a sua dignidade, entender sua fraqueza, e evitar sentimentos de frustração, animosidade ou até excessiva amizade para desenvolver o bom julgamento para o interesse do paciente. É preciso, ao mesmo tempo ser sensível e manter o bom senso.

Portanto, a nova realidade na vida da mulher, em ser portadora de um câncer de mama, traz para os(as) profissionais inquietações de como assistir os usuários de forma integral, especialmente no retorno ao seu lar, ao seu cotidiano, pois ainda não há clareza como esse processo é vivido e interpretado por elas. Após a cirurgia, as mulheres têm como preocupação a continuidade do tratamento e a reabilitação. Surgem questões relativas à reelaboração da auto-estima e da imagem corporal, a necessidade de suporte social e de auto-cuidado, pois o conhecimento do significado da mutilação para as mulheres que a vivenciam precisará ficar claro para os profissionais, para que eles possam reconhecer a representação disso no contexto de vida das mulheres. Diante da pergunta realizada com as pacientes; Como você encarou o resultado positivo para o câncer, obteve-se o seguinte resultado do que o câncer representou na vida das mesmas:

- 🚦 na hora fiquei bem, mas quando a “ficha” caiu, eu chorei muito, só que achei que o sofrimento acabava aqui, quando começaram os tratamentos eu não aceitei;
- 🚦 foi difícil, mas com ajuda de Deus, força de vontade, ajuda de minha família e da psicóloga, enfrentei;
- 🚦 com medo e depressão;
- 🚦 na hora, fiquei anestesiada, mas por trabalhar na área da saúde e ao ver as outras pacientes me fortaleci;
- 🚦 no momento entrei em desespero, mas quando comecei a freqüentar o hospital e ver outras pessoas com o mesmo problema, tenho conseguido me reerguer;
- 🚦 muito difícil, até hoje o meu sistema nervoso está abalado;

foi muito triste, na época do meu diagnóstico, a minha irmã tinha morrido de câncer de mama, e tenho um filho pequeno.

Analisando estes depoimentos, percebe-se o diagnóstico do câncer é visto como uma ameaça para a paciente e toda a sua família em todos os níveis da sua vida. A preocupação central da mulher, ao receber o diagnóstico do câncer de mama, é a sobrevivência. Em seguida, surge a preocupação com o tratamento e as condições econômicas para realizá-lo. Nesse momento, o(a) assistente social tem um papel fundamental, que é o de mediador desses pacientes para o acesso aos exames, aos direitos sociais e previdenciários aos quais a própria doença conduz. Preocupa-se também com a família dos pacientes, como vão ficar os filhos e companheiros(as) se ela vier a falecer. E por fim, há a preocupação com a mutilação, a desfiguração e suas conseqüências para a vida sexual da mulher.

As entrevistas realizadas nos retratam uma realidade para o trabalho do Assistente Social em vários momentos:

No diagnóstico; é necessário que o profissional auxilie a usuária nesse momento, informando sobre a doença do ponto de vista social; esclareça sobre os tratamentos aos quais será submetida, bem como saber as novas situações que iram afetar sua vida num contexto sócio-econômico; ajudar a paciente a enfrentar a doença por meio de técnicas específicas (como os grupos de apoio), visando à sua participação ativa na evolução do tratamento; esclarecer os direitos/benefícios sociais das pacientes e sua família.

Com relação a família, cumpre a(o) assistente social; prepará-la para lidar com esse “novo” momento, alertando que pode acontecer possíveis modificações no seu comportamento, facilitar a comunicação com a paciente, a equipe multidisciplinar e com as pessoas com quem convive; orientar quanto à doença, ao tratamento e às emoções, ajudar a família e o paciente a compartilharem seus medos, expectativas e emoções, visando uma melhor comunicação e união nesse momento difícil; auxiliar em todas as etapas da doença, desde o diagnóstico até a resolução final de cura ou morte.

Em relação à equipe de trabalho; estar sempre em contato com os profissionais que a compõem, oferecendo ajuda frente à angústia, stresses e situações indesejáveis que venham surgir; trabalhar com a equipe a questão da morte e do “morrer”, para que não interfiram na saúde dos profissionais que lidam dia a dia com essa patologia; trabalhar, tendo como único foco de atuação a paciente, buscando sempre ultrapassar as diferenças profissionais, sem interferir no resultado satisfatório do tratamento.

Portanto, as implicações que o câncer de mama traz para a vida das mulheres, demonstram que tanto o diagnóstico quanto o tratamento e suas seqüelas são muito stressantes para as mesmas, já que a mama é um órgão que remete às representações que simbolizam a feminilidade, estética, sexualidade e sua imagem corporal. A doença provoca, também, alterações no universo biopsicossocial da mulher acometida. A retirada de mama pode ocasionar vários danos e dificuldades; dentre elas, a de reassumir sua vida profissional, social, familiar e sexual.

No próximo capítulo será feita uma abordagem sobre o Projeto Ético Político da Profissão, como também a atuação do Assistente Social na Oncologia fazendo uma análise das entrevistas que foram realizadas durante o projeto de pesquisa, e as demandas e respostas fornecidas por esse profissional no seu cotidiano na área oncológica.

4 O FAZER DO ASSISTENTE SOCIAL ATUANTE NA ÁREA ONCOLÓGICA, ARTICULADO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DA PROFISSÃO

Nesse capítulo, faz-se uma análise em quatro momentos. No primeiro, fala-se do trabalho do(a) assistente social, inserido no projeto ético político da profissão, projeto este que articula o conteúdo e os elementos que o constituem; quais os valores que irão legitimá-lo, sua função social, seus objetivos, as normas que regulamentam a profissão, como também os saberes de intervenção social.

No segundo momento, faz-se uma breve análise do Serviço Social na área da Saúde, com uma abordagem da atuação do trabalho do(a) assistente social na oncologia, que trabalha viabilizando aos pacientes e familiares o acesso às políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia dos direitos sociais e o exercício de cidadania.

Abordar-se-á também o resultado e análises de entrevistas realizadas com duas assistentes sociais que atuam na área oncológica, uma na cidade de Natal e outra em Mossoró, abordando-se o perfil profissional destas, suas atividades e demandas que fazem parte do cotidiano profissional delas em relação ao trabalho desenvolvido junto às pacientes portadoras do câncer de mama. Realizou-se também entrevistas com quinze mulheres portadoras do câncer de mama, fazendo um levantamento do seu perfil familiar, sócio-econômico e cultural, analisando o papel do(a) assistente social na vida dessas mulheres, durante o período do tratamento.

No terceiro momento estuda-se sobre os direitos do paciente oncológico. Isto porque a realidade do portador de doenças malignas é muito complexa, pois o diagnóstico positivo para o câncer altera não apenas o estado físico e psicológico do paciente e da família, mas também a situação financeira. E apesar de se ter assistência do Estado, o tratamento torna-se oneroso para a grande maioria, pois requer medicamentos, suplementos alimentares, exames que o SUS não paga, transporte, próteses de silicone, perucas, dentre outros. É necessário reaprender a viver e conviver com essa inesperada sobrecarga, onde sua vida é readaptada de atividades normais cotidianas, passando a viver em função das transformações físicas, sociais e psicológicas que chegam após o diagnóstico positivo para o câncer.

Dessa forma, o(a) assistente social dispõe de informações sobre os direitos do paciente oncológico, fazendo o papel de mediador e facilitador destes junto a órgãos municipais, estaduais e federais, para agilizar e encaminhar processos e/ou situações/problemas que perpassam pelos mesmos durante o período de tratamento. Na maioria das vezes os pacientes desconhecem os direitos dos quais são possuidores.

Por fim, faz-se uma análise do trabalho do(a) assistente social frente às demandas das portadoras do câncer de mama, à partir do que foi respondido pelas entrevistadas, como também da vivência profissional dessa pesquisadora que atua na área oncológica do Hospital Doutor Luiz Antônio há dez anos.

Nesse último item, evidencia-se o trabalho do(a) assistente social junto às pacientes que recebem o diagnóstico do câncer de mama, as quais expressam o medo da morte e da mutilação. Estes sentimentos acarretam numa série de transformações físicas e emocionais. Dessa forma, ressalta-se a importância do profissional de Serviço Social como forma de interagir junto a mulher portadora do câncer de mama, a adaptar-se melhor à doença e ao tratamento. E o Assistente Social, na relação com a paciente, precisa respeitar as necessidades subjetivas, os valores, os princípios éticos, as crenças e a cultura, precisa saber ouvir a dor, os *stresses* e os sofrimentos que acometem a vida delas nesse momento do tratamento, mantendo a dignidade da paciente a qualquer custo, fazendo sempre uma reflexão do fazer desse profissional que atua na oncologia, não se distanciando dos princípios, diretrizes e caminhos que norteiam a profissão, como também a prática do(a) assistente social.

4.1 TRABALHO PROFISSIONAL E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

O Projeto Ético-Político da Profissão de Serviço Social está vinculado a um projeto de transformação da sociedade, vinculação essa advinda da própria exigência imposta pela dimensão política da intervenção profissional.

A gênese do Projeto Ético-Político aconteceu na segunda metade da década de 1970, avançando nos anos 1980, consolidando-se nos anos 1990 e estando em processo de construção, com fortes tensões pelo neoliberalismo e por uma nova reação conservadora, no seio da profissão, na década atual.

O processo que consolida o Projeto Ético Político pode ser circunscrito à década de 1990, a qual corresponde a maturidade da profissão, por meio de centros de formação e da Pós-Graduação, que a cada dia amplia a produção de conhecimentos entre os estudantes e profissionais de Serviço Social e a organização política da categoria através de ações político-organizativo, através de entidade e fóruns deliberativos como o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

Pensar a dimensão ético-política da prática profissional do Serviço Social na contemporaneidade torna-se, a cada dia, uma necessidade inadiável, sobretudo em tempos de agravamento das expressões da questão social. Inserido num campo de interesses sociais antagônicos, o Serviço Social possui uma clara dimensão política, por estar imbricado com as relações de poder na sociedade, e uma dimensão ética implicada na adoção de princípios e valores humanos para o cotidiano da prática profissional.

Sabe-se que, historicamente, o Serviço Social dispõe de um perfil contraditório, que não é próprio da profissão, mas que é decorrente das relações sociais próprias do capitalismo. Sendo uma profissão de natureza interventiva, possuindo uma determinada instrumentalidade, qual seja a de conhecer, explicar, propor e implementar iniciativas que estivessem voltadas ao enfrentamento das desigualdades sociais.

Segundo Mota “[...]esse conjunto de contradições, relaciona-se com as expressões da questão social e vincula-se diretamente com mecanismos sócio-políticos e institucionais requeridos para seu enfrentamento.”

Nesse campo de enfrentamento da questão social, perpassada por interesses de classe e relações de conflito, colocam-se em curso, na atualidade, duas tendências básicas para o exercício da profissão: a da manutenção do *status quo*, pela incorporação do discurso neoliberal, voltado para a supervalorização do mercado de trabalho protegido, correspondente ao desmonte das políticas públicas, à naturalização da desigualdade social e da refilantropização para o seu enfrentamento; ou a tendência do posicionamento crítico acerca da realidade social, direcionando-se o trabalho profissional por princípios ético-políticos, visando à superação da atual organização societária.

Esta última posição, distanciada de qualquer idealismo utópico, incita os profissionais ao reordenamento da prática profissional na própria dinâmica da vida social, numa relação de continuidade, no sentido de manter os direitos sociais conquistados coletivamente, e de superação progressiva dos limites profissionais e institucionais.

O Serviço Social é constituído como uma profissão

[...] que tem a particularidade de intervir em situações reveladoras das profundas desigualdades sociais geradas pelo próprio capitalismo, mas que, contraditoriamente, por força das tensões e confrontos daqueles que são espoliados, o capital é obrigado a administrá-las para manter sua dominação de classe. (MOTA, 2003, p.10).

Atualmente, o projeto profissional hegemônico no Serviço Social congrega um número significativo de assistentes sociais no Brasil, tendo sido discutido amplamente nas duas últimas décadas. Esse projeto profissional é resultado de um amplo movimento da sociedade civil na luta pela democratização da sociedade brasileira, a partir da crise do regime ditatorial militar, na primeira metade da década de 1980. Nesse contexto, os(as) assistentes sociais posicionaram-se como co-participantes desse processo, construindo-se a base social da reorientação profissional.

No dia-a-dia profissional, as ações favoráveis a interesses sociais distintos e contraditórios, acontecem mediante as demandas sociais de classes, e suas necessidades que chegam diariamente para obter intervenção e respostas do(a) assistente social.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social é claro quanto aos seus compromissos. Como bem ressalta Netto,

[...] tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético e central, a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. (NETTO, 1999, p.104-105).

As diretrizes desse projeto são encontradas no “[...] ‘Código de Ética Profissional do Assistente Social’, de 1993, na ‘Lei da Regulamentação da Profissão de Serviço Social’ e, hoje, na ‘Nova Proposta de Diretrizes Gerais’ para o Curso de Serviço Social”. (IAMAMOTO, 2005.p.50).

O Código de Ética oferece o direcionamento ético-político para o exercício profissional, colocando como valor ético central o compromisso para com a “liberdade”, o que implica autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, repercutindo na realização e nos rumos impostos ao trabalho profissional. Conduzir o trabalho pautando-se na democracia implica igualmente na defesa intransigente dos direitos humanos; e, por conseguinte, a recusa do autoritarismo e do arbítrio. Assumir o compromisso para com a cidadania exige a defesa dos direitos sociais, tanto em sua expressão legal quanto na realidade. Dessa forma, quando os direitos sociais são concretizados, o(a) assistente social contribui para 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.

Tal direcionamento ético-político exige, portanto, um profissional crítico, competente e informado, que rompa com os extremos do teorismo e do pragmatismo, construindo estratégias

técnico-operativas para o exercício da profissão, para que se subordine o ‘como fazer’ ao ‘o que fazer’ e, este, ao ‘dever ser’ ” sem deixar de apreender os processos societários, para que possa intervir eficazmente nos mecanismos de reprodução da questão social.

Em 1990, culmina o Projeto Ético-político da profissão de Serviço Social, que constitui em um conjunto de valores e concepções ético-políticas, que delimita e prioriza objetivos e funções, baliza e direciona o exercício da profissão, a formação acadêmica e suas relações, sendo reconhecido coletivamente pelos profissionais.

A profissão tem crescido nos aspectos teórico, político, ético e profissional ao longo do processo sócio-histórico brasileiro, confirmando que a existência do Serviço Social, apresenta sua gênese nas contradições das relações do capital e reprodução social, tendo sua utilidade social imbricada com a questão social, frente às desigualdades e luta de classes.

Ao longo do desenvolvimento histórico e profissional, a profissão adquiriu a característica de ser interventiva, que possui uma instrumentalidade, que é de “[...] conhecer, propor e implementar iniciativas voltadas ao enfrentamento das desigualdades sociais” (MOTA, 2003, p. 10).

Yolanda Guerra analisa que a instrumentalidade da profissão é sócio-histórica, podendo ser apontada em dois níveis:

- a instrumentalidade face ao projeto burguês que indica o fato da profissão poder ser convertida num instrumento a serviço do projeto reformista burguês, qual seja, o de reproduzir as relações sociais capitalistas;
- a instrumentalidade das respostas profissionais que se expressa nas funções que desempenha na implementação de políticas sociais, no horizonte do exercício profissional vinculado ao cotidiano das classes subalternas, interferindo no contexto social e nas condições objetivas e subjetivas de vida dos sujeitos, marcado pelo cotidiano e pelas necessidades imediatas.

Isto significa dizer que a prática do(a) assistente social contém dimensões política, ética e técnico operativa do cotidiano profissional. Dimensões essas unidas pela fundamentação teórico-metodológica, e vinculadas aos fundamentos que definem a profissão.

Segundo Mota (2003, p. 11) as dimensões presentes na prática profissional do Serviço Social são:

- **política:** encontra-se imbricado nos objetivos e finalidades das ações, principalmente nas possibilidades de interferir nas relações e situações

geradoras das desigualdades e nos mecanismos institucionais voltados para elas;

- **ética:** reclama por princípios e valores humanos, políticos e civilizatórios;
- **técnico-operativa:** consiste na capacidade de articular objetivamente os meios disponíveis e os instrumentos de trabalho para materializar os objetivos com base nos valores.

São dimensões que possuem uma unidade, sustentadas pela teoria vinculada aos fundamentos abraçados pela profissão, quanto ídeo-culturais, que revelam a visão de mundo dos sujeitos profissionais.

O profissional de Serviço Social necessita ter com clareza o que norteia essas dimensões, traduzindo em sua prática com as novas demandas e tendências ao mercado de trabalho, dependerão da realidade objetiva e da capacidade de encarar de forma crítica, novas frentes de intervenção social, fazendo propostas que alertem aos profissionais as desigualdades sociais e no desmonte vivenciado pela sociedade brasileira em termos da submissão que está sendo vivenciada pelos direitos sociais e de políticas públicas.

Nesse sentido, existem duas tendências no exercício profissional, ao que Mota (2003, p. 12) chama de: “[...] a naturalização da ordem vigente e no trato crítico e qualificado das exigências da modernização, pautado num conjunto de princípios éticos e políticos presentes no ideário da construção de uma nova sociedade”.

Na verdade, o(a) assistente social “[...] vende um conjunto de instrumentos técnicos operativos, conhecimentos e habilidades, histórica e socialmente construídos e reconhecidos como sua força de trabalho [...]”. (NICOLAU, 2005, p. 162), visto que o jogo de forças das classes sociais objetivam tanto possibilidades quanto limites à profissão.

Segundo Mota (2003, p. 12), as principais mudanças observadas na profissão de Serviço Social nos últimos anos, foram:

- mudanças no mercado de trabalho: indicador legítimo e necessário que verifica a legitimação social da profissão. Ou seja, o mercado de trabalho aumentou, identificando a importância da profissão e a necessidade e utilidade para a sociedade, a qual não somente necessita como também exige a atuação do Serviço Social;
- condições de trabalho e competências atribuídas: as novas exigências do profissional com mudanças significativas; a migração dos postos de trabalho do setor público para as Organizações Não Governamentais (ONG's) que talvez as privatizações sejam determinantes neste aspecto, pois o setor público vem se tornando escasso; criação de empresas para fundações empresariais; emergência dos serviços voluntários, que passam a requerer alguma

qualificação técnica na elaboração de projetos, trabalhos pelo fato de que com essa qualificação seja mais duradoura;

- as condições de trabalho não diferente das condições de tantos outros profissionais brasileiros. Os(as) assistentes sociais passam por grandes dificuldades, seja na condição de servidores públicos, seja como pessoas que trabalham de forma precarizada, sem segurança de perspectiva futura no que diz respeito à estabilidade funcional, ex: profissionais contratados por projetos, podendo se tornar um instrumento sem qualificação profissional, pois este não tem como fazer proposições, criar os novos modos e meios exigidos pela nova dinâmica do trabalho social;
- baixos salários, inviabilizando a manutenção e atualização dos profissionais (ex: compra de livros, participação em eventos científicos, etc);
- no mundo do trabalho dos(as) assistentes sociais, há uma pressão para a formação deixar de ser crítica e generalista, para adequar-se à cultura pragmática e efêmera da pós-modernidade, restringindo o saber técnico restrito ao “saber-fazer”, à formação de competências específicas e conjuntamente necessária para quem contrata esse profissional Assim dá a idéia de que o(a) assistente social perde a perspectiva da totalidade, deixando de ser analista da realidade.

É preciso que profissionais sejam qualificados na sua dinâmica de trabalho e nas possibilidades reais que se expressam no cotidiano da profissão, comprometidos com o projeto ético-político, visto que na maioria das vezes, os objetivos institucionais, são levados em consideração com maior ênfase, em detrimento do compromisso profissional. A este respeito bem fala Guerra que

[...] é preciso ter paixão pela profissão, operando às vezes uma suposta harmonia entre os interesses antagônicos do capital e do trabalho, onde muitas vezes o Assistente Social acaba se indignando com as barbáries do capitalismo, expressando assim o compromisso desse profissional. Há que canalizá-la, transformá-la em ações efetivas em prol da democratização de bens e serviços sociais. Ter compromisso é um elemento importante, mas há mais que isso, precisa-se ter competência, estabelecendo estratégias sócio-profissionais, sendo estas definidas por medidas que se referem diretamente à profissão e por questões externas. (GUERRA, 1995, p. 14).

Para Netto, (1999, p. 95), o Projeto Ético-Político do serviço social pode ser definido da seguinte forma:

[...] os programas profissionais (inclusive o Projeto Ético do Serviço Social) apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos teóricos, institucionais e práticos para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua

relação com os usuários e seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...].

Dessa forma, o Projeto Ético-Político articula, em seu conteúdo, os elementos que o constituem, os valores que irão legitimá-lo, sua função social, os seus objetivos, os conhecimentos da teoria e da prática, as normas que regulamentam a profissão, assim como os saberes de intervenção social. O projeto pode concretizar-se em nossas próprias ações do cotidiano profissional, necessitando, dessa forma, de três dimensões que se articulam entre si:

- a) dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social;
- b) dimensão político-organizativa da categoria;
- c) dimensão jurídico-política da profissão, compondo o corpo material do Projeto Ético Político da profissão de Serviço Social, devendo ser compreendido como uma construção coletiva que tem direção social, envolvendo valores, compromissos sociais e princípios éticos.

É necessário refletir sobre as dificuldades de materialização do Projeto-Ético Político da profissão no momento de conjuntura em que o sistema do capital se apropria das lutas e reivindicações históricas sob sua direção, ou seja, materializar colocando em prática o que está escrito no projeto, garantindo princípios como a liberdade. Num momento em que a atual conjuntura conduz ao contrário que é a descentralização de minimização das funções do Estado, (principal empregador dos(as) assistentes sociais no mercado de trabalho), de enxugamento nos financiamentos de políticas públicas (enfraquecendo os mecanismos de participação dos trabalhadores) e colocando as reivindicações históricas na direção dos interesses do capital. A formação do(a) assistente social existe no movimento das relações que marcam uma totalidade social, processo esse que se realiza segundo as condições concretas dessa totalidade, em um dado momento histórico como também dos sujeitos que constroem suas teorias inseridos nesse contexto.

O processo de formação do profissional de Serviço Social supõe a transmissão de teorias que encaminham a compreensão, a explicação e a interpretação de objetos como próprios desse exercício profissional. Como bem fala Nicolau: “o exercício profissional tem na prática seu espaço privilegiado, em que o indivíduo busca apoio em teorias, articulando conhecimentos sistematizados e teorias do senso comum que lhes permitem atribuir sentido a essa prática e a seus objetos” (NICOLAU, 2005, p. 119).

Considerando as modificações verificadas no mercado de trabalho do(a) assistente social que, de acordo com Mota, caracteriza-se na “[...] migração dos postos de trabalho do setor público para as organizações não-governamentais, das empresas para as fundações empresariais [...]” (MOTA, 2003.p.13), num contexto em que predomina o Projeto Privatista, e traz para o interior das instituições públicas a lógica da gestão empresarial, de otimização de recursos e flexibilização das relações de trabalho, questiona-se como consolidar o Projeto Ético-político do Serviço Social em um contexto tão adverso.

Nessa perspectiva, podemos tomar como objeto de análise a oncologia, campo de trabalho do(a) assistente social que cresce a cada dia, tendo em vista o aumento substancial da demanda, principalmente de instituições filantrópicas, em sua maioria conveniadas ao Sistema Único de Saúde.

Nessas instituições, o(a) assistente social desempenha importante trabalho na prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente portador de neoplasia, desenvolvendo ações junto à equipe multiprofissional (psicólogos, enfermeiros, médicos, nutricionistas, técnicos, entre outros) de forma a enfrentar, principalmente, as implicações da patologia nas diversas dimensões da vida do usuário, sejam elas no campo do trabalho, familiar, da sexualidade, entre outros.

Todos esses aspectos exigem do profissional de Serviço Social ações de caráter individual, intervindo em questões emergentes, como benefícios previdenciários e trabalhistas, entre outros, e ações em grupo, junto à família e aos usuários, na perspectiva de viabilizar o acesso destes às políticas sociais institucionais e públicas, garantindo direitos sociais e o exercício da cidadania.

Entretanto, é recorrente a precarização das condições de atendimento e trabalho de Instituições voltadas ao atendimento de pessoas portadoras de câncer, tendo em vista o aumento significativo da demanda e a racionalização progressiva dos recursos governamentais para esse fim.

Um dos setores que mais sofre os impactos de tais limitações orçamentárias é o de serviço social, que, além de possuir um número limitado de profissionais no quadro, tem de assumir uma postura fiscalizadora, ao incorporar a triagem do perfil sócio-econômico dos usuários, selecionando os mais vulneráveis entre os vulneráveis, limitando o atendimento devido à insuficiência de equipamentos sociais para o atendimento dos usuários (leitos, aparelhos, profissionais, entre outros).

Diante desta realidade, torna-se imprescindível uma postura política e ética do profissional de Serviço Social, de forma a garantir melhores condições de trabalho, buscando dar respostas

qualificadas aos usuários e garantindo a real universalidade no acesso dos mesmos aos serviços oferecidos pela unidade de saúde e demais Instituições, posicionando-se em favor da equidade.

Tal posicionamento não é fácil, mas pode e deve ser incorporado na prática profissional, assumindo posturas como:

1. Aproximar-se das condições de vida dos usuários atendidos a fim de captar seus interesses e necessidades. Para isso apresenta-se como de fundamental importância à incorporação da pesquisa como atividade constitutiva do trabalho do assistente social, para que, respaldado em dados e estatísticas (em nível local e regional), tenha aumentada capacidade de negociação entre o profissional e a Instituição, na defesa dos direitos dos usuários;
2. Priorizar na qualidade do atendimento e a universalidade do acesso do usuário, rompendo, tanto quanto possível, com critérios rigorosos de seletividade;
3. Priorizar pela humanização do atendimento;
4. Atuar como “educador político” no trabalho em grupos de apoio de usuários e contribuir com a ampliação progressiva dos espaços públicos, utilizando os conselhos de saúde como canal de controle social;
5. Articular com o movimento de outras categorias profissionais que partilhem dos mesmos princípios do Projeto Ético-político do Serviço Social.

Por fim, salienta-se que não existem fórmulas para a construção objetiva de um projeto democrático e sua defesa e que essa luta não é exclusividade do serviço social. Entretanto, como coloca Mota (2003, p.14), “É preciso ousar intelectual e politicamente com os meios de que dispomos”, tendo a clareza de que o(a) assistente social, enquanto profissional que atua diretamente nos mecanismos de produção da questão social, deve assumir o desafio de enfrentar e superar, dia-a-dia, as desigualdades sociais.

O Serviço Social é constituído como uma profissão “[...] que tem a particularidade de intervir em situações reveladoras das profundas desigualdades sociais geradas pelo próprio capitalismo, mas que, contraditoriamente, por força das tensões e confrontos daqueles que são espoliados, onde o capital é obrigado a administrá-las para manter sua dominação de classe”. (MOTA, 2003, p.10)

Dessa forma, pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer que estejamos com os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo, buscando participar de sua recriação,

pelo seu desenvolvimento pautado em um trabalho baseado na defesa da universalidade dos serviços existentes, como também na atualização dos compromissos do profissional com o projeto ético-político com os interesses da população que busca resposta no trabalho do(a) assistente social.

É necessário também, alargar os horizontes com o olhar voltado com maior ênfase e compromisso para o movimento das classes sociais e do Estado em suas relações com a sociedade, buscando dessa forma o(a) assistente social ter como um dos maiores desafios para a sua prática cotidiana, o que Iamamoto fala “viver no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, à partir de demandas emergentes no cotidiano, sendo um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 2005, p. 20).

No próximo item, abordar-se-á o cotidiano do(a) assistente social na oncologia, analisando suas áreas de atuação no dia-a-dia desse profissional.

4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ONCOLOGIA

Esse sub-capítulo terá, num primeiro momento uma breve abordagem do Serviço Social na Saúde; e, em seguida na atuação desse profissional na Oncologia.

O exercício da profissão de Serviço Social está regulamentado pela Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993, que destaca as competências e atribuições privativas do Assistente Social nos seus artigos 4º e 5º, e pelo Código de Ética do Assistente Social, de 1993.

O Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930, resguardando influência européia, que foi substituída pela norte-americana no que se refere aos fundamentos teóricos da formação profissional.

A priori, a área da saúde não abrangeu muito estes profissionais. A demanda passou a surgir principalmente no contexto do pós Segunda Guerra Mundial, pois o capitalismo estava se intensificando, e o mundo passava por mudanças, necessitando, portanto, de intervenções na nova demanda existente. Uma das causas que justifica esse fato é o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 o qual, afirma: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Portanto, nesse contexto,

também são englobados aspectos sociais. Assim, além dos profissionais característicos desse setor (médicos e enfermeiros) é reforçada a necessidade do(a) assistente social na saúde.

Em meados da década de 1940, o(a) assistente social passou a trabalhar na mediação das relações entre os usuários e as instituições de saúde, porque nesse período a saúde ainda estava relacionada à previdência. Logo, o acesso da população aos serviços de saúde não ocorria de maneira igualitária e universal.

O profissional do Serviço Social passou num primeiro momento, a atuar em hospitais e laboratórios, desenvolvendo atividades relacionadas à triagem, ao plantão, a encaminhamentos, e a orientações, entre outros. A introdução de suas funções em Centros de Saúde só foi possível a partir de 1975, pois anteriormente os Centros de Saúde só abrangiam médicos, enfermeiros e as visitadoras que desenvolviam um trabalho de caráter caritativo, assistencialista, muitas vezes mascarando o trabalho do(a) assistente social.

A profissão do Serviço Social desde o seu surgimento até a década de 1960, possuía características conservadoras, que dominavam desde o conhecimento adquirido na academia até o trabalho do profissional. Porém, com o Golpe Militar de 1964 houve uma paralisação nas críticas ao conservadorismo em que alguns assistentes sociais passaram a questionar o caráter conservador da profissão.

Na década de 1980, ocorreram avanços significativos no setor de saúde, devido à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, pela qual foram aprovadas as proposta da Reforma Sanitária, e por meio da discussão de seus eixos Saúde, como direito de cidadania, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial proporcionou uma mudança da Constituição Federal. Foram ampliados os debates sobre políticas sociais no setor da saúde, baseadas no marxismo; e o Serviço Social tradicional passou a ser revisto e debatido internamente, sendo questionado acerca do novo rumo que a profissão seguiria.

Nos anos 1990, o Serviço Social na área da saúde ainda não estava articulado ao movimento da Reforma Sanitária. E, nessa década, o projeto político-econômico neoliberal introduzido no Brasil isentou o Estado de responsabilidades no setor social, adotando um “caráter mínimo”, inviabilizando o trabalho do Serviço Social, uma vez que contradizia com o projeto profissional hegemônico da profissão.

Assim, os recursos tornaram-se cada vez mais escassos e a desigualdade prevaleceu entre os indivíduos. Ao Estado coube apenas garantir o mínimo àqueles que não poderiam pagar pelos serviços de saúde.

Nesse período, os dois projetos que estavam em disputa na área da saúde eram o Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária, apresentaram características bastante diferenciadas. O primeiro pregava o assistencialismo, o favor, a seleção sócio-econômica dos usuários e domínio de práticas individuais. Já a Reforma Sanitária, busca o acesso da população aos serviços de saúde, à informação, à participação e à interdisciplinaridade.

Bravo toma como referencial Matos para discutir sobre a primeira das três dimensões da profissão, a acadêmica. Observa-se que quando a saúde é debatida no âmbito do Serviço Social, ela acompanha-se do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político desta profissão. Porém, unir esses dois projetos no cotidiano profissional é ainda uma grande dificuldade enfrentada.

A segunda dimensão refere-se ao aspecto político sendo a discussão de Souza tomada como base. De acordo com sua pesquisa, Souza concluiu que há uma preocupação por parte dos Assistentes Sociais com o controle social da política de saúde. Entretanto, há poucos profissionais envolvidos na assessoria aos conselhos e pouca participação destes. O CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) reafirma a importância das políticas públicas e luta pelo fortalecimento dessas, entretanto, esta luta nos espaços de controle social não foram incluídas no espaço profissional do(a) assistente social.

No governo Lula, a saúde foi tida como condição essencial para o bem-estar da população. Nesse período, foi ampliado o atendimento do SUS, no que se refere à atenção básica e ao controle das endemias, e seus princípios como universalidade e equidade foram caracterizados como prioridade. No entanto, ao analisar a realidade, observa-se que muita coisa não foi modificada do período anterior. As políticas sociais foram fragmentadas, e a postura neoliberal permaneceu, bem como os dois projetos existentes, a Reforma Sanitária e o Privatista continuaram em disputa. O governo num primeiro instante adotou os objetivos do primeiro projeto, mas também mostrou características do segundo.

Como objetiva o SUS, o profissional da saúde deve ter uma visão generalista das situações. No caso do Serviço Social, deve articular os princípios dos projetos que são referências a Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político da Profissão, para que as respostas aos usuários sejam dadas, e buscar as alternativas cabíveis em cada caso.

Para tanto exemplificar todo o exposto, Bravo toma como referência princípios fundamentais do nosso Código de Ética do Assistente Social:

- defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

- posicionamento em favor da equidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, vê-se que é:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e a dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

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

Esse trabalho realiza-se de forma parcial, e seu desdobramento irá depender do nível de resolutividade de outras unidades de saúde, da ação de outros profissionais, dos recursos financeiros, dentre outros fatores. Portanto, a dinâmica do trabalho coletivo na área da saúde só pode ser analisada levando-se em conta as condições históricas a partir das quais realiza-se a saúde pública

no Brasil, o perfil tecnológico, organizacional e político do sistema e a forma como se entrecruza o processo de cooperação vertical e horizontal.

Portanto, o trabalho do(a) assistente social na área da saúde está intrinsecamente relacionado às condições históricas a partir das quais desenvolve-se a política de saúde, a dinâmica do trabalho coletivo e ao que José Paulo chama de “corpus teórico e prático da profissão” (NETTO, 1996, p.86), que se constitui no complexo teórico, prático e político. Somente é possível pensar o trabalho do Assistente Social na saúde, levando-se em consideração as três dimensões que constituem esse complexo.

Na divisão sócio-técnica do trabalho em saúde o Serviço Social, emergiu como profissão paramédica, ou seja, subsidiária da ação médica, num contexto de ascensão do saber clínico e do hospital contemporâneo, momento esse em que o hospital voltava-se para a cura, que passa a valorizar o meio como elemento fundamental da terapêutica, constituindo-se assim o que chama de “saber médico disciplinador” (ANTUNES, 1991, p.156).

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

É importante ressaltar que Costa (2000) evidencia que a discussão do trabalho do(a) assistente social na área de saúde, para a importância do papel desse profissional como agente de integração, ou elo orgânico entre os vários níveis da situação-problema que o mesmo apresenta. É preciso enfatizar o papel do(a) assistente social na constituição do paciente como indivíduo que vive o processo de doença, ao ter acesso aos serviços de saúde, entre um ser político, que possui direitos, e o seu corpo doente; e ainda refletir até que ponto o fazer cotidiano do Serviço Social corrobora com o que Antunes chama de “suspensão do exercício pleno da cidadania” do indivíduo doente, analisando como esse profissional se posiciona frente à realidade de um usuário que busca os seus serviços, na tentativa de obter uma resposta humanizada no campo da saúde.

Diante dessa breve trajetória do(a) assistente social no campo da saúde, analisa-se o cotidiano desse profissional na oncologia.

A cada dia, forma-se a importância da equipe multidisciplinar no atendimento ao paciente oncológico, tendo como objetivo principal beneficiá-lo quanto à encaminhamentos, orientações e tratamento na busca do resultado positivo para o tratamento do câncer. E o(a) assistente social, inserido nessa equipe, abrange as esferas social, econômica, educativa e reabilitacional. Seu campo

de atuação implica um contato íntimo com o paciente e sua família, sendo esse profissional determinante para o sucesso no tratamento do câncer.

O câncer é uma patologia que traz implicações de vários tipos para quem vive a experiência dessa enfermidade, podendo determinar uma série de limitações, dificuldades, ameaças à vida do ponto de vista social do portador. Limitações estas, como a exclusão do mundo do trabalho, a possibilidade de dependência de familiares para locomoção, o comprometimento da atividade na vida sexual, a perda de valores que antes faziam parte da vida e depois da doença já não faziam mais. Estas são apenas algumas das situações vivenciadas pelos portadores dessa patologia. E nesse momento de enfrentamento, o papel do(a) assistente social é de grande importância no que diz respeito à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do paciente oncológico. Pois, no cotidiano, o câncer envolve a questão biomédica da doença, como também os aspectos sociais, econômicos, trabalhistas e psicológicos, envolvendo toda a rede de relacionamentos. Segundo Pimenta (1993) [...] a questão biomédica da doença não é isolada do indivíduo portador de câncer, mas de toda a rede de relacionamentos, principalmente a família.

A atuação do(a) assistente social na Oncologia trabalha viabilizando aos pacientes e familiares, o acesso às políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia dos direitos sociais e o exercício de cidadania. Na oncologia, a prática do(a) assistente social assume em algumas dimensões:

Na atuação no Ambulatório, o(a) assistente social propõe uma intervenção profissional; e orientada no acolhimento ao paciente, contribuindo para a construção de uma análise reflexiva sobre sua trajetória, tanto do ponto de vista das dificuldades de acesso aos serviços de saúde quanto ao caráter estigmatizador da doença. Na visão de Bertani (1993, p.41), “O serviço social na atuação ambulatorial, deve relacionar os fundamentos teóricos da profissão com as metas da prática, a estrutura administrativa da instituição, o trabalho interdisciplinar e os contatos com a comunidade”. O profissional precisa estar atualizado com o projeto ético-político da profissão, preparando-se para dar respostas significativas às demandas provenientes da instituição e da população usuária. No ambulatório, o profissional vivencia diariamente situações que objetivam investigar situações de âmbito cultural, ambiental, social, pessoal, psicológica e financeira do paciente, na tentativa de identificar os problemas potenciais que podem vir a interromper o tratamento. E sua função ainda é reportar à equipe, por meio de um planejamento de intervenções que torne o tratamento e a recuperação viáveis ao paciente, na tentativa de dar uma assistência que vise ao conforto físico,

emocional, e à vida social mais próxima do que chamamos de normalidade, dadas às condições impostas pela doença.

São atividades rotineiras do ambulatório para o(a) assistente social que atua na oncologia:

- orientar e informar ao paciente e aos seus familiares sobre a Instituição e seus recursos; e, nesse momento, passar com muita clareza o sistema de saúde que rege a Instituição, os limites administrativos e as normas internas de atendimento;
- encaminhar o paciente para exames, esclarecendo onde autorizá-los, informando ao usuário que ele é um sujeito de direitos, e que pelo fato de ser atendido pelo SUS, ele está acobertado por uma lei que lhe garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado;
- efetuar contato com serviços de transporte, enviando declarações para prefeituras/secretarias municipais de saúde, enfatizando a presença desse usuário ao tratamento;
- orientar sobre internação e informar aos familiares as normas de acompanhamento, de vestuário e de conduta pessoal;
- orientar e encaminhar para recursos previdenciários, pois o paciente portador de câncer, após o diagnóstico confirmado, passa a ter direitos sociais, como Auxílio-doença, dentre outros que serão abordados no próximo item;
- efetuar contato com a família, tanto a pedido médico quanto da equipe, porque, em alguns casos, os familiares transferem a responsabilidade de cuidador para o hospital, acontecendo o abandono familiar. E o assistente social, nesse momento, utiliza-se de instrumentais de atuação para o resgate dessa família;
- encaminhar para outras instituições pacientes que venha a apresentar alguma demanda após o diagnóstico do câncer, e desencadeia processos de fragilidade emocional, o Hospital Doutor Luiz Antônio não dispõe desse profissional;
- elaborar relatório social; visto que existem alguns pacientes que necessitam transferir-se da cidade, então o médico faz o relatório que lhe compete, e o(a) assistente social informa a situação sócio-econômica do mesmo, para que não haja descontinuidade no tratamento;
- liberar medicação para combater a dor após o médico encaminhar o usuário ao Serviço Social, quando então o(a) assistente social por meio de preenchimento da entrevista

social em anexo, e diante da situação sócio-econômica do paciente, liberar a medicação para o alívio da dor;

- liberar refeição para o acompanhante após entrevista social, liberando a refeição dentro dos critérios da lei municipal que ampara o idoso, ou seja, pacientes a partir de 60 anos têm direito à liberação da refeição do acompanhante; e se for menor até 18 anos, também faz-se o mesmo procedimento. Existem casos que não estão dentro da lei, mas por meio da avaliação social, utilizamos do mesmo procedimento de liberação;
- realizar trabalho integrado com a equipe multidisciplinar, para o andamento do tratamento, de forma que as situações de caráter médico, psicológico, social, nutricional, dentre outros, sejam conduzidas em parceria;
- fazer anotações em livro de registro diariamente, para o controle das ocorrências;
- trabalhar junto ao Hemonorte na captação de sangue, para garantir a tranquilidade de estoque de sangue para cirurgias realizadas no hospital, já que na sua grande maioria são cirurgias de grande porte, não podendo haver falta de sangue;
- fornecer declarações aos pacientes, para prefeituras e secretarias de saúde, informando a data de retorno dos mesmos, para não haver descontinuidade de tratamento por falta de uma remoção, já que há muitas dificuldades com pacientes de interior do Estado, devido pouca estrutura de ambulâncias nas cidades, podendo comprometer a continuidade do tratamento; declarações para o “Programa do Leite”, informar aos distritos, municípios e postos de saúde, a necessidade que os mesmos têm de reforçar a sua alimentação nesse período do tratamento; declarações de comparecimento para acompanhantes, quando alguns familiares necessitam vir ao hospital e precisam justificar em seus empregos que estavam acompanhando seu familiar; declarações para aquisição do CPF, pois o SUS só autoriza tratar-se na oncologia se o paciente estiver munido desse documento, então encaminha ao Banco do Brasil, à Receita Federal ou à Central do Cidadão, para aquisição do CPF sem nenhum custo para o paciente;
- encaminhar para recebimento de próteses e órteses, pois na oncologia existem muitas cirurgias mutiladoras; são exemplos de prótese: mama, perna, braço, ostomias, e o usuário passa por um processo de mudança interior, em reencontrar novas formas de viver sem aquele órgão. Daí então o assistente social faz os devidos encaminhamentos para os órgãos competentes, que muitas vezes não dispõem de um atendimento rápido, devido às dificuldades apresentadas pelo SUS.

Muitas vezes, no ambulatório, o(a) assistente social assume o papel de intérprete da equipe junto ao paciente e seus familiares, talvez por encontrar-se o dia todo no hospital, ou mesmo pela questão das afinidades que acontecem entre esse profissional e o paciente. De início, pensa-se que essa é uma ação imediatista e realmente é, mas é preciso ter cuidado em solucionar as demandas emergenciais, não deixando que se torne finalidade única da atuação do(a) assistente social. Cabe a esse profissional extrapolar o imediatismo, dando início ao processo de participação do paciente e da família no percurso do seu diagnóstico e tratamento do câncer, devendo propiciar a eles o desenvolvimento do processo reflexivo, e aprender a reconhecer e lidar com seus próprios potenciais frente à doença.

É preciso que o profissional garanta a identidade do paciente enquanto sujeito do seu projeto de vida. Mas, muitas vezes, o que acontece é que a vida do paciente passa a ser direcionada e regida pela família, que o impede de conhecer verdadeiramente o seu diagnóstico e tomar decisões frente ao que está acontecendo. Acontece que também a equipe de saúde, às vezes, arvora o não esclarecimento do que está planejado quanto ao tratamento daquele paciente, fazendo pré-julgamentos de que a família e o doente são incapazes de compreender o que está proposto pela equipe. Dessa forma, o(a) assistente social precisa intervir, objetivando a garantia da participação do portador de neoplasia, sendo assegurado o respeito pelo paciente enquanto cidadão que está vivenciando um momento adverso na sua vida, mas que dentro dos princípios que regem a Lei 8.080 de 1990 sendo ele visto no contexto da Universalidade, Equidade e Integralidade no tratamento oncológico.

Quanto à atuação nas Enfermarias, o Serviço Social complementa o trabalho já iniciado no ambulatório, objetivando assim dar continuidade ao vínculo que ficou estabelecido no contato inicial. Essa atuação do(a) assistente social identifica e intervém nas situações que emergem durante o período de internação, de forma a contribuir para a realização do trabalho em equipe, como também para o tratamento médico.

Para atuar no atendimento às enfermarias, o profissional necessita ter noções gerais sobre a clínica, o diagnóstico e os tratamentos coadjuvantes a fim de intervir na problemática psicossocial, tendo as seguintes atribuições:

- realizar a entrevista social, pela qual são levantadas questões previdenciárias, domiciliares, moradia, estrutura familiar, estado de ânimo para enfrentamento da

doença, necessidade de acompanhante durante a internação, enfrentamento aos tratamentos; e o(a) assistente social necessita ser conhecedor das Leis, do ECA, do Estatuto do Idoso, dentre outros, para ser um facilitador desse momento;

- visitar os pacientes leito a leito, diariamente, tendo assim o acompanhamento diário do estado de saúde e das situações sociais nas quais os pacientes se inserem naquele momento;
- acompanhar o horário da visita familiar, para averiguar situações emergentes que possam vir a acontecer, visto que muitas vezes, os familiares trazem para o paciente internado, os problemas que estão acontecendo nas suas residências. E o(a) assistente social necessita ficar atento a essas situações, para não haver dano ao estado emocional na saúde;
- possibilitar e/ou facilitar o contato entre a equipe médica e os familiares, porque algumas vezes o médico procura. O(a) assistente social, a fim de conversar com a família sobre alguma situação nova que esteja ocorrendo, entrando esse profissional como mediador nesse momento;
- registrar intervenções do Serviço Social nos prontuários, para que dessa forma, deixando a subjetividade da nossa profissão um pouco de lado, documentando por meio de registros;
- esclarecer à equipe os aspectos sociais, econômicos e familiares que envolvem aquela internação, pois quase sempre, o paciente está internado, e os problemas familiares que o afligem são desconhecidos pela equipe. Assim, o(a) assistente social, por ter o contato direto e diário, a essa percepção de fatores que precisam ser reportados aos profissionais, para o bom andamento do tratamento;
- agilizar altas sociais; diante do grande número de pacientes que temos, é preciso que quando o médico ao informar alta hospitalar, o(a) assistente social, possa ser ágil no contacto com os familiares, para que os outros que estão de cirurgia marcada, possam ser internados. Nesse momento, o papel do assistente social é fundamental, pois existem situações que os familiares que moram no interior do Estado têm dificuldade em acessar Prefeituras/Secretarias de Saúde, e nós temos que realizar esses contatos;
- refletir de forma sistemática sobre o processo de adoecimento e formas objetivas (direitos) e subjetivas (dor, sofrimento) para o enfrentamento deste processo;

- comemorar as datas festivas do ano, exemplo: São João, Natal e mensalmente festejar o aniversário dos internos. Dessas atuações, despertou a(o) assistente social sua função para o resgate à cidadania, já que nem sempre, o paciente sabe que aquele mês é o seu aniversário, Então o profissional tenta mostrar para eles que, mesmos estando doentes, estão vivos e são portadores de direitos; inclusive a alegrarem-se no ambiente hospitalar, que é tão hostil, mas que pode ter alguns momentos de confraternização entre a equipe e os internados;
- marcar exames dos internados. Nesta função o(a) assistente social necessita ser conhecedor dos exames que são autorizados pelos SUS, e muitas vezes defronta-se com uma difícil realidade de uma marcação em um tempo distante; como por exemplo, uma tomografia passa em média 04 meses para ser autorizada, e um paciente oncológico não tem “tempo” a perder, mas, sim, ele precisa ganhar esse tempo para estadiamento e esclarecimento do diagnóstico. Então o(a) assistente social é um mediador/articulador nessas situações, que são constrangedoras;
- agendar e controlar a internação de pacientes que precisam realizar tratamento de quimioterapia e radioterapia. Esse é um momento de desafio e dificuldades para esse profissional, por não haver número suficiente de leitos, face a uma grande demanda de pacientes. Nesse momento, o(a) assistente social enfrenta uma situação de “impotência profissional”, que consiste num quadro de escassez de leitos, que extrapola o conhecimento e a autonomia profissional.

Dessa forma, a atuação do(a) assistente social é fundamental para que não haja descontinuidade no tratamento, havendo uma interlocução do atendimento que foi feito no ambulatório com o processo de internação, não perdendo de vista o compromisso profissional, mas sabendo das limitações que perpassam as normas e situações do dia a dia institucional.

A atuação nos Grupos de Apoio é um procedimento muito utilizado pelo profissional de serviço social na área oncológica, pois visa por meio de experiências vividas, capacitar indivíduos a melhorar seu relacionamento social e ter um melhor enfrentamento aos seus problemas pessoais, grupais e comunitários. O cotidiano do(a) assistente social junto aos grupos de apoio tem as seguintes atuações:

- orientar os participantes dos grupos de apoio e familiares dos pacientes quanto aos direitos e deveres assistenciais e previdenciários, sendo um momento de reunião na qual o(a) assistente social tem seu momento de fazer explanação com palestras educativas, orientando as pessoas envolvidas e fazendo os encaminhamentos necessários;
- assessorar na elaboração de programas e projetos para o desenvolvimento dos trabalhos, tendo uma ação de planejamento junto aos coordenadores dos grupos de apoio existentes no Hospital Dr. Luiz Antônio;
- realizar trabalho de ouvidoria com familiares que acompanham os pacientes na ida aos grupos de apoio e sentem necessidade de esclarecimentos quanto aos direitos e benefícios sociais e previdenciários;
- facilitar o acesso à aquisição das próteses e órteses, através de encaminhamento e declarações fornecidas aos órgãos responsáveis pela liberação dos mesmos;
- facilitar o acesso à aquisição de perucas para pacientes que fizeram tratamento de quimioterapia, e não aceitam estar sem cabelos. Então o(a) assistente social faz o contato com salões de beleza ou mesmos ex-pacientes que já passaram pelos mesmos problemas e solicitamos a doação de perucas;
- trabalhar com os participantes o processo de mutilação, no que diz respeito aos problemas sociais e econômicos, vendo a questão da reabilitação profissional das suas atividades laborativas, como também a questão financeira nesse novo momento da vida, pois requer algumas despesas extras que antes não existiam como: medicamentos, alimentação especial, transportes e exames. O(a) assistente social busca junto às participantes, introduzir oficinas de trabalhos manuais em parceria com Instituições do Governo/Município, como Senac, Sesc, dentre outras, para que as mesmas tenham como obter uma nova fonte de renda.

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

O Atendimento na Radioterapia traduz ao paciente um tratamento radioterápico é prolongado e ininterrupto, exigindo do paciente remoções diárias ao hospital, tornando-se, dessa

forma, oneroso para o mesmo e seus familiares. Já o **tratamento quimioterápico**, não é diário, mas também é prolongado, durando um período de até oito meses. E nesse percurso, o assistente social tem as seguintes intervenções:

- agilizar o transporte para a remoção diariamente. Se o paciente for de Natal, providencia junto à Secretaria de Transportes Urbanos (STTU), a carteira de gratuidade, o que garante que paciente não falte ao tratamento por falta de locomoção;
- agilizar o transporte para a remoção diariamente de pacientes vindos do interior do Estado, por meio de declarações fornecidas para as prefeituras/secretarias, para não haver perda na continuidade no tratamento;
- agilizar albergamento para pacientes que necessitam comparecer ao tratamento diariamente, e moram em cidades distantes de Natal, como: Mossoró, Pau dos Ferros, dentre outras;
- mediar junto à Secretaria Estadual de Saúde remoções para “Tratamento Fora de Domicílio” (TFD), se for o caso de o paciente necessitar realizar algum procedimento fora de Natal;
- mediar junto à equipe multidisciplinar situações que o assistente social perceba a partir da entrevista social, como falta de recursos para compra de alimento, compra de medicamento, e rejeição familiar. O(a) assistente social encaminha para os profissionais competentes na área, para possíveis soluções;
- encaminhar os pacientes que sofrem mutilação para instituições que dão suporte pós cirurgia: é o caso dos ostomizados, que tem um suporte no Hospital Onofre Lopes;
- liberar medicações para pacientes que estão com dor durante o tratamento de quimioterapia e radioterapia, conseguindo montar uma estrutura chamada “Clínica da Dor”, que é administrada por um médico oncologista e um farmacêutico, e a liberação é dada após a entrevista do(a) assistente social.

O acompanhamento do(a) assistente social no momento da radioterapia e quimioterapia é de fundamental importância, pois são os profissionais da “porta de entrada” para norteá-los nesse mundo novo, onde muitas vezes eles não têm o esclarecimento real do tratamento, criam tabus e preconceitos junto aos médicos com medo de fazer questionamentos. Cabe ao assistente social a competência de educador nos processos de trabalho, desmistificando esses mitos postos pelos

próprios pacientes junto a equipe médica, tentando estabelecer uma relação de confiança entre os mesmos, pois é preciso termos cuidado de não assumirmos papéis que não são os nossos, relembando o processo ético-político que norteia nossa profissão.

Diante desses campos de atuação do(a) assistente social na oncologia, elenca-se os instrumentos de ação que permeiam o dia a dia desse profissional.

A Entrevista Social, que é utilizada pelo profissional independente da abordagem que será utilizada é o instrumental que norteia o(a) assistente social a ter uma visão sócio-econômica-cultural do paciente. A intenção da entrevista é garantir o registro do caso, e a partir daí, proceder com os encaminhamentos dos dados que foram expostos, pois é preciso o(a) assistente social ater-se na forma de redigir o que ouve, analisando tudo o que se viu e ouviu, utilizando-se assim do seu conhecimento teórico para decidir a intervenção que será abordada.

Outro instrumento de ação para o cotidiano do(a) assistente social na oncologia, é o encaminhamento, sendo preciso conhecer o paciente e suas necessidades, conhecendo as regras e normas das outras instituições bem como as limitações pessoais, profissionais e do paciente. Nesse momento, é preciso informar com clareza ao paciente e aos familiares as dificuldades que os órgãos gestores da saúde, previdência e assistência possuem, pois nem todo encaminhamento realizado é prontamente atendido. Às vezes, pela forma de encaminhar, pela falta de conhecimento de quem encaminha ao serviço que recebe o paciente como também pela falta de recursos de alguns órgãos estaduais e municipais para atender os problemas que chegam a esses outros órgãos.

As ações de planejamento e de pesquisa também norteiam o trabalho na oncologia, pois o(a) assistente social precisa participar de decisões na Instituição, no que diz respeito à qualidade do tratamento proposto, visando aos efeitos sociais pelos quais esses irão passar, considerando sempre seu referencial teórico, a conjuntura vivenciada e as demandas que chegam até sua área de competência.

O registro da prática profissional é de suma importância. Registrar a ação é documentar a prática, é deixar escrito o que se pretende fazer, o que está sendo realizado e como está sendo feito pelo Serviço Social naquela instituição; objetivando, dessa forma, permitir a análise da intervenção do(a) assistente social e o acompanhamento do caso pelo mesmo profissional ou outro da mesma área. No prontuário do paciente, existe um espaço para os profissionais escreverem o que foi realizado. E o(a) assistente social relata o seu atendimento, para que, juntamente com o relato dos demais profissionais das diversas áreas envolvidas, possa permitir uma visão mais global do paciente.

A União Internacional Contra o Câncer (UICC) tem como incentivo e proposta a filosofia de que o sucesso para o tratamento oncológico depende também do atendimento global a esse paciente. Desta forma é reconhecida a importância da visão que o profissional de Serviço Social deve ter do seu espaço dentro da instituição e da equipe, podendo dessa forma, interpretar os fatores sociais, políticos e econômicos que permeiam a realidade dos pacientes e de seus familiares, orientando-os a um tratamento global nos aspectos biopsicossociais, tendo a clareza do seu papel, dos seus objetivos, funções e atividades, valorizando sua prática e conquistando seu espaço na equipe multidisciplinar.

No próximo item, analisa-se o resultado de duas entrevistas realizadas com assistentes sociais da área oncológica, as quais foram denominadas de **Amizade** e **Alegria**. Uma trabalha em Natal, e a outra, na cidade de Mossoró/RN. Nas entrevistas, buscou-se evidenciar a prática dessas profissionais no cotidiano profissional, junto a pacientes portadores de neoplasia.

4.2.1 Perfil das Assistentes Sociais

Neste sub-item, enfatizam-se informações sobre o perfil profissional de duas assistentes sociais da área oncológica, que foram entrevistadas durante esse trabalho de dissertação de mestrado, sendo denominadas de Amizade e Alegria.

As profissionais estão na faixa etária de 31 e 40 anos, atuam em instituição oncológica, sendo uma da cidade de Natal e outra de Mossoró, e que no período de conclusão de curso que tiveram acesso aos debates contemporâneos da profissão, sendo essa informação importante para o decorrer das discussões que se enfatiza sobre as demandas e respostas do(a) assistente social junto à paciente portadora do câncer de mama.

Analisa-se a participação em eventos e entidades da categoria que elas participam. Uma delas é membro da Sociedade Brasileira em Oncologia, o que enfatiza a busca constante e atualizada sobre a Política de Oncologia no Brasil. Destaca-se que elas também participaram de cursos de pós-graduação em Educação Holística, em Qualidade de Vida e Gerontologia Social.

A necessidade de capacitação continuada na vida profissional é de extrema importância no mundo contemporâneo, tendo em vista as exigências atuais do mercado de trabalho em tempos de reestruturação do capital. Segundo Guerra (2005, p. 10)

[...] o exercício profissional é mais que um simples manuseio de técnicas e instrumentos, onde a instrumentalidade da profissão constitui-se na capacidade, propriedade e particularidades historicamente construídas pelo Serviço Social para alcançar os objetivos e finalidades propostas.

É preciso organizar a rotina diária com momentos de trabalho, estudo, atualização, capacitação profissional e estudantil, pois o mundo contemporâneo requer dos profissionais a constante renovação da busca de novos aprendizados e conhecimentos no cotidiano profissional, como bem nos diz o Código de Ética da profissão: “a exigência da capacitação, perpassa vários momentos da sua redação, como por exemplo, no artigo 2º alínea f, sobre os direitos e as responsabilidades gerais do(a) Assistente Social: aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código” (CFESS, 2003, p.12).

Como exemplo, cita-se a atuação desse profissional na oncologia, já que é uma área da saúde que não se aprende com os ensinamentos da academia, mas, sim, com a ampliação na busca dos nossos conhecimentos éticos e políticos da profissão.

As assistentes sociais que foram entrevistadas trabalham na área oncológica há mais ou menos 4 e 8 anos, com salário mensal em torno de um mil e trezentos reais, tendo o vínculo empregatício com carteira de trabalho assinada, e acesso aos direitos trabalhistas garantidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com uma carga horária de 40 horas semanais. Elas demonstram interesse pelo que fazem e compromisso para com o projeto ético-político da profissão, segundo o que nos fala NICOLAU (2005, p.170) “a realização da atividade profissional implica objetivamente a apreensão da certeza do salário como condição para a reprodução da sua força de trabalho [...]”. Os dados que elas revelam quanto ao salário que recebem e à carga horária trabalhada merecem uma reflexão, no sentido de que, com o valor que elas recebem e com o horário disponibilizado para a atuação das suas atividades cotidianas, fica difícil buscar um novo emprego, uma nova renda, em busca de uma sobrevivência digna, já que essas profissionais mostram-se comprometidas com a instituição em que trabalham.

Quanto à análise realizada pelas entrevistadas no que diz respeito aos pontos fortes, limites e desafios que permeiam a Política Nacional de Oncologia no Brasil, considera-se que as respostas foram consensuais, percebendo-se que as mesmas analisam e vêem como pontos fortes o interesse e compromisso profissional pela causa do câncer, resultando, dessa forma, no acesso que os pacientes venham a ter aos serviços de saúde, apesar da demanda apresentada no cotidiano profissional.

Os limites norteadores dessa Política traduzem-se para elas como o pouco acesso aos serviços de saúde, como por exemplo: o paciente que necessite conseguir um exame de alta complexidade como tomografia, demora de dois a três meses para ser autorizado; e com o câncer não se pode esperar. Outro exemplo é a dificuldade em conseguir medicação para o alívio da dor, já que os pacientes em fase terminal, são usuários constantes de remédios de alto custo, como a Morfina; e, na maioria das vezes os mesmos não têm condições financeiras de comprar.

Isso traduz-se nas dificuldades impostas pelo SUS, determinações estruturais e conjunturais da sociabilidade capitalista que incidem sobre as políticas sociais e a política de saúde e na oncologia em particular; como também o pouco acesso da população aos serviços de saúde (atenção básica), as dificuldade em autorização de exames de baixa e alta complexidade a falta de medicação de alto custo e a falta de compromisso dos gestores do sus refletem nos tratamentos, no cotidiano hospitalar e nas condições de saúde das(os) pacientes(os).

Com relação aos desafios, as respostas das entrevistadas, traz duas reflexões. Num primeiro momento: constante atualização de todos os profissionais envolvidos na área, intervindo com os recursos disponíveis diante de cada situação. Isso mostra a necessidade de capacitação de todos os profissionais da equipe, para assim ter fundamentação teórica, metodológica, política e articulação com as mais diversas situações que possam vir a acontecer no dia-a-dia profissional.

Os desafios que norteiam a prática do(a) assistente social na oncologia, traz-nos a refletir sobre:

- investimento numa política permanente de capacitação profissional para o enfrentamento das ações cotidianas;
- investimento na política de saúde, efetivando as reivindicações e conquistas históricas que possibilitem ampliar os recursos do sus;
- viabilizar o acesso às políticas sociais e institucionais, com o objetivo de garantir os direitos sociais e o exercício de cidadania dos(as) pacientes em tratamento oncológico.

A oncologia no Brasil segue as diretrizes que permeiam o trabalho e atuação do Instituto Nacional do Câncer; já o Serviço Social tem como norte para sua atuação desenvolver trabalhos individuais e grupais, com pacientes e familiares, por meio de uma abordagem multidisciplinar, viabilizando, dessa forma, o acesso às políticas sociais e institucionais, objetivando a garantia dos direitos sociais e o exercício da cidadania.

Dessa forma, o exercício profissional do Assistente Social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelos usuários, e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos profissionais nas áreas das especialidades da medicina.

O trabalho desse profissional na área da saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articuladas aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Portanto, pensar hoje numa atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, e nesse trabalho enfatizando-se esse profissional na oncologia é necessário:

- estar articulado e sintonizado aos desafios que norteiam os usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- facilitar o acesso aos usuários aos serviços prestados pelo SUS bem como de forma compromissada e criativa, não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelo governo, os quais descaracterizam a proposta original do SUS de direito, contido no Projeto de Reforma Sanitária;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigação sobre temas relacionados à saúde;
- fazer a defesa das políticas públicas e consubstanciar um trabalho no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem dos princípios que norteiam a profissão.

As entrevistadas realizam no seu cotidiano institucional: atendimento ambulatorial, orientações sociais, fornecimento de declarações, doação de próteses mamárias artesanal, marcação de consulta e exames, entrevista social, encaminhamentos diversos, participação em grupos de apoio, supervisão de estágio, planejamento de atividades, emissão de boletim mensal de notificação, com número de incidência de óbitos, cadastro de pacientes para tratamento fora de domicílio, realização de trabalho educativo sobre a doação de sangue e a realização da avaliação social. Assim, comprometem-se dessa forma, com o que é proposto pelo Código de Ética da profissão de Serviço Social, no capítulo Iº que trata das relações profissionais com os usuários.

Nesse sentido, as demandas presentes no cotidiano do(a) assistente social que atua na oncologia surgem desde o momento da descoberta do câncer, quando o paciente não sabe nada a respeito da doença, sendo a internação, o tratamento e a recuperação, perpassados por dúvidas e por orientações que sejam necessárias para o bom andamento do processo saúde/doença.

Segundo Vasconcelos (2002), são demandas postas ao cotidiano profissional, serviços e recursos internos e externos à unidade de saúde, incluindo assim, orientação previdenciária, trabalhista e acesso a benefícios assistenciais.

Nas entrevistas, perguntou-se as assistentes sociais quais as condições sócio-econômicas, sexo e idade dos usuários que buscam os seus serviços, e as respostas foram unânimes, informando que são pacientes do sexo masculino e feminino, oriundos do interior e da capital, com predominância de baixa renda, e com idade acima de 40 anos.

Diante dessas respostas, infere-se que as condições sócio-econômicas são de dificuldade de acesso aos tratamentos propostos. E afirma-se que a organização dos serviços de saúde no Brasil ainda continua centralizado e distante das reais necessidades de saúde da população, com clara divisão sócio técnica do trabalho na relação do mundo capitalista, mesmo depois da implantação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS.

O SUS está em marcha para a produção social da saúde, e no que se refere ao tratamento oncológico, o Sistema foi e é de total importância, pois ampliou o acesso dos pacientes aos processos necessários na busca de uma melhor qualidade de vida. É por meio dessa Política de saúde que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer ganham maior visibilidade e importância diante dos órgãos responsáveis, e da própria sociedade. Prova disso é a criação dos centros de referência para tratamento oncológico e da Política Nacional de controle e combate o câncer.

É importante ressaltar-se que o(a) assistente social tem suas limitações profissionais no que diz respeito às dificuldades que ultrapassam o seu fazer profissional diante das situações de precariedade social, que perpassam a vida dos usuários. Isto porque os demandantes dos serviços do profissional de Serviço Social apresentam-se em situações precárias de vida e de saúde, com poucos recursos financeiros, o que dificulta a continuidade no tratamento.

Outro questionamento que se fez às entrevistadas foi sobre as demandas institucionais que mais chegam ao dia-a-dia do(a) assistente social.

Respondendo a este questionamento, “Amizade” explica que

[...] o serviço social ainda é um setor onde todo mundo procura para resolver as suas necessidades, muitas vezes sendo até de um outro caráter que não social, porém por ser o profissional que atua como mediador entre paciente/equipe de saúde, o setor sempre é procurado para fornecer aquela ‘explicaçãozinha’.

Ainda sobre o mesmo questionamento, “Alegria” evidencia abaixo as inúmeras atividades desenvolvidas pelo Assistente Social, como forma de auxiliar o tratamento dos pacientes:

[...] encaminhamos os usuários para hospitais ou serviços conveniados, recursos previdenciários e outros direitos inerentes ao portador de câncer; realizar visita domiciliar e hospitalar, encaminhar os pacientes a instituições ou unidades de saúde para realizar exames e consultas médicas, orientá-los para receber medicamentos especiais fornecidos pela secretaria de saúde pública do Estado, encaminhar para realizar exames na Liga e cadastro no programa do Redome, registrar as declarações de óbito ocorridas na instituição, emitir boletim mensal de notificação com número de incidência e óbitos dos pacientes, e a realização de dados estatísticos periódicos de casos de câncer em Mossoró e região, manter contato com pacientes e familiares daqueles que abandonaram o tratamento para saber o motivo na tentativa de viabilizar seu tratamento, cadastrar o paciente junto à secretaria da sua cidade no Tratamento Fora de Domicílio - TFD, realizar um trabalho educativo com os familiares para doação de sangue e seus derivados, encaminhar pacientes oriundos de cidades vizinhas para hospedarem-se na casa de apoio ao portador de câncer, realizar avaliação social.

Analisa-se que as entrevistadas desenvolvem atividades no seu cotidiano, diretamente relacionadas com o que é proposto pela Lei 8.662 de 07 de junho de 1993²², que com clareza dispõe no seu Artigo 4º que constituem como competências do(a) assistente social: elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos de administração direta ou indireta, empresas, entidades, organizações populares; coordenar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades; prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade, planejamento, organização e administração de Serviços

²² COLETÂNEA DE LEIS DO SERVIÇO SOCIAL, 5.ed., Natal/RN, 2006, p.07-08.

Sociais e de unidade do Serviço Social, realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

As entrevistadas relataram que as usuárias portadoras do câncer de mama buscam o(a) assistente social para obterem informações sobre benefícios, realização e encaminhamentos de exames junto ao SUS, encaminhamento para a colocação da prótese mamária, fornecimento de declarações sociais para os projetos e programas oferecidos pelo Governo e Prefeituras do Estado; como também, encaminhamentos para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) no setor de reabilitação profissional motora, como também aquisição de perucas, pois as mesmas ficam sem cabelos com o tratamento de quimioterapia, e essa situação as deixa profundamente amarguradas.

Nesse sentido, a atividade do(a) assistente social é de grande relevância para prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente oncológico, visto que abrange as esferas social, psicológica, econômica, profissional, cultural, reabilitacional, educacional, etc, sendo necessário, entre outros, o conhecimento da realidade institucional na qual está inserido e da equipe na qual atua, para que possa contribuir com um tratamento mais completo.

Nesse trabalho de pesquisa, também investiga-se junto às entrevistadas sobre os encaminhamentos mais utilizados por esse profissional, diante das demandas que se apresentam no dia-a-dia e as respostas foram: encaminhar as usuárias a médicos especialistas mastologista, ginecologista, cirurgião plástico para fazerem o acompanhamento do tratamento, encaminhá-las para assessoria jurídica para agilidade nos processos jurídicos e previdenciários, já que muitas pacientes encontram dificuldade em resolver sua situação trabalhista junto aos órgãos como INSS, devido à burocracia que existe nesses órgãos; como também encaminhá-las para os programas sociais, como “Programa do Leite”, dentre outros.

Sendo assim, tudo o que interfere na qualidade do atendimento passa a ser campo para atuação do(a) assistente social, o qual deve independente do local da ocorrência, “repor”, por meio de sua ação, as faltas e falhas observadas na instituição, no que se refere ao atendimento das demandas que lhes são apresentadas.

Inserido na área oncológica, o(a) assistente social é o profissional chamado a responder e a intervir nas diversas situações postas em seu cotidiano, visto que esse profissional é o elo mediador entre a instituição e o usuário.

Os usuários que demandam os serviços do(a) assistente social apresentam-se em situações precárias de vida e de saúde, tendo poucos recursos financeiros. Isto dificulta a continuidade no

tratamento, pois esses não têm boas condições de alimentação, enfrentam dificuldade na compra de medicamentos e não dispõem de transporte para locomoção durante a realização do tratamento. É por meio dos encaminhamentos e orientações que os mesmos podem ter acesso às políticas públicas. É preciso ter a intervenção desse profissional, como bem relata as entrevistadas, no que se refere aos encaminhamentos apresentados no cotidiano profissional.

Para as entrevistadas, as maiores dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia profissional, diante das demandas apresentadas pelos usuários portadores de câncer e das suas condições de trabalho, foram: o acesso dos usuários aos serviços de saúde, a dificuldade em conseguir exames realizados pelo SUS para controle e estadiamento da doença. Na opinião das mesmas, o maior inimigo para um bom andamento do trabalho são os impasses enfrentados em relação ao acesso às políticas de saúde, tanto do ponto de vista dos exames de alta complexidade, quanto da locomoção de pacientes residentes no interior que precisam tratar-se em Natal. Ainda na opinião das entrevistadas, outra dificuldade apresentada é a aquisição de medicação para dor, uma vez que existem propagandas de que órgãos estaduais fazem a liberação dos mesmos, e quando o usuário chega aos locais para receber os remédios, sempre estão faltando.

Quanto às condições de trabalho, as entrevistadas responderam que são muito boas do ponto de vista físico, pois as salas são bem aparelhadas com computador, *Internet*, *Intranet*, linha telefônica, tendo argumentos necessários para um bom desempenho profissional.

É preciso analisar que nenhuma dessas benesses retratam algum favor que as instituições que empregam o(a) assistente social estão fazendo a esses profissionais, mas sim, uma estrutura de trabalho condigna com a profissão, que requer um ambiente agradável, respondendo assim aos usuários que lhe procuram.

E a maior dificuldade respondida pelas entrevistadas está relacionada ao acesso às políticas de saúde, tais como: autorização de exames de alta complexidade, número de leitos reduzidos para internação, transportes de prefeituras municipais para remoção do paciente ao tratamento; como também a situação financeira, social e cultural, dos pacientes.

Essa realidade não se limita aos locais de trabalho das entrevistadas, mas a realidade no Hospital Dr. Luiz Antônio é a mesma, apesar de ser referência em oncologia no Estado do RN. Não se pode esquecer que está regido pela Política do SUS, que tem dificuldades para seu bom funcionamento, refletindo dessa forma no atendimento dos usuários que procuram o(a) assistente social no dia-a-dia profissional.

4.2.2 O Perfil das Usuárias

Neste subitem mostrar-se-á o perfil de 15 usuárias portadoras de câncer de mama, por meio de entrevistas semi-estruturadas com dados coletados entre os meses de janeiro à março de 2005, baseadas numa abordagem qualitativa, buscando conhecer as experiências por elas vivenciadas, à partir do método dialético, em que a construção coletiva parte da realidade e totalidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e criativa, sendo elencados os seguintes aspectos: idade atual, idade em que receberam diagnóstico do câncer, o endereço, estado civil, número de filhos, escolaridade e religião, como bem fala Martinelli, (1999, p.23) “envolve, portanto, seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas [...] se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social”.

Diante dos dados apresentados, far-se-á uma análise dos mesmos em relação ao papel do(a) assistente social, no enfrentamento do diagnóstico do câncer de mama.

A população pesquisada constitui-se de pacientes que realizaram cirurgia de mastectomia e continuaram em tratamento no Hospital Dr. Luiz Antônio, *lócus* de intervenção, onde foi iniciado seu tratamento para o câncer de mama.

O gráfico que será apresentado fala da idade atual das pacientes entrevistadas.

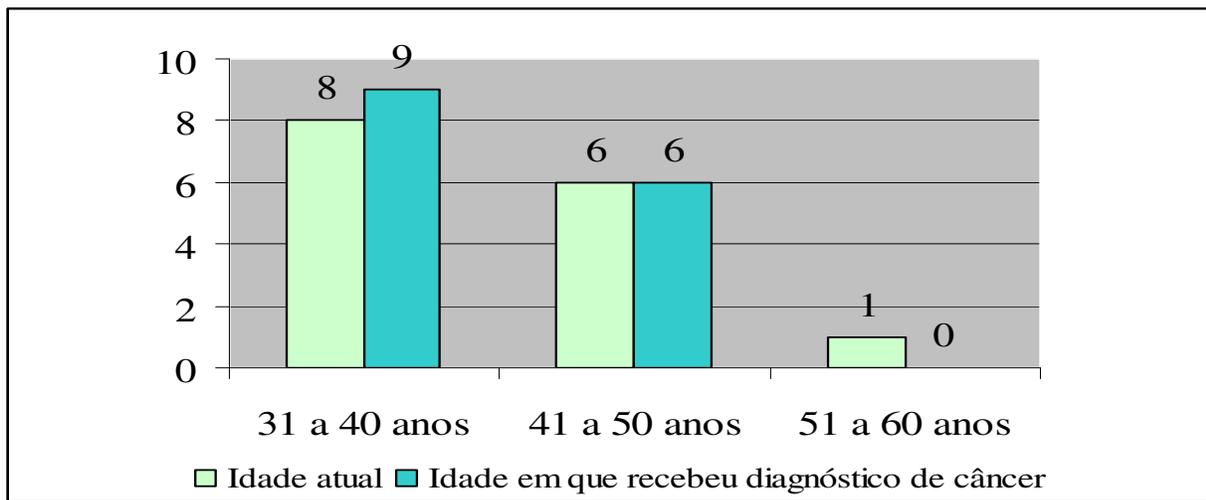


GRÁFICO 01: Idade atual das entrevistadas e Idade em que receberam diagnóstico de câncer.
Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

Segundo César Lasmar, diretor do Hospital do Câncer do Rio de Janeiro, Inca, o crescimento dos diagnósticos de câncer de mama em mulheres abaixo de 35 anos não tem ocorrido somente no Brasil. Mas, como diz Lasmar, "Estatísticas internacionais já vêm apontando esse crescimento, que tem ocorrido nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Holanda, entre outros países".

A OMS registrou, nas décadas de 1960 e 1970, aumento de 10 vezes as taxas de incidência do câncer de mama feminino, ajustadas por idade nos diversos continentes. E ainda, estudiosos calculam uma elevação de 14,5% até no início deste século, devido principalmente à perspectiva de maior longevidade da população neste período (MATIAS, 1994).

A maioria dos aumentos nas taxas de incidência era verificada em mulheres com mais de 50 anos. Mas, de 1980 a 1987, os índices cresceram em pacientes mais jovens. Essas modificações de incidência são atribuídas não só a fatores sócio-culturais, como também tem sido documentada a elevação do número de mulheres migrantes de áreas de baixo-risco para as de alto risco. Esses estudos sugerem que os fatores ambientais têm substancial efeito no risco do câncer de mama (MATIAS, 1994).

O sedentarismo e a obesidade também têm papel no crescimento da doença. A falta de exercícios físicos inibe a produção do hormônio endorfina, que tem o papel de regulação dos

hormônios femininos. O excesso de peso é favorável ao aparecimento do tumor, porque o colesterol concentrado no tecido adiposo leva à formação do estrogênio.

Consta, na literatura médica que mulheres jovens portadoras de câncer de mama têm pior prognóstico quando comparadas com mulheres mais idosas. As justificativas para essas posturas são controversas e variadas. Estudiosos discutem se é um reflexo de uma doença em fase avançada em relação ao momento do diagnóstico correto, ou se é devido a uma diferença da imunobiologia do tumor.

O câncer de mama em mulheres jovens, com idade igual ou menor do que 35 anos de idade, é considerado uma doença rara e muito agressiva, e têm seu valor baseado em distintos fatores. Dentre os quais, assinala-se: elevada incidência, difícil diagnóstico precoce, poucas informações quanto ao comportamento biológico e alto índice de morbi-mortalidade.

Por meio das entrevistas, observou-se que a maioria das entrevistadas residem na Zona Norte de Natal, considerada uma das regiões administrativas com carência na área da saúde, em termos de assistência de baixa e alta complexidade. Essa problemática está diretamente relacionada à falta de planejamento estrutural por parte das autoridades responsáveis pela administração pública para os bairros da cidade do Natal, o que dificulta ainda mais para os moradores das zonas de moradia que compõem a Cidade, em ter acesso aos serviços de saúde, como é o caso do tratamento do câncer.

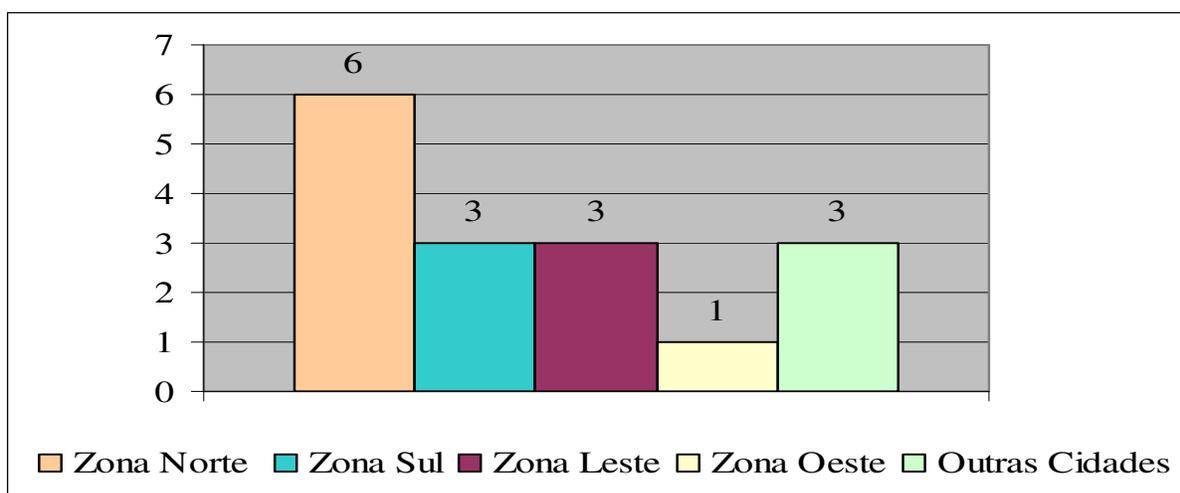


GRÁFICO 02: Endereço das entrevistadas.

Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

Outro item analisado foi sobre o estado civil das pacientes entrevistadas, observando-se o seguinte resultado:

ESTADO CIVIL			
CASADA	SOLTEIRA	VIÚVA	DIVORCIADA
09	04	01	01

QUADRO 04: Estado Civil.
Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

As pacientes portadoras de câncer de mama que foram entrevistadas, na sua maioria, são casadas. E segundo a especialista em Psico-Oncologia, Sheila Costa, evidencia em seus estudos que prazer sexual é uma condição essencial para a manutenção do casal como par amoroso nos dias atuais, e que os conflitos sexuais decorrem das demandas, necessidades e expectativas antagônicas dos(as) parceiros(as).

O surgimento de uma doença como o câncer, é um evento traumático na vida de qualquer pessoa, seja pelo estigma de morte e de solidão que a doença carrega seja pelos tratamentos agressivos na maioria das vezes, ou mesmo pelas limitações da medicina em uma área em que ainda há muito a ser descoberto. Portanto, independente do estado civil dos(as) pacientes, o câncer de mama aparece como uma interrupção dos planos futuros. Bem como as mudanças físicas e psiquiátricas, o papel social do estilo de vida e as preocupações financeiras e legais, são assuntos importantes para reflexão da paciente.

É um momento que estimula uma complexa rede de condições que se alternam a cada fase da doença, modificando a dinâmica vital da paciente, desde sua rotina diária até sua estrutura familiar e conjugal. Com isso, pode-se afirmar que o câncer assemelha a um “furacão invadindo uma cidade calma, devastando tudo sendo necessária uma reestruturação em todos os seus setores”.

A falta de apoio do(a) parceiro(a) nesses momentos de doença é considerada como forte agressão à mulher. Esse tipo de atitude acaba por afetar a auto-estima de muitas mulheres. Com a doença, a mulher sente a necessidade de ser aceita, de afeição, de compreensão e de carinho. Na

falta desses sentimentos, o relacionamento sexual fica, na compreensão delas, totalmente desestimulado.

Melo (2001) reitera que as reações diante do diagnóstico do câncer tanto para as mulheres quanto para suas famílias dependem de diversos fatores, que vão desde o estágio da doença, a situação sócio-econômica, a maturidade da família, o desenvolvimento psicológico e educacional, até os sistemas de apoio e os recursos da comunidade.

A família, ao receber o resultado do câncer de mama, passa pelas mesmas etapas de aceitação do diagnóstico que a paciente, e isso contribui para que se tracem as mesmas estratégias de enfrentamento, levando em consideração a estrutura individual de cada uma e ainda a própria estrutura familiar.

Nas entrevistas, outra análise realizada com as pacientes foi sobre a quantidade de filhos que as mesmas possuem, sendo o resultado apresentado abaixo:

QUANTIDADE DE FILHOS	
NÚMERO DE MULHERES	NÚMERO DE FILHOS
01	01
08	02
02	03
01	04
03	00

QUADRO 05: Quantidade de filhos.
Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

Na opinião das entrevistadas, o apoio familiar no enfrentamento da doença é um aliado na luta contra o câncer. O modo como as famílias se adaptam ao câncer é um reflexo do seu relacionamento íntimo, de suas histórias e do ambiente cultural em que convivem.

Segundo Helman (1994) a doença afasta desavenças antigas, deixando evidente que os problemas de saúde confrontam a família com sua vulnerabilidade à morte e à doença. Desse confronto, o indivíduo torna-se frágil, diante da impossibilidade de vencer sozinho a dor e até

mesmo a morte. E encontra nos filhos um fortalecimento de si próprio, por meio das relações de ajuda e afeto.

As mulheres entrevistadas deixaram claro que alguns membros da família exercem papel de destaque na rede de suporte social, como evidenciaram algumas, relatando o apoio dos filhos, mostrando como eles são fundamentais para recuperar-se da doença. Dessa forma, os filhos representam uma importante rede de suporte emocional, oferecendo às mães todo o carinho necessário.

O gráfico abaixo apresenta o grau de escolaridade das entrevistadas, evidenciando o seguinte resultado:

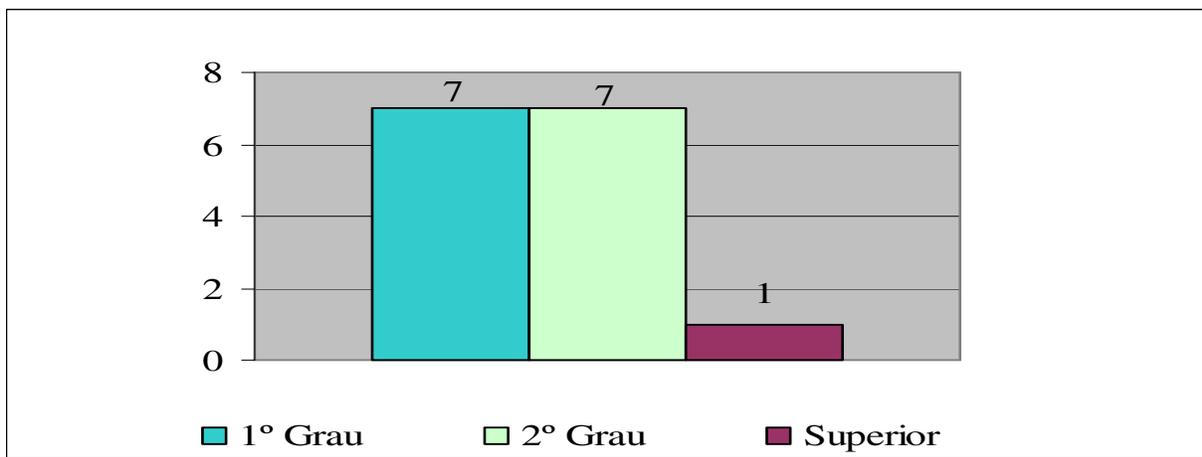


GRÁFICO 03: Grau de escolaridade das entrevistadas.

Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

O resultado da entrevista revela que das quinze (15) mulheres entrevistadas, sete (07) possuem o Ensino Fundamental, sete (07) concluíram o Ensino Médio e uma (01) tem Nível Superior. De acordo com esses dados, o baixo nível de escolaridade tem sido um entrave na vida dessas mulheres, pois é um fator determinante tanto em relação a (re)inserção no mercado de trabalho, já que esse está cada vez mais exigente em relação à qualificação do trabalhador, como também tem dificultado para um melhor esclarecimento a respeito do que o câncer de mama tem representado na atualidade, bem como sua prevenção.

A aquisição das habilidades de leitura e escrita é essencial na vida de todo e qualquer cidadão, pois o conhecimento é um dos bens mais preciosos na sociedade. Sem ele, o indivíduo torna-se um alienado em todos os sentidos, ficando à margem da sociedade.

Sobre a Religião, para as entrevistadas a fé na cura assenta na crença num poder superior, um Deus, que lhe dá esperança e crédito. Esta forma de percepção induz a um relaxamento que neutraliza a tensão; e, muitas vezes, oferece a chave do restabelecimento. Este comportamento é compreensível em se tratando de pessoas da cultura nordestina, como é o caso das mulheres entrevistadas, que são educadas para praticar atos religiosos. Dessa forma, a religião serve de apoio. Apegando-se à espiritualidade, as portadoras de câncer buscam sua cura.

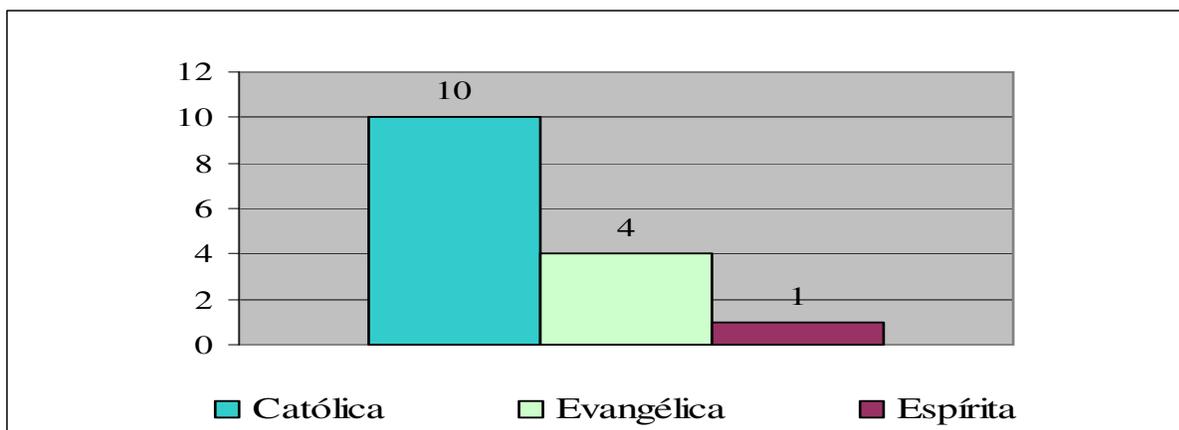


GRÁFICO 04: Religião das entrevistadas.
Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

O resultado das entrevistas mostra que a religião tem um papel fundamental na vida das pacientes portadoras do câncer de mama. Observa-se a facilidade com que as mulheres inserem a participação de Deus em suas trajetórias após a aquisição da doença.

O reencontro com a fé religiosa é interpretado pelas mulheres como aspecto positivo trazido pela doença, visto que, para elas, o sofrimento é o meio por excelência de o devoto voltar-se para a divindade e reavivar sua fé.

Segundo Helman (1994, p. 253) a visão do mundo interpretada na cultura, também pode ter efeito sobre a doença ao inserir o sofrimento individual no contexto mais amplo dos infortúnios em geral. Esta é uma característica das visões religiosas, principalmente aquelas que sustentam uma reação focalista, vendo estes como uma expressão da “vontade de Deus”.

Quando as mulheres com câncer procuram justificar sua fé como importante indicador de cura da doença, elas representam simbolicamente a figura de Deus numa dimensão de amplitude que

extrapola o espaço de vida pessoal, ou seja, a fé e o conhecimento médico são forças que devem unir-se no momento da doença.

4.3 DIREITOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO

A realidade do portador de doenças malignas é muito complexa, pois o diagnóstico positivo do câncer altera não apenas o estado físico e psicológico do paciente e da família, mas também a situação financeira. E, apesar de ter assistência do Estado, o tratamento torna-se oneroso para a grande maioria, visto que requer medicamentos, suplementos alimentares e exames que o SUS não paga, transporte, próteses de silicone, perucas, dentre outros. Faz-se necessário o paciente reaprender a viver e conviver com essa inesperada sobrecarga, pela qual sua vida deixa de ser constituída de atividades cotidianas normais, passando a viver em função das transformações físicas, sociais e psicológicas que chegam após um diagnóstico positivo do câncer.

De acordo com a Constituição de 1988, todo cidadão tem direito à saúde, à educação, à habitação e ao lazer, sem distinção de raça, cor ou credo religioso. Mas muitas vezes este direito é efetivado. Na opinião de Barbosa (2002) o câncer não é uma doença apenas traiçoeira, mas também democrática, pois ataca sem preconceito de idade, raça, sexo, religião ou classe social. E este é também um dos seus aspectos mais perversos, principalmente quando atinge crianças e jovens saudáveis.

Para o paciente portador de câncer conseguir seus direitos faz-se necessário ter todos os documentos em mãos, já que são imprescindíveis para o bom andamento do processo. Estes documentos são: atestado médico, biópsia, laudos e resultados de exames, certidão de nascimento ou certidão de casamento, carteira de trabalho, carteira da Previdência Social, cópia de Carteira de Identidade e cópia do Cadastro de Pessoas Físicas. E se houver necessidade de outros, o órgão que fará a solicitação. (BARBOSA, 2002,).

Nesse sentido, faz-se necessário o trabalho da equipe médica de um modo geral para o tratamento da doença em si, porque a partir do diagnóstico de câncer, o ser humano passa a ter direitos. Assim, o profissional de serviço social coloca-se como mediador para proporcionar orientações fundamentadas sobre leis que asseguram aos pacientes os seus direitos.

De acordo com informações contidas no *site*²³ do Inca, o paciente portador de câncer tem os seguintes direitos:

4.3.1 Direito Previdenciário

A Previdência Social é uma instituição que garante um seguro social para quem contribui, reconhecendo e atribuindo benefícios às pessoas seguradas, por meio de um processo pelo qual é substituída a renda desses indivíduos por um benefício, quando eles necessitarem e ao serem acometidos por algum risco social. Estes riscos estão relacionados de acordo com o que diz o Artigo 201 da Constituição Federal de 1988, a: doença, invalidez, reclusão, idade avançada, desemprego involuntário, pensão por morte de segurado e maternidade.

Com a promulgação da Constituição de 1988, a Previdência Social consolidou-se como direito social a partir dos princípios de seguridade social, definidos em seu artigo 194, que relata:

[...] universalidade de cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e dos serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade no valor dos benefícios, equidade na forma de participação e custeio; diversidade de base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial aos trabalhadores (BRASIL, 1988).

O trabalho caracteriza-se como elemento fundamental para o cidadão ter acesso aos benefícios da Previdência. No entanto, mesmo sendo um direito, não é assegurado a todos (RAMOS, 2004, p.32). Paradoxalmente, a universalidade significa proteção social para todos, porém, no sistema capitalista, na lógica da previdência, encontra-se uma universalidade contributiva, que transforma trabalhadores em cidadãos consumidores. Essa concepção atribui ao Estado a responsabilidade de implantação das políticas sociais capazes de fornecer condições dignas de sobrevivência, amenizando assim a pobreza extrema e as formas de exclusão social. Isto porque a exclusão dos direitos sociais dos trabalhadores e a privatização de alguns órgãos previdenciários contrariam a dimensão universalizante da Previdência e alguns princípios da Seguridade Social (RAMOS, 2004, p.33).

²³ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 03 jun. 2007

Os pacientes portadores de câncer têm uma proteção especial do Estado por meio da Previdência e Assistência Social, uma vez que são considerados portadores de doença crônico-degenerativa, mutilante e incapacitante. São atribuídos alguns direitos específicos aos mesmos, objetivando assim elevar a qualidade de vida desses pacientes, contribuindo para que o momento do diagnóstico, tratamento e cura constituído de um significativo apoio ao pleno exercício da cidadania. Logo, exercer esta cidadania não significa apenas ter deveres a serem cumpridos, e sim ter direitos a serem usufruídos.

4.3.2 Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)

A política da assistência foi regulamentada pela promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, ocupando o lugar da última política de direito regulamentada no Brasil. Como avanços da LOAS, destaca-se:

- seu caráter de direito não contributivo²⁴;
- a pronta integração entre econômico e social;
- o novo desenho institucional para assistência social;
- a participação da população e o exercício do controle da sociedade na gestão e execução das políticas de assistência social;

A LOAS extinguiu o antigo Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) e criou os conselhos municipal, estadual e nacional de Assistência Social.

O paciente portador de câncer também tem direito à Assistência Social. E, com a Constituição de 1988, esta foi constituída como parte integrante da Seguridade Social brasileira, a qual é considerada um direito de cidadania e dever do Estado, sendo a mesma elevada ao título de direito social, representando um significativo avanço na área, como fala Yasbek que tem início a construção de uma nova concepção para assistência social brasileira, incluída no âmbito da Seguridade Social, regulamentada pela LOAS em dezembro de 1993, como política social pública. E a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal. (YASBEK, 2004, p. 12-13).

²⁴ Extingue a Renda Mensal Vitalícia (RMV), benefício do âmbito da Previdência Social de caráter assistencial, que concedia uma renda a pessoas idosas ou inválidas, incapacitadas para o trabalho, com critérios de renda menos excedentes que o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Uma política de proteção social compõe o conjunto de direitos de civilização de uma sociedade e/ou elenco das manifestações e decisões de solidariedade de uma sociedade para com todos os seus membros. É uma política estabelecida para a preservação, a segurança e a dignidade de todos os cidadãos, sendo atribuída à assistência social a ampliação da segurança das condições de vida da população, por meio da segurança conquistada no convívio social, de autonomia e da equidade. (SPOSATI, 2001, p.71).

A partir daí, a assistência social marca sua especificidade no campo das políticas sociais, pois configura responsabilidades do Estado, próprias de serem asseguradas aos cidadãos brasileiros, já que possui demanda especificada e avaliada pelo mérito ou valor da necessidade, pois “[...] não é qualquer um que se credencia aos serviços da assistência social, mas só aquele a quem a sociedade reconhece como necessitados e desamparados” (SPOSATI et al., 1995, p.72).

4.3.3 Renda Mensal Vitalícia – Amparo Assistencial ao Deficiente Benefício de Prestação Continuada - BPC

O doente ou qualquer pessoa maior de 65 anos de idade tem direito a uma renda mensal vitalícia, no caso de não ter condições de se sustentar financeiramente, ou seja, quando ele esteja impossibilitado de levar uma vida independente e que sua família também não tenha possibilidade de sustentá-lo.

A renda mensal vitalícia equivale a um salário mínimo mensal.

Para ter este direito é preciso que:

- a família seja considerada incapaz de manter o doente ou o idoso, condição que será caracterizada quando a soma dos rendimentos da família dividida pelo número de pessoas que dela fazem parte, não for superior a um quarto do salário mínimo (25%);
- o deficiente ou idoso não esteja vinculado a nenhum regime de previdência social e não receba qualquer tipo de benefício de espécie alguma.

Como família, considera-se: pessoas que vivem na mesma casa: cônjuge, companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos, menores de 21 anos ou inválidos, que vivam sob o mesmo teto.

O doente portador de deficiência é aquele incapaz para a vida independente para o trabalho, mesmo estando internado, o portador de deficiência poderá receber o benefício.

A criança deficiente também tem direito à renda mensal vitalícia.

O doente deve fazer exame médico pericial no INSS e conseguir o laudo médico que comprove sua deficiência.

A renda mensal vitalícia será paga pelo INSS da cidade em que more o beneficiário, e não existe 13% salário para a renda mensal vitalícia.

O amparo assistencial poderá ser pago a mais de um integrante da família, desde que respeitadas todas as exigências para cada um dos beneficiários.

O benefício será revisto a cada dois anos, para serem avaliadas se as condições do doente/idoso permanecem as mesmas.

O pagamento cessa com a recuperação da capacidade de trabalho ou em caso de morte do beneficiário.

Não há direito à pensão para dependentes no caso de renda mensal vitalícia, assim, após a morte do beneficiário, o benefício é cancelado.

4.3.4 Aposentadoria por Invalidez

A aposentadoria por invalidez é concedida ao paciente portador de câncer, desde que sua incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS. Tem direito ao benefício o segurado que não esteja em processo de reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta a subsistência, independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença. O portador de câncer terá direito a esse benefício, independente do pagamento de 12 (doze) contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado. Isto é, que seja inscrito no “Regime Geral da Previdência Social”.

Na legislação vigente, a aposentadoria por invalidez é um direito assegurado pela Previdência Social a todos os contribuintes que adquiriram alguma patologia relacionada com o risco social e apresentam incapacidade total e definitiva para o trabalho.

Para o paciente portador de câncer, esse benefício não poderá ser inferior ao Salário Mínimo, e não maior que o salário de contribuição. Dada a entrada através de requerimento, após quarenta e cinco dias junto ao INSS, o primeiro pagamento da aposentadoria será efetivado no máximo em 45 (quarenta e cinco) dias. Quando o paciente precisar de assistência permanente de outra pessoa, o valor pago terá um aumento de 25% (vinte e cinco por cento) mesmo que o valor da

aposentadoria já esteja no limite máximo permitido por lei. Sendo assim, o servidor aposentado tem direito a receber proventos integrais se contrair o câncer, mesmo não tendo o tempo de serviço completo ou se já for aposentado de acordo com a Lei 8.112/90, a qual relata: “[...] o servidor aposentado, se acometido de qualquer das moléstias específicas no art. 186, parágrafo primeiro, passará a receber provento de forma integral”.

O(a) assistente social orienta ao médico assistente para o fornecimento de atestado, juntamente com cópia do resultado de biópsia que comprove a doença, e faz os devidos encaminhamentos juntamente com a perícia médica do INSS.

4.3.5 Auxílio-doença

É o benefício mensal o qual tem direito o segurado inscrito no “Regime Geral da Previdência Social”, ao ficar temporariamente incapaz para o trabalho, em virtude da doença por mais de 15(quinze) dias consecutivos.

O paciente portador de câncer tem direito a esse benefício, desde que seja considerado incapacitado temporariamente para o trabalho. Não há carência para o doente receber o benefício, desde que ele seja segurado do INSS, e a incapacidade para o trabalho deve ser comprovada por meio de exame realizado pela perícia médica do INSS. O segurado deverá comparecer ao Posto da Previdência Social mais próximo da sua residência para marcar a perícia médica.

O benefício consiste em uma renda mensal de 91% (noventa e um por cento) do salário de benefício. Para continuar recebendo, é necessário o trabalhador ser submetido a exame médico a cargo de peritos do INSS, periodicamente. Este benefício deixa de ser pago quando o trabalhador recupera plenamente as suas capacidades laborais.

O(a) assistente social tem uma atuação junto ao paciente portador de câncer quando ele é contemplado com esse benefício, pois o INSS solicita parecer médico sempre atualizado juntamente com as cópias dos laudos, e esse profissional realiza essa mediação para agilizar o processo.

4.3.6 Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria

De acordo com a lei nº 7.713 de 1988, art. 6º, inciso XIV, os pacientes com câncer estão isentos do Imposto de Renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive as complementações. Mesmo os rendimentos da aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação, ficando isento o doente de câncer que recebeu os referidos rendimentos.

Segundo Barbosa (2002) a Isenção do Imposto de Renda sobre a Aposentadoria do paciente portador de câncer necessita da proteção especial do Estado, pois tributar sua aposentadoria seria impor um encargo muito pesado aos rendimentos com os quais já é obrigado a arcar com despesas extras e imprevistas que implicam a diminuição de sua capacidade contributiva.

Para solicitar a isenção, o paciente deverá dirigir-se ao órgão que paga a sua aposentadoria (INSS, Prefeitura, Governo do Estado, etc.), munido de requerimento, laudo médico, cópia do resultado de biópsia, e atestado médico. É importante enfatizar que, se o pedido do paciente for aceito, a isenção do Imposto de Renda só acontecerá para os pacientes aposentados.

4.3.7 Imposto Estadual sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS), Imposto Federal sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto Estadual Referente a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)

Com relação ao ICMS, IPI, IPVA que incidem na compra de veículos adaptados para portadores de necessidades especiais, o portador de câncer só beneficiar-se-á deste direito se a doença lhe ocasionar deficiência física em seus membros inferiores ou superiores, e ao mesmo tempo tiver poder de compra de um carro adaptado.

O ICMS é o imposto estadual sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestação de serviços. Cada estado possui a sua própria legislação que regulamenta o imposto.

O IPI é o imposto federal que incide sobre produtos industrializados. O paciente com câncer é isento deste imposto apenas quando apresenta deficiência física nos membros inferiores e superiores, que o impeça de dirigir veículos comuns, sendo necessário que o solicitante apresente exames e laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência.

O IPVA é o imposto estadual referente à propriedade de veículos automotores. Cada estado tem a sua própria legislação sobre o imposto. O Rio Grande do Norte já tem sua regulamentação.

4.3.8 Quitação do Financiamento da Casa Própria

O paciente com invalidez total e permanente causada por doença possui direito a quitação. Para isso deve estar inapto para o trabalho, e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato da compra do imóvel. É preciso saber se o imóvel é financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH) e verificar junto às parcelas mensais se é pago um seguro para quitar o imóvel em caso de morte ou invalidez. O SFH considera como invalidez total e permanente a situação pela qual o indivíduo encontra-se incapacitado para o exercício de atividades laborais causadas por acidentes, ou doença adquirida após assinatura do contrato.

O(a) assistente social tem um papel fundamental junto ao paciente que vai dar entrada no processo de quitação da casa própria, viabilizando ao mesmo as documentações necessárias para que haja rapidez no andamento do pleito, já que muitas vezes, por questões internas dos órgãos financiadores, existe muita burocracia.

4.3.9 Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Serviço Público (PASEP)

O direito ao FGTS e ao PIS/PASEP é vinculado ao âmbito trabalhista. Por isso, só terá direito a estes, o usuário que esteja inserido no mercado de trabalho. O FGTS pode ser sacado pelo trabalhador que tiver câncer ou por aquele que possuir dependente portador de câncer.

Segundo Barbosa (2002), em seu livro “Câncer e Cidadania”, informa que a Lei 8.922, de 25 de julho de 1994, que acrescenta um dispositivo ao Art. 20 da Lei 8.030, de 11 de maio de 1990, permite a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia. Também a Lei 8.213 de 1991, art. 16 define como beneficiários do regime geral da Previdência Social nas seguintes condições de dependentes segurados: cônjuge, a

companheira, o companheiro e o filho em qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; irmão em qualquer condição menor de 21 anos ou inválido.

O assistente social orienta o paciente quanto à documentação necessária para o saque desses benefícios, e a quais os locais os mesmos irão dirigir-se, que são, Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal.

4.3.10 Andamento Processual Judiciário

No que se refere ao andamento processual judiciário, foi acrescentado à Lei nº 10.173 de 09 de janeiro de 2001, para determinar a prioridade no andamento dos processos para idosos acima de 65 anos, devido à sua menor expectativa de vida e à lentidão da Justiça (BARBOSA, 2002). Esse direito deverá ser requerido na Justiça por meio de um advogado, em qualquer fase do processo, sob o argumento da fragilidade de sua saúde, por estar com câncer. E a partir daí, cabe ao juiz a concessão ou não do benefício.

4.3.11 Gratuidade no Sistema de Transportes Urbanos

Em algumas cidades do Brasil, é garantido ao portador de necessidades especiais e ao portador de doença crônico-degenerativa, a gratuidade no transporte coletivo. Na cidade do Natal, esse direito foi criado através da Lei Municipal nº 185/01, de 16 de agosto de 2001, a qual estabelece o direito à dispensa do pagamento de tarifa no sistema de transporte coletivo. O Artigo 1º da Lei diz:

[...] as pessoas portadoras de deficiência que estejam em atendimento especializado na escola, em programas de capacitação laboral ou em tratamento continuado ou incapacitado para o trabalho, ficam dispensadas do pagamento de tarifas no sistema de transporte coletivo urbano, desde que comprovada a carência de recursos financeiros e a deficiência por atestado médico competente de diagnóstico do paciente, na forma dos artigos 128 e 130 da Lei Orgânica do município de Natal, de 03 de abril de 1990. (NATAL, 2001)

O(a) assistente social do Hospital Dr. Luiz Antônio, fornece uma declaração baseada nos dados clínicos expressos pelo médico, corroborando com a situação sócio-econômica do paciente, para que não haja negação do pleito.

4.3.12 Cirurgia Plástica Reparadora para Pacientes que tiveram Câncer de Mama

Em se tratando do câncer de mama, a Lei nº 9.797, de 06 de maio de 1999, informa que terá direito à cirurgia plástica reparadora da mama pelas redes integrantes do SUS toda mulher que, devido ao câncer, tiver que mutilar os seios.

Portanto, de acordo com o Artigo 4º da Lei que regulamenta a profissão do assistente social, identifica-se como uma das competências deste profissional no âmbito do seu cotidiano, orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais, no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos sociais e previdenciários, como também planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais.

Dessa forma, é relevante o papel do(a) assistente social no momento das solicitações e reivindicações dos pacientes portadores de câncer, relacionadas aos seus direitos enquanto cidadãos, propondo-se e dispondo-se a serviço dos mesmos no que se refere a orientações e encaminhamentos para a efetivação das suas solicitações no que diz respeito aos benefícios/direitos sociais e previdenciários.

E a seguir, desenvolver-se-á o último item desse capítulo, o qual irá fazer uma abordagem do fazer do(a) assistente social frente às demandas cotidianas das pacientes portadoras do câncer de mama, que buscam apoio, orientações e encaminhamentos desse profissional.

4.4 O COTIDIANO DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS POSTAS PELA PACIENTE PORTADORA DO CÂNCER DE MAMA

O Serviço Social tem, na questão social, um dos elementos fundantes da profissão, uma vez que seus profissionais, historicamente trabalham na execução das políticas sociais que constituem respostas do Estado às diversas expressões da questão social, produzidas pela sociedade capitalista.

Na contemporaneidade, os(as) assistentes sociais têm deparado-se com o aprofundamento da questão social, em função das suas novas configurações; e, conseqüentemente, com o aumento das demandas no seu cotidiano profissional, em que o fenômeno da globalização exige de todos os profissionais plena capacidade de competência crítica, sendo capaz de pensar, pesquisar e decifrar a realidade na qual insere-se e atua.

No entanto, compartilha-se com o pensamento de estudiosos do serviço social, como Netto, Yamamoto, Yazbec, no sentido de que a questão social expressa velhas mazelas do sistema capitalista, revestindo-se, na contemporaneidade, de novas roupagens, agudizando-se e complexificando-se em função do desenvolvimento das forças produtivas e da intensificação da exploração, próprias do sistema de acumulação capitalista.

As diversas expressões da questão social colocam desafios e limites de intervenção para o(a) Assistente Social, exigindo atenção nas relações que se processam no mundo do trabalho. Isto ocorre, principalmente em instituições da saúde, que lidam com o binômio saúde-doença, pelo qual as contradições de uma sociedade com níveis elevados de desigualdade social emergem com força. E os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença demonstram que as condições de saúde dos brasileiros, sobretudo, das classes subalternas, requerem grandes demandas para o trabalho cotidiano do(a) assistente social.

Nesse contexto, o trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde é permeado por dilemas e impasses que extrapolam o “saber” e o “querer fazer”, interferindo na resolutividade dos serviços prestados. E o(a) assistente social, na condição de partícipe da divisão social e técnica do trabalho, é um profissional especializado que está inserido no mercado de trabalho para realizar a prestação de serviços sociais, principalmente por meio das políticas implementadas pelo Estado.

É necessário que o trabalho do(a) assistente social esteja articulado à definição de um espaço social, em meio ao qual diferentes ordens de informação apreendidas no processo de formação, na experiência do fazer profissional e na própria vivência do sujeito, irão viabilizando com suas sínteses, condições para interpretar e orientar as condutas humanas acerca do seu objeto.

Trata-se pois, de um espaço circunscrito socialmente, no qual essas sínteses vão canalizar, orientar e apontar as necessidades de alianças, de negociações ou afastamentos, bem como a aceitação entre grupos. Essas relações sociais estão permeadas por questões de ordens, quais sejam, estruturais, conjunturais, sociais, políticas, históricas e culturais. E, em função da forma como são engendradas indicam a maneira como os profissionais interferem na dinâmica do trabalho no interior desses espaços ocupacionais.

Nesse sentido, o(a) assistente social é partícipe, enquanto trabalhador coletivo, de uma grande equipe de trabalho. E, sua inserção faz parte de um conjunto de especialidades que são postas em movimento simultaneamente para efetivar os objetivos das instituições tanto de caráter público, quanto privado.

Hoje, a tendência profissional na área da saúde tem sido a formação de equipes interdisciplinares, ressaltando-se o que fala Yamamoto (1998, p.83):

[...] o assistente social não realiza seu trabalho de forma isolada, ele interage com uma grande equipe de trabalho em qualquer área de sua atuação, assim sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas como um todo para a realização dos fins das instituições empregadoras sejam empresas, instituições governamentais.

Desta forma, é relevante o reconhecimento do profissional de serviço social, e sua capacidade teórico-técnica/ético-política, para interpretar as determinações culturais, sociais, políticas e econômicas que permeiam a realidade dos(as) pacientes e de seus familiares, orientando um tratamento global nos aspectos biopsico-sociais.

Cabe ao assistente social promover uma ação educativa, visando desencadear uma reflexão junto aos pacientes e familiares, para que possam participar do processo de tratamento e/ou cura.

Apresenta-se um conjunto de demandas e desafios presentes no cotidiano do(a) assistente social junto a pacientes portadoras do câncer de mama. As informações aqui analisadas foram apresentadas por usuárias que foram acometidas por essa doença e as quais entrevistou-se para esta dissertação.

O exercício da profissão de Serviço Social está regulamentado pela Lei 8.662, de 7 de junho de 1993, que destaca as competências e atribuições privativas do(a) Assistente Social, nos seus artigos 4º e 5º, e pelo Código de Ética do Assistente Social. São deveres do assistente social na relação com os usuários:

- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais,

- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários;
- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários;
- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses;
- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar as relações com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.

Baseando-se nesses deveres, analisa-se o cotidiano do(a) assistente social do Hospital Dr. Luiz Antônio, junto a quinze usuárias portadoras do câncer de mama.

O diagnóstico do câncer de mama e o medo da morte e da mutilação acarretam uma série de transformações físicas e emocionais. Diante disso o(a) assistente social, na relação com o paciente, precisa ter conhecimento e respeito às necessidades subjetivas, aos valores, princípios éticos, crenças e à cultura do usuário; precisa saber ouvir sobre sua dor, *stresses* e sofrimentos que acometem a vida neste momento, na perspectiva de contribuir para manter a dignidade do paciente. Não é permitido que seja uma pessoa indiferente ao processo saúde/doença que está sendo vivenciado pelo usuário(a).

Um dos problemas que abala a mulher em todos os aspectos do seu viver é o câncer de mama, sendo o mais temido devido ao impacto psicológico e social que provoca na vida dela, afetando o dia-a-dia das(os) pacientes e de seus familiares, sendo importante o apoio da equipe de saúde voltada para uma assistência integral. Essa equipe deve proporcionar uma relação de cooperação entre os profissionais de diversas áreas que a compõem, fazendo com que estes busquem em suas intervenções o que os igualam e não o que os tornam diferentes, fortalecendo uma prática coletiva capaz de ajudar nos resultados do tratamento, conseqüentemente, um favorável grau de credibilidade por parte de todos os envolvidos, seja a equipe de saúde ou os familiares em prol da qualidade de vida da paciente portadora do câncer de mama.

O câncer de mama ainda amedronta a vida das mulheres acometidas, mas o aumento de sobrevivência é hoje uma realidade, dada a detecção precoce e a eficácia dos tratamentos. Isto favorece a busca de estratégias que maximizem a assistência oferecida, contribuindo para a qualidade de vida das mulheres. As entrevistadas nomearam várias dificuldades vivenciadas após a descoberta da doença, além de informações sobre o atendimento que recebem no hospital. Analisa-se as entrevistas a partir dos seguintes eixos.

Eixo 01 – *Descoberta da doença:*

- “através da mamografia descobri que tinha um caroço na mama esquerda”;
- “estava tomando banho, toquei na mama e senti o caroço”;
- “através de uma biópsia”;
- “em uma consulta médica”;
- “levei uma pancada na mama, procurei o médico e ele palpou o nódulo”;
- “fazendo o auto-exame senti o nódulo na mama direita, procurei o ginecologista do bairro em que moro e ele pediu exames e confirmou o nódulo”;
- “fazendo o auto-exame, senti 03 nódulos na mama direita, procurei o médico e soube do resultado”.

Na realidade brasileira, vive-se um grande desnível entre a medicina curativa e preventiva. E convive-se com o crescente número de casos de câncer em todos os níveis sócio-econômicos. Apesar do trabalho das campanhas de conscientização em massa, ainda enfrenta-se os obstáculos do medo e da desinformação em relação à doença, pois a população de baixa renda muitas vezes não tem acesso às informações educativas e de prevenção realizadas pela mídia.

Para Melo (2001) reitera que as reações diante do diagnóstico, tanto da mulher quanto da família, dependem de diversos fatores, que vão desde o estágio da doença, situação sócio-econômica, maturidade da família, desenvolvimento psicológico e educacional, até os sistemas de apoio e os recursos da comunidade.

A(o) assistente social enfrenta cotidianamente grandes desafios e conflitos no que se refere ao atendimento de suas demandas. Com a problemática do câncer não é diferente, visto ser essa uma patologia, que traz consigo diversas conseqüências para o portador, como a dor, o sofrimento, a iminência de morte/perda, a exclusão do mundo do trabalho, a dificuldade na vida sexual, entre outros que diariamente requerem a intervenção do Assistente Social dentro de uma instituição prestadora de serviços na área oncológica.

A atividade da(o) assistente social é de grande relevância junto à prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente oncológico, visto que abrange as esferas social, psicológica, econômica, profissional, cultural, reabilitacional, preventiva e educacional, sendo necessário o conhecimento da realidade institucional na qual está inserido e da equipe com a qual atua, contribuindo para um tratamento mais completo.

Dessa forma, a contribuição do(a) assistente social nesse momento da descoberta da doença é de fundamental importância, por esse profissional ter uma identificação muito clara do ser social, indo além do conhecimento tecnicista de qualquer profissão, bem como tendo habilidade no tocante

à prevenção, diagnóstico e tratamento do(a) paciente oncológico. Isto porque o câncer envolve questões sociais que modificam a vida dos(as) usuários(as) na busca de realizar um trabalho baseado em facilitar o acesso dos(as) mesmos(as) aos serviços e tratamentos de saúde.

Eixo 02 – Relação Usuária/ Assistente Social

- “pra mim foi tudo, até hoje você entrou na minha vida”;
- “me ajudou muito na percepção da vida, mostrando que câncer não significa morrer”;
- “é muito importante, ela facilita a vida do paciente, os exames são orientados por ela, ela sabe aliviar a nossa dor”;
- “foi a pessoa que facilitou a minha vida, o benefício previdenciário, a gratuidade do transporte”;
- “muito importante, pelo apoio que esse profissional presta ao paciente”;
- “para mim foi tudo de bom, o assistente social me ajudou emocionalmente, quanto aos encaminhamentos e orientações”;
- “me deu todo apoio nos encaminhamentos, benefícios, orientações, relação familiar”;
- “muito importante, ela nos passa as informações que não tínhamos sobre a doença e sobre nossos direitos”;
- “muito importante conseguiu uma peruca para mim”;
- “é muito valioso, lembro que no início do meu tratamento, eu me sentei para falar com assistente social da Liga e ela me deu muita força, eu sofria muito em pensar que o meu cabelo ia cair e ela me falou que o medicamento que ia tomar ia matar quem estava querendo me matar e foi muito importante, porque daquela hora em diante, eu só me encorajei”.

Analisando esses depoimentos, percebe-se que o(a) assistente social, independente da instituição em que atua, desenvolve ações individuais, intervindo em questões emergentes, como nas orientações/encaminhamentos de exames, agindo como facilitador do processo que envolve as políticas de acesso. Atua como facilitador quanto aos direitos do paciente oncológico, orientando-os para a sua aquisição mostrando que não estão pedindo favor aos órgãos públicos, mas, sim, exercendo-se como sujeitos que estão em busca dos seus direitos previstos em lei, garantindo assim, os direitos sociais e o exercício da cidadania.

Apesar da grande evolução no processo de atendimento e tratamento de pessoas com câncer, ainda hoje a compreensão da doença é perpassada por tabus e preconceitos, devendo o profissional de serviço social buscar desmistificar tais conceitos junto aos usuários, bem como junto à equipe de

saúde. Isto porque, mesmo diante da evolução da medicina e com as possibilidades de cura, as pessoas ainda nutrem sentimentos e pensamentos contraditórios, como a rejeição e o medo de tocar o portador fisicamente, de arruinar a família, da hereditariedade da doença, o medo de perder o paciente, entre outros. Gera com isso, um grande preconceito em torno dessa patologia, sendo o paciente o mais prejudicado.

Eixo 03 – *Relação frente a perda da mama*

- “não senti nada, nada afetou”;
- “me senti uma pessoa mutilada, até hoje não me olho no espelho”;
- “a perda da mama foi a maior perda da minha vida”;
- “é muito difícil, nasci com duas mamas e hoje só tenho uma”;
- “é horrível, fiquei defeituosa, me sinto horrorosa, só supero porque o hospital me deu uma prótese artesanal, senão eu não sairia nem de casa”;
- “não tinha coragem de ter relação sexual, sentia vergonha”;
- “não consigo me olhar no espelho, a mutilação acabou com a minha feminilidade, é muito triste”;
- “tenho raiva porque a doença está me matando aos poucos”;
- “nada senti, é melhor perder a mama do que perder a vida”;
- “fiquei a mesma, procuro andar mais arrumada para que ninguém perceba”;
- “sou uma pessoa fria, não quero ter relação sexual, me sinto amputada”.

Diante das respostas que se observou, na relação consigo mesmas após a perda da mama as mulheres percebem um corpo mutilado, experimentam a sensação de impotência, de dor e limitação, e ao mesmo tempo percebem que esse corpo necessita de cuidados.

Ao justificarem o seu corpo como mutilado, fazem-no identificando sentimentos de tristeza, estranheza e preocupação, sentimentos de impotência sexual, de dor e limitação. Representou também para elas a perda da feminilidade percebendo que seu corpo apresenta-se alterado e estranho ao olhar-se no espelho e quando está despida.

A mulher aprende durante toda a vida sobre a estética corporal, que o corpo humano contém duas mamas. E ao submeter-se à mastectomia, acaba por perceber o seu corpo sob um novo olhar, que muitas vezes apresenta modificações no seu modelo postural, e percebe comprometimentos na beleza física. Assim, a partir da retirada da mama, toma consciência da posição que esse órgão tem no contexto corporal e sócio-cultural que vai dando-se de forma gradativa e contínua à percepção do que esse órgão representava na vida delas.

A mama feminina engloba todo um simbolismo e todo um conceito que a mulher faz de si mesma. É vista como meio de comprovar a feminilidade e a sexualidade, sendo, portanto, sua perda, algo devastador, uma espécie de castração. A ênfase dada à mama feminina como parte do seu corpo responsável por uma característica simbólica para a identidade da mulher, resulta numa grande perda a retirada da mesma.

Para Fernandes (1997), quando a imagem corporal vai alterando-se gradativamente como um processo de envelhecimento, o corpo modifica-se por etapas, sem interferir tão profundamente na personalidade. Mas, na mastectomia, a imagem da mulher é modificada bruscamente sem tempo hábil para uma adaptação; e ainda, como consequência de uma doença grave. Sua nova situação assemelhar-se-ia um roubo ou acidente, que chega e subtrai repentinamente algo importante e insubstituível.

Os depoimentos descritos nas entrevistas permite-nos informar que as referências para enfrentar a mudança na imagem corporal são produtos das experiências de vida, pois como se percebe em algumas das respostas das entrevistadas, há a conformação em perder a mama, mas também há um momento de revolta, de tristeza e de mudança de vida.

É preciso que os profissionais que convivem com mulheres mastectomizadas, tenham a clareza do que esse acontecimento representa na vida dessas pacientes, para que possam reconhecer o significado desse momento no contexto de vida das portadoras do câncer de mama após a mastectomia.

Eixo 04 – *Reação frente a queda dos cabelos*

- “normal, achei ótimo”;
- “foi terrível, o mundo desabou, foi muito sofrimento”;
- “muito difícil, até hoje meu sistema nervoso está abalado”;
- “o mundo estava se acabando para mim, o que me confortou foi DEUS”;
- “fiquei triste, mas a fé e a família me ajudaram”;
- “passei a máquina zero, foi muito doloroso”;
- “fiquei com raiva porque não caiu logo de vez, pois foi triste ir vendo a cada dia ir caindo um pouco”
- “muito mal, pensei em suicídio”;
- “o médico da quimioterapia me orientou bem, fiquei conformada”;
- “sim foi dolorosa a queda do meu cabelo. Mas eu me conscientizei que o tratamento seria o melhor para mim”;

- “muito triste porque o meu cabelo era grande e eu gostava muito, falavam que quando nascesse, não ia ser bonito, mas nasceu mais bonito do que o natural”;
- “eu quase morri, foi pior do que perder a mama, vivia trancada em um quarto”.

Muitas vezes, profissionais que convivem no dia-a-dia com a paciente portadora do câncer de mama não percebem como a imagem corporal traduz inquietações na vida delas. Mas nas entrevistas realizadas, formulou-se uma pergunta com relação à queda do cabelo, já que há uma vaidade intrínseca nas mulheres com relação ao cabelo, em função do comércio da estética ter investido cada vez mais em artifícios que mudam totalmente a performance, da mulher. Diante das respostas, há de perceber-se que a alopecia (queda de cabelo), mostra o desencontro entre o conceito que a mulher tinha mentalmente figurado no seu próprio corpo e a maneira como agora ele está sendo percebido.

Diante das respostas acima citadas, o(a) profissional do serviço social precisa entender esse processo da mudança da imagem corporal do(a) paciente. Por isso, há uma tendência em buscar parcerias com proprietários de salão de beleza para doar à instituição perucas, pois as pacientes procuram o(a) assistente social para amenizar a percepção e mudança de visual que as acometem. Com isso, os tratamentos que combatem o câncer de mama, como a quimioterapia, causadora da queda do cabelo, causa também grande distorção na imagem corporal, como ver-se nos depoimentos. E nesse momento a relação profissional/paciente deve ser pautada na maior clareza de informações, pois caso contrário, o sofrimento pode tornar-se ainda maior.

Ao deparar-se com suas limitações físicas, a mulher também passa a enfrentar dependência e mudanças de papéis, deixar suas atividades de rotina, o trabalho, o cuidado com seus filhos e a casa. Num primeiro momento, a mulher sente-se frágil e inútil diante das tarefas mais simples até as mais complexas, como prover o próprio sustento e o da família. Nas entrevistas realizadas, perguntou-se qual a situação de trabalho das mesmas, e obteve-se o seguinte resultado diante da pergunta: “Se você trabalha em alguma instituição, como está sua situação funcional/financeira”? Para Fernandes (1997), o comportamento social das mulheres com câncer de mama é afetado, ocorrendo uma mudança nas suas atividades laborativas, como mostram os resultados analisados na tabela que se segue, pois onze das mulheres entrevistadas trabalhavam, e hoje encontram-se em benefício social, auxílio-doença e até aposentada. Elas deixam seus empregos e restringem suas atividades domésticas e sociais pela ocorrência da doença. Isto contribui para aumentar o comportamento depressivo e de isolamento social, pois as mulheres estão sentindo-se inúteis por não desempenharem tarefas que outrora eram de sua competência.

Eixo 05: *Inserção Profissional frente à situação de Benefícios Sociais/Previdenciários das Entrevistadas*

Situação Previdenciária	Número de Mulheres
Benefício	06
Auxílio-Doença	03
Aposentada	02
Sem Renda	04

QUADRO 06: Inserção Profissional frente à situação de Benefícios Sociais/Previdenciários das Entrevistadas

Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

A reabilitação trata da reinserção da paciente portadora do câncer de mama que estão em tratamento nas atividades que realizava antes da descoberta da doença, sendo estas de caráter doméstico, profissional e social. Assim, deve referir-se principalmente à família, visto que se trata da adaptação à sua vida normal.

Eixo 06: *Sentimentos que as entrevistadas sentiram frente a descoberta da doença*

Sentimentos	Número de Mulheres
Medo	05
Tristeza	06
Morte	03
Depressão	03
Finitude	01
Nada Senti	03

QUADRO 07: Sentimentos que as entrevistadas sentiram frente a descoberta da doença.

Fonte: Pesquisa de Campo/2006.

Na busca da causa do seu câncer, as mulheres demonstram a ausência de expressão e a incapacidade para manifestar seus sentimentos, de deixar que outras pessoas saibam quando estão magoadas, zangadas e até hostis. E muitas vezes esses sentimentos demonstram a fragilidade da pessoa, a lacuna que se forma pela instalação da doença.

O medo, a desesperança, a tristeza, a depressão, o medo de morrer e o sentimento de finitude são considerados comuns diante do diagnóstico e tratamento do câncer, mas é preciso um suporte profissional, familiar e sócio-cultural para o enfrentamento de todos esses sentimentos vivenciados pela paciente portadora do câncer de mama.

O sentimento da morte, cheio de estigmas, causador de mutilações e de alteração na imagem corporal leva à sensação de ansiedade, depressão, finitude de vida, causando ainda uma incredibilidade nos tratamentos e num possível descrédito e desistímulo pela vida.

O câncer de mama e os possíveis tratamentos deixam na mulher uma profunda cicatriz emocional, gerando sentimentos de tristeza, reações depressivas e um isolamento social, visto que o impacto do diagnóstico causa um abalo emotivo e reações psíquicas, necessitando nesses casos de um suporte psicológico e até psiquiátrico diante da gravidade do caso.

O suporte do profissional de serviço social nesse momento é muito importante, no que se refere às relações do paciente com familiares. E este pode ser observado por meio de encaminhamentos, orientações e estudos de caso, contribuindo para a paciente manifestar seus

sentimentos, suas situações psico-sociais, podendo compartilhar suas histórias de vida, que com certeza, irá ajudar na luta contra o câncer.

A mulher, na tentativa de entender a doença, como adaptar-se a esse novo momento da sua vida e como conviver com a doença, vivencia sentimentos complexos, avalia sua auto-estima após o diagnóstico positivo. Na maioria das vezes, descobre-se que é necessário ser forte para conseguir vencer a doença, utilizando estratégias como a fé, revendo seus valores pessoais, revendo suas relações familiares, pois apesar do impacto começa a buscar novos propósitos de vida, estabelecendo novas esperanças.

Eixo 07 – Percepção da auto-estima

- “péssima, achava melhor morrer do que viver”;
- “pra baixo, porque perder uma parte do corpo e o cabelo é terrível”;
- “foi terrível quando eu soube, mas eu pedi muita força a Deus e a minha auto-estima aumentou”;
- “muito em baixa, me achava feia sem a mama”;
- “aumentei minha auto-estima, continuei a gostar mais de mim”;
- “baixa, me senti mutilada e não teria mais atividade sexual, senti a finitude”;
- “fiquei muito mal, me senti inferior as outras mulheres”;
- “abalada, achei que o meu marido iria me abandonar e só a fé me manteve em pé”;
- “fiquei muito triste, o impacto é muito doloroso”;
- “minha auto-estima ficou bem, o que me preocupava era o que os outros pensavam de mim, sem a mama”;
- “me senti sem existência, o câncer acabou com a minha vida”;
- “fiquei muito triste, até hoje não estou bem, a minha vida é um tormento”;
- “muito baixa, resolvi pensar positivo e tentei reerguer”;
- “eu dedico a minha vida a meu filho, não tive tempo para pensar”.

Diante das respostas acima, analisou-se que após a mastectomia, as mulheres têm como preocupação a continuidade do tratamento e a reabilitação. Surgem questões relativas à reelaboração da auto-estima e da imagem corporal.

Para algumas mulheres, a preocupação se dá pela percepção da assimetria do corpo, e a visibilidade da cirurgia, que muitas vezes, é vista como um ato agressivo, pelo qual a pessoa, ao perder parte do seu corpo, apresenta modificação do modelo postural alterando assim toda a mobilidade do organismo.

No caso da mastectomia, há uma desconstrução da imagem corporal de maneira abrupta, e, essa imagem e auto-estima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida. Diante dos depoimentos acima descritos, percebe-se que as mulheres que passaram pela cirurgia mutiladora da mama necessitam de um tempo para assimilação, incorporação e reconquista da auto-estima.

Diante dos depoimentos das entrevistadas, foi possível apreender que grande parte da trajetória empreendida pelas pacientes mastectomizadas representou o treinamento físico e espiritual para o cuidado delas próprias, a fim de situarem-se como seres humanos, compostos de uma integralidade, apesar de apresentarem uma mutilação física; e que, mesmo após o diagnóstico positivo do câncer de mama, elas buscaram na fé forças para continuar a viver essa experiência dolorosa que se apresenta em suas vidas.

Outro fator foram as mudanças no modo de ser e tratar os outros, quase que um novo nascer para a vida e para o auto-conhecimento, pois elas identificam o fato de ter câncer como sendo o fator primordial para a descoberta de valores que antes da doença elas não percebiam, como também aspectos significativos de suas vidas. Outro impacto identifica que o câncer propicia uma reavaliação de suas prioridades, fazendo com que as mulheres apreciem a vida e sintam-se felizes por estarem vivas e poderem criar seus filhos.

Portanto, diante desses resultados, os profissionais de área da saúde na oncologia devem considerar todos os aspectos, situações e depoimentos expressos pelas entrevistadas, salientando-se que a manutenção de uma atitude de esperança, de desesperança, de apoio varia conforme o estágio da doença. Cada pessoa reage de forma muito peculiar à experiência do câncer, não existindo uma conduta padrão para o profissional, um caso único, sendo importante que em todas as etapas vividas pela paciente seja preservada a autonomia, a integridade e o respeito às opiniões e desejos dessas mulheres portadoras do câncer de mama.

O(a) profissional de serviço social utiliza-se de instrumentos como a entrevista social, os encaminhamentos, as orientações e as visitas domiciliares com o objetivo de mostrar as situações sócio-econômicas, psicológicas, cultural e de moradia para buscar os melhores instrumentais a serem utilizados no momento da perda da mama, com a realização da cirurgia de mastectomia.

Segundo Costa (2000), não se pode negar que os objetos das práticas profissionais da saúde, inclusive do(a) Assistente Social, dependem dos objetivos e dos meios pelos quais desenvolve-se a saúde na sociedade brasileira, os quais ainda privilegiam as ações curativas em detrimento das preventivas. Verifica-se portanto, que [...] “a objetivação do trabalho do assistente social passa

rotineiramente pela implementação de alternativas de enfrentamento dos problemas de atendimento ao usuário, configurando-se como fundamental para assegurar o desempenho institucional e do próprio processo de trabalho em saúde. Mais que isso, sugere que onde houver limitação ou impedimento de ordem sócio-econômica, cultural e institucional ao pleno desenvolvimento do conjunto dos procedimentos necessários ao diagnóstico e ao tratamento, e o assistente social inclua-se no processo coletivo de trabalho”. (COSTA, 2000, p.67).

Dessa forma, é necessário que as demandas dirigidas ao Serviço Social na oncologia priorizem a atenção individualizada à paciente, exija aos Assistentes Sociais o planejamento de suas estratégias e ações a partir da identificação das demandas que estão explícitas e implícitas nas situações que aparecem no cotidiano desse profissional.

É preciso também priorizar o trabalho multiprofissional e coletivo, objetivando potencializar as conseqüências e resultados de suas ações frente às demandas postas no dia-a-dia profissional, envolvendo as ações voltadas para a garantia da participação da população, na definição dos rumos da atenção prestada aos usuários, com acesso às informações relativas aos seus direitos, interesses e necessidades na saúde e ao seu papel no tratamento, na promoção da saúde, na prevenção da doença e no apoio de encaminhamentos necessários para a atenção dos(as) mesmos(as).

Diante disso, é necessário realizar atenção individualizada e coletiva que permeie a equipe de saúde, e sobre os direitos dos(as) pacientes enquanto cidadãos, no sentido de facilitar a participação desses usuários na proteção; recuperação da saúde e prevenção da doença, viabilizando respostas necessárias às suas demandas e interesses imediatos e mediatos que se apresentam no cotidiano do(a) assistente social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste trabalho não encerra as reflexões sobre o cotidiano do profissional de serviço social, frente as demandas apresentadas pelas pacientes portadoras do câncer de mama. Mas, sim, busca continuar avaliando as discussões sobre a profissão sócio-historicamente construída e legitimada para responder às demandas originárias do enfrentamento da questão social dentro de uma trajetória baseada no Projeto Ético Político, como também a prática desse profissional na Saúde e nesse contexto na área Oncológica, não estando imune as alterações da dinâmica da sociedade.

Os efeitos da questão social sobre a população são expressos num conjunto de disparidades econômicas, políticas, sociais e culturais, que trazem graves rebatimentos para o âmbito da saúde, e particularmente para a problemática do câncer, que é uma patologia que traz diversas conseqüências para o(a) portador(a), como a dor, a mutilação, o sofrimento, a iminência da morte/perda, o sentimento de finitude, a exclusão do mundo do trabalho, o comprometimento da vida sexual, a dificuldade financeira e a convivência consigo mesmo após a amputação. Este, traduz-se em um novo momento de sua vida.

Esse estudo teve como análise a resposta às demandas apresentadas pelas pacientes portadoras do câncer de mama, por parte do(a) assistente social, já que é uma doença considerada como um grave problema de saúde pública mundial, em decorrência do aumento de sua incidência, e por ser a segunda causa morte que mais mata mulheres no Brasil.

Num primeiro momento, analisa-se a oncologia, que tem seu referencial na Política Nacional de Atenção Oncológica, regulada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) e vê-se a sua importância para o tratamento da doença, tendo como objetivo geral avaliar e implantar questões relativas à incidência e a mortalidade pelo câncer, por meio de um conjunto de ações contínuas que levem à conscientização da população quanto aos fatores de risco da doença. Desse modo, promove a detecção precoce e favorece o acesso a um tratamento de qualidade em todo o território nacional, buscando, dessa forma, um atendimento digno a(o) paciente portador(a) de neoplasia.

No Rio Grande do Norte, a Política de Atenção Oncológica baseia-se em estruturar a rede de atenção à saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, propondo a prevenção, promoção, tratamento e a reabilitação de pacientes portadores(as) de neoplasia, qualificando a atenção com responsabilidade entre os gestores e usuários, priorizando o acolhimento e a resolução das situações que venham acontecer, fortalecendo e ampliando o controle social; como também garantir um

processo permanente de educação, treinamento e reciclagem dos profissionais que trabalham na oncologia, buscando assistência de forma integralizada, prevenção do diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa na área oncológica.

Num segundo momento, analisa-se o trabalho realizado no Hospital Doutor Luiz Antônio, *locus* da intervenção desta autoria, e referência na Oncologia no Estado, o qual está regido sob as diretrizes da Política Nacional, através do INCA e com atendimento baseado nos princípios do SUS. Este sistema é regulamentado por meio da lei ordinária 8.080, de 19 de setembro de 1990, que tem em seu dispositivo “a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”; e ainda por meio da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que, juntamente com anterior forma a Lei Orgânica da Saúde (LOS), sendo elas que definem as bases para a organização e o funcionamento do SUS.

No cotidiano, tal modelo de saúde apresenta-se fragmentado e pouco eficiente, não atendendo a todas as demandas populacionais que buscam seus serviços, mostrando, dessa forma, a necessidade do fortalecimento dos instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle para a garantia da manutenção do Sistema. Mas, no contexto do SUS, no Brasil, tanto a detecção quanto a confirmação do diagnóstico dos casos de câncer de mama acontecem tardiamente, em decorrência de algumas dificuldades como falta de atenção básica, liberação de autorização para exames de alta complexidade, e as filas imensas nos postos de saúde para atendimento de triagem médica, dentre outros, que acabam dificultando o acesso das(os) usuárias(os), como também a realização das estratégias direcionadas a atenção precoce, para que dessa forma, seja minimizado o alto índice da doença.

Portanto, o SUS deve ser entendido como um processo de produção social da saúde em marcha, que não iniciou em 1988 com a Constituição Federal, nem tampouco tem momento para ser definido pelos segmentos democráticos populares que atuam na área da saúde, e que por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos, discussões e avanços.

À medida que o SUS avança nas suas propostas de descentralização, modernização e incorporação de tecnologia, fica mais evidente a necessidade de utilização de instrumentos que possam dotar a gestão de agilidade e objetividade, sem perder de vista a sua finalidade maior, que é atender às necessidades concretas da população, no que se refere aos seus problemas de saúde.

Como já se falou sobre a precariedade do SUS, é preciso desmistificar que, às vezes, as pessoas acabam avaliando e atribuindo toda a problemática e ineficiência deste sistema aos profissionais. Quase sempre, com uma responsabilização individual sem considerar todas as

relações sócio-históricas e institucionais que perpassam esse sistema de saúde, como também os fenômenos sociais que estão por trás das práticas dos profissionais que não podem ser avaliadas simplesmente descrevendo-se suas atividades, mas analisando-se toda conjuntura nos aspectos culturais, sociais e de gestão, desde sua implantação até os dias atuais.

O câncer é a doença da incerteza, do medo de morrer, da recidiva, do medo da alopecia (queda de cabelo), da mutilação, da dor, da rejeição familiar, do preconceito consigo mesma e do isolamento da sociedade. Isto porque a confirmação do diagnóstico positivo da doença é uma situação de intensa mobilização existencial para as mulheres, com profundas implicações sociais, psicológicas, corporais e sexuais. E estas situações foram evidenciadas durante este trabalho, nas entrevistas realizadas com as pacientes. Tais situações provocam muitas vezes, algumas mudanças traduzidas na vida das mesmas.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no RN, sendo o primeiro entre as mulheres. Mas, diante do cotidiano vivenciado em hospital oncológico, sintetiza-se que a rede pública de saúde do RN, apesar da proposta de universalização do SUS, no dia-a-dia não atende qualitativamente nem quantitativamente à demanda, pois os problemas relativos ao acesso à saúde são muitos. Apesar dos princípios que regem o SUS, sendo eles a equidade, universalidade e integralidade, grande parte da população fica à margem do mesmo, onde a oferta dos serviços em algumas vezes não é proporcional à demanda que se apresenta, configurando-se desse modo, numa forma de exclusão social.

Na oncologia, a situação não é diferente, pois a demanda no Rio Grande do Norte é grande frente à oferta, gerando um *déficit*. Há também a carência de uma política de educação sanitária, pois ações oferecidas pelo governo, não chegam a uma parcela significativa da população, que não tem acesso à rede básica de saúde.

Procurou-se, nessa pesquisa, destacar, analisar e avaliar a importância da atuação do(a) assistente social que atua na área da oncologia, frente às demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama.

Diante das análises e dos depoimentos que foram coletados no decorrer de todo o estudo, poder-se-ia apontar algumas considerações e contribuições deste trabalho para o profissional de Serviço Social na área da saúde, como também instaurando um espaço de reflexão acerca da trajetória que foi percorrida ao longo desses 30 meses de estudo e pesquisa, possibilitando a emergência de novos olhares e novas indagações a serem respondidas e avaliadas pelo(a) assistente social que atua na área oncológica.

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

Por último, analisou-se aspectos do serviço social, ao pensar a dimensão ético-política da prática profissional na contemporaneidade, que se torna a cada dia, uma necessidade inadiável, sobretudo em tempos de agravamento das expressões da questão social. Inserido num campo de interesses sociais antagônicos, o serviço social possui uma clara dimensão política, por estar imbricado com as relações de poder na sociedade; e uma dimensão ética, que implica a adoção de princípios e valores humanos para o cotidiano da prática profissional.

Buscou-se, no decorrer desse trabalho, caracterizar o perfil da atuação do profissional de Serviço Social na área oncológica, dentro do que norteia a Lei que Regulamenta a Profissão e o Código de Ética. Ao realizar esse estudo, entrevistou-se duas Assistentes que atuam na Oncologia, que trabalham em instituições diferentes, uma na cidade de Natal e outra em Mossoró/RN, que muito contribuíram com esse trabalho, com relatos, por meio de uma entrevista semi-estruturada. Assim, obteve-se nesse estudo, que pode-se contar com profissionais comprometidos, que expandem seu compromisso para com a profissão, e buscam uma atuação voltada para os direitos e benefícios, e ainda as dificuldades de enfrentamento que abrangem as esferas bio-psico-social que permeiam a vida das pacientes portadoras de câncer de mama.

Quanto às quinze pacientes que foram entrevistadas, analisou-se o perfil das mesmas, elaborando assim a situação sócio-econômico-cultural que perpassa a vida delas após o diagnóstico positivo da neoplasia de mama. Resultado este que se revela na vida das mesmas, à partir dos depoimentos coletados, como: sentimentos de morte, rejeição, mutilação, finitude, baixa da auto-estima, impossibilidade para o trabalho refletindo numa diminuição dos seus rendimentos e, conseqüentemente, em problemas de sobrevivência, de rever suas atividades, seus valores e sua forma de viver.

Constatou-se que, tanto as usuárias quanto as profissionais entrevistadas, no que diz respeito aos Direitos do Paciente Oncológico, mostraram-se em sintonia com o que é proposto pelas leis que asseguram direitos à paciente portadora do câncer de mama. Desta forma, é necessário que esse profissional esteja atualizado quanto aos direitos/benefícios do(a) paciente oncológico, facilitando os encaminhamentos necessários para que o(a) paciente perceba que está recebendo um benefício,

acobertado por lei, que o(a) mesmo(a) tenha a certeza do seu papel de cidadã e que não está sendo favorecida(o) por ninguém.

Identificou-se e analisou-se as demandas propostas pelas(os) pacientes, na busca de respostas do profissional de Serviço Social que atua com oncologia. Espera-se portanto, que a partir dos questionamentos, reflexões, análises e discussões surgidas neste trabalho de pesquisa, tenha-se conseguido gerar espaços de reflexão para os(as) assistentes sociais da área oncológica, para que (re)pensem sua prática e (re)encontrem possíveis alternativas para continuar fazendo o que já de bom existe. E ainda, buscar melhorar o que há de forma deficiente no que diz respeito ao cotidiano desse profissional frente as demandas das pacientes portadoras do câncer de mama.

Por fim, o trabalho apresenta o fazer do(a) assistente social frente as demandas apresentadas pelas usuárias do SUS, em tratamento do câncer de mama, no cotidiano profissional, sendo este profissional comprometido com o projeto ético político da profissão, apesar dos limites e desafios impostos no dia-a-dia, mediante o contexto sócio-cultural em que está inserido. Mas é preciso acreditar em dias melhores, na busca de condições de trabalho digno, e em respostas ao que é proposto a este profissional, com argumentos necessários para o enfrentamento das políticas públicas de saúde.

Dessa forma, é importante ressaltar-se que o conhecimento aqui produzido, não está acabado, e que se deseja ter contribuído para com o debate sobre as demandas, tendências e particularidades do exercício profissional do(a) assistente social. Acrescentando-se ainda, que esse conhecimento esteja aberto a análise, avaliação, sugestão, aprofundamento e possibilidade para novos estudos sobre a temática, não sendo assim uma verdade única, mas visto como um trabalho que possibilitará crescer-se tanto do ponto de vista profissional quanto acadêmico, na construção de novos saberes.

REFERÊNCIAS

ABC da saúde. Disponível em: <<http://www.abcdasaúde.com.br>>. Acesso em: 30 mar. 2007.

ABREU, Marina Maciel. **Serviço social e a organização da cultura:** perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

ALBUQUERQUE, Julyana Cristina de Paiva; LIMA, Ingrid Nadriane Gomes de. **Análise Institucional do Hospital Dr. Luiz Antônio – HLA.** Natal: UFRN/DESSO, junho de 2005.

ANDERSON, Perry. **O Balanço do Neoliberalismo. Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, J. Leopoldo F. **Hospital:** instituição e história social. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.

ANTUNES, Ricardo. **Fordismo, Toyotismo e Acumulação flexível:** adeus ao trabalho? 8 ed. São Paulo: Cortez, 2002.p.21-p.46

ARAÚJO, Gadelha de; GADELHA, Roberta Dayane de A. **Serviço Social, Saúde e Educação no âmbito da oncologia:** uma intervenção possível. Pgs. 102 Monografia de Serviço Social, UFRN, Natal/RN, 2006

AROUCA, Sérgio. Disponível em: <<http://bvarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 15 set. 2006.

BARBOSA, Antonieta M. G. **Câncer:** direito e cidadania. Recife: Edições Bagaço, 2002.

BARBOSA, Izabel Cristina F. J. **Proposta de intervenção terapêutica ocupacional com mulheres portadoras do câncer de mama e mastectomizada.** Monografia - UNIFOR, Fortaleza, 1998.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram à história da Oncologia no Brasil: Instituto Nacional do Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 3, jul./ago./set., 2005.

BARROS, A . de Jesus Paes de; LEHFELD, Neide A . de Souza. O projeto de pesquisa. In: **Projeto de Pesquisa: Propostas Metodológicas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990, p. 18-46.

BERTANI, I. F. O processo de trabalho do Serviço Social no ambulatório do INCOR. **Revista Serviço Social & Sociedade**. Rio de Janeiro, p.41-52, 1993.

BEREZOVSKY, Mina. **Serviço Social médico na administração hospitalar: análise teórica e levantamento da situação em hospitais de São Paulo**. São Paulo/SP: Editora Cortez, 1997.

BEZERRA, Suely de Oliveira. **Desvendando as demandas para o Serviço Social no complexo hospitalar e de atenção à saúde da UFRN, a partir dos anos 90: limites e desafios**, 2004. Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal/RN

BEZERRA, Tereza Cristina Esmeraldo. O Serviço Social no contexto contemporâneo: uma reflexão inicial sobre os sentidos da ação profissional. In: LESSA, Ana Paula Girão; COSTA, Liduína Farias A.(org). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: UECE, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social e Projeto Ético-Político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 25, n. 79, p. 108-129, jul. 2004.

BRAGA, A .C.F. **Depressão em mulheres mastectomizadas**. Dissertação de Mestrado -Escola de Enfermagem – UFBA, Bahia, 1996. p. 87.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Alterações anotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1 de 1992, a 42 de 2003, e pelas Emendas Constitucionais de revisão de nº 01 a 06 de 1994, Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

_____. Decreto Lei nº 3.496, de 1º de junho de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de câncer. **A detecção do câncer de mama: atualização e recomendações**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996. p. 14-16.

_____. Lei nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7713.htm>. Acesso em: 30 ago. 2007.

_____. Lei nº 8.080 de 17 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 ago. 2007.

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 ago. 2007.

_____. Lei nº 8.662 de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 mar. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8662.htm>. Acesso em: 23 ago. 2007.

_____. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm>. Acesso em: 23 ago. 2007.

_____. Portaria nº 741/05 Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades:

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.349, de 08 de dezembro de 2005**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf. Acesso em: 23 ago. 2007.

_____. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: **Coletânea de Leis**. CRESS 14ª Região/RN. Natal/RN, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.439**. Artigo 3º, 1995, pág. 02.

_____. **SUS**: Sistema Único de Saúde, Lei 8080 de 1990.

BRAVO, Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

_____. O Serviço Social na saúde na década de 90. In: Superando desafios. **Cadernos do Serviço Social do HUPE (03)**. Rio de Janeiro, UERJ, 1998.

_____. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: **Políticas sociais e setoriais por segmento. Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais**. Brasília: CFESS/ABEPSS-CEAD, UNB, 2000, Mod. 3.

BRAVO, Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. IN: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara A. (orgs.). **Política Social e Democracia**. 2.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CÂNDIDO, Daniele Dayanna Oliveira de Medeiros. **Câncer de mama: Vivências das usuárias dos serviços prestados pela Liga Norte Riograndense Contra o Câncer**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – UFRN, Natal, 2006.

CARVALHO, Alba Maria Pinheiro de. **A Questão Social e as transformações nas políticas sociais: as respostas do Estado e da Sociedade Civil**. Oficina Regional da ABESS, Ceará, 1998.

CARVALHO, M. J. M. M. **Introdução a Psico-Oncologia**. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2000

CAVALCANTI, Soraia A. V. Reforma do Estado e Políticas Sociais no Brasil. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, v. 22, n. 68, p. 34-110, nov. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, CFESS, 2003 P. 12

COHN, Amélia. As Heranças da Saúde: da política da desigualdade à proposta da equidade. In: **A Saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOB, Pedro R. et. Al. **A saúde como direito e como Serviço**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COLETÂNEA DE LEIS DO SERVIÇO SOCIAL. 5.ed., Natal/RN, 2006, p.07-08.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - 7ª REGIÃO. **O Serviço Social em hospitais: orientações básicas**. Rio de Janeiro: Comissão de Saúde / Grupo de trabalho de hospitais. Maio, 2003.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 62, p. 41-43, março de 2000.

COSTA, Liduína Farias A. O público e o privado na política da saúde: Panorama atual do SUS e o Serviço Social. In: SILVA, Ana C. Oliveira, *et. al.* (org). **O Serviço Social no SUS**. Fortaleza: UECE, 2003.

COUTO, Berenice Rajas. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível? In: **o direito social, a Constituição de 1988 e a garantia da assistência social**. São Paulo: Cortez, 2004.

CREIGTON, James L; SIMONTON, O. Carl; SIMONTON, Stephanie Matheus. **Com a vida de novo**: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. Tradução: Heloísa de M. A. Costa. São Paulo: Summus, 1987.

DATASUS (2003). Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2007

DELGADO, Gilson Luchesi. Informações sobre metástase. In: **Vidarte**. Publicações da Roche. São Paulo. Vol. 8, fev. 2003.

DIAS, Sônia Maria. **Ainda posso levar uma vida normal?** Rio de Janeiro: Edições News Eventos e Promoções, 1999.

DOUSSET, M. P. **Vivendo durante um câncer**. Tradução de V. Ribeiro. São Paulo: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estrutura e organização de atenção à saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza desenvolvida das políticas sociais no Brasil**. Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais. Módulo 3: Política Social, Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/BED-UNB, 2000.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; MAMED, Marli Vilela. **Câncer de mama: mulheres que sobreviveram**. Fortaleza: UFC, 2005.

FERNANDES, A. F.C. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. p. 96.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). Disponível em: <<http://www.fiocruz.com.br>>. Acesso em: 08 dez. 2006.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO (FOSP). **Comitê de Serviço Social em Oncologia**, São Paulo, 1997.

GOMES, R. **Manual de Oncologia básica**. Campinas: Revinter, 1987.

GONÇALVES, M.C.S.; DIAS, R.M. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudo de Psicologia**, 1999. p.141-159.

GOUVEIA, Taciana; CAMURÇA, Sílvia. **O que é gênero**. Recife/PE: SOS corpo, Gênero e Cidadania, 1997.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo-SP: Editora Cortez, 1995.

GUERRA, Yolanda – **O Exercício Profissional na Contemporaneidade e o Enfrentamento das Desigualdades**. Trabalho publicado no X CBAS – Rio de Janeiro, RJ – 2001.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e sociedade**. Eliane Mussnich (Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas da saúde:** assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Estatística do século XX.** Rio de Janeiro, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** Trabalho e Formação Profissional. Cortez Editora. São Paulo. 1998

IAMAMOTO, Marilda Vilela – **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade.** in Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em Questão. Brasília, DF: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** Trabalho e Formação Profissional. Cortez Editora., 9 ed. São Paulo, 2005

_____. Estratégias para fazer frente a questão social e projeto profissional. In: COFI/CFESS. **Atribuições privativas do Assistente Social em questão.** Brasília, 2002.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

INFORMATIVO SAÚDE PARA TODOS. Natal/RN, v. 1, nº 1, Jan. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 09 ago. 2006.

_____. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 04 dez. 2006.

_____. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 09 jan. 2007.

_____. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2007.

_____. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 07 de junho de 2007

KAMAYAMA, N. A Prática profissional do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**. nº 06. Cortez Editora. São Paulo. 1991. (pg. 185)

KLEBA, Maria Elizabete. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: argus, 2005

KLIGERMAN, Jacob. O desafio de se implantar a Assistência Oncológica no SUS. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, vol. 46, n. 3, p.235-239, jul./set. 2000.

_____. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 03-07, jan./mar. 2002.

KOIFMAN S. Incidência de câncer de mama. In: Minayo M.C.S (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 143-176.

LEI Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. In: **Coletânea de Leis do CRESS – 14ª região**. Natal: CRESS/RN, 1999.

LESHAN, Lawrence. **O Câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde**. Tradução: Denise Bolanho. Editora: Summus, São Paulo, 1992.

LESSA, Ana Paula Girão. O trabalho do Assistente Social no SUS: desafios e perspectivas. In: LESSA, Ana Paula Girão; COSTA: Liduína Farias A. (org). **O Serviço Social no SUS**. Fortaleza: UECE, 2003.

LESBAUPIN, Ivo; MINEIRO, Adhemar. **O desmonte da nação em dados**. Petrópolis: Vozes, 2000.

LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER. Disponível em: <<http://www.liga.org.br>>. Acesso em: 02 set. 2006.

LIMA, J. A.; SALLA, R.M; SOUZA, P.E; AIELLO, S. O impacto da doença sobre a família. In: **III Reciclagem**

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984. p. 198.

MARTINELLI, M.L. (org). **Pesquisa Qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo, Veras Editora, 1999, p. 19-30.

MATIAS, M. Epidemiologia. In: Magalhães Costa, M., Novais Dias, E. Salvador Silva, H. & Figueira, A. **Câncer de Mama para Ginecologistas**. São Paulo, Editora Revinter, 1994.

MATOS, Maurílio Castro. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade (74)**, São Paulo: Cortez, 2003.

MEDICI, A. C. **Os gastos com a saúde das famílias no Brasil**: algumas evidências de seu caráter regressivo. Washington: BID, 2001.

MELO, E.M. **Processo adaptativo da família frente à mastectomia**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001, p. 117.

MENDES, Eugênio V. (org). **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. 3.ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MISOCZKY, Maria Ceci. Equidade em saúde: uma revisão conceitual. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, v. 18, nº 55, p. 131-185, nov. 1997.

MONTANO, Carlos. Das lógicas da sociedade civil: Estado e terceiro setor em questão. In: **Serviço Social & Sociedade**, v.20, n. 59. São Paulo: Cortez, 1999.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana de. A reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete. **A nova fábrica de consensos**. 2ª edição, São Paulo: Cortez, 2000 p. 23-44

_____. As dimensões da prática profissional In: **Presença Ética**. Revista Anual do GEPE/Pós Graduação em Serviço Social da UFPE. Ano III, n. 3, dez, 2003

MURAD, A. M; KATZ, A. **Oncologia**: bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 08 dez. 2006.

NASCIMENTO, Schuilze. C. M (org). **Dimensões da dor no câncer**. São Paulo, Robe, 1997. p.5-154.

NATAL (RN). Lei 185 de 16 de agosto de 2001. Dispõe sobre a dispensa de pagamento de tarifa no sistema de transporte coletivo para pessoas com deficiência e doenças crônicas e dá outras providências. **Lei Orgânica do Município de Natal**, 2001.

NERY, Maria Helena da Silva; VANZIN, Arlete Spencer. **Câncer**: problema de saúde pública e saúde ocupacional. Porto Alegre: RM&L gráfica, 1997.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Transformações Societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. In: Serviço Social (50). São Paulo: Cortez, 1996.

_____. FHC e a política social: Um desastre para as massas trabalhadoras. IN: LESBAUPIN, Ivo (Org.). O Desmonte da Nação: Balanço do Governo FHC. Rio de Janeiro: Vozes, 1999, p. 75-89.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2005a

NICOLAU, Maria Célia Correia. **O aprender do fazer: serviço social, trabalho profissional e representações sociais**. Natal: EDUFRN, 2005.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS (1996). Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

NOVELLO, Fernanda Parolari. **Câncer, caminho da cura: de um eu para muitos outros**. São Paulo: paulinas, 2003.

OLIVEIRA, Denise de; BENEVIDES, Siomary Cíntia dos. Reflexões acerca da saúde de assistência oncológica infantil. In: **Revista Interface**. Publicação semestral do CCSA/UFRN. Natal, v. 2, n. 2, p. 109-119. ago./nov., 2004.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de. A seguridade social Brasileira como sistema de proteção “inacabado”. In: COSTA, Liduína Farias de Almeida da; LESA, Ana Paula Girão da (orgs). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. (Anais do Seminário). Fortaleza: UECE, 2003.

ONCOLOGIA (verbetes). In: **Mini dicionário estudantil**: língua portuguesa. Organização do texto Sandra Esteves de Souza; revisão crítica Ciro de Moura Ramos. Itapevi-SP: Tomini, 2001. p.253.

PAULO, Netto José. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

PEREIRA, Maria Cristina Silva; VALE, Gyovana Sarah de Almeida. **Direitos Sociais, uma questão de cidadania: portadores de neoplasia maligna**. Pgs. 128 - Monografia de graduação do Curso de Serviço Social) FACEX, Natal, 2005.

PIMENTA, C. A. M. Câncer: Tabus e Preconceitos. In: **III Reciclagem de atuação do Serviço Social em Oncologia**, São Paulo: 1993.

PIRATININGA, Dorothea. **Convivendo com o câncer: como lidar com a sua dor**. *Day Care Center*, Instituto de Informação e Suporte em Oncologia, 2003

PLANO de Rede Estadual de Atenção Oncológica, Natal/RN, 2005.

PLANO de Rede Estadual de Atenção Oncológica, Natal/RN, 2006.

PLANO de Atenção Oncológica. (2005, p.18), Natal/RN

POLIGNAMO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** uma pequena revisão. São Paulo: Cortez, 1992. Disponível em: <<http://www.mwdicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil>>. Acesso em: 25 ago. de 2006.

PORTO, Maria Célia da Silva. Cidadania e (des) proteção social: uma inversão do Estado Brasileiro. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 68, p.17-33, nov. 2001.

Programa de Qualidade da Liga. Natal, 2000.

RAMOS, Deriscléia Rodrigues. A Seguridade Social Brasileira: caminhos percorridos a desbravar [...] In: **Revista Interface**, revista semestral do CCSA/UFRN. Natal, vol. 1. n. 1, p. 25-37, 2004.

RECEITA Federal. Disponível em: <<http://www.receitafederal.gov.br>>. Acesso em: 03 jun. 2007.

Registro de Câncer da Liga, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social:** Métodos e Técnicas. São Paulo, Editora Atlas, 1999. p. 188-256.

SANTOS, Mirian Conceição Lavinias; SILVA, Raimundo Magalhães. **Câncer de mama:** como detectar e cuidar. Fortaleza, UFC, 2003.

SEIDL, E.; GIMENES, M.G.G. A prática do auto-exame na prevenção do câncer de mama. In: M. G. G. Gimenes; FÁVERO, M. H. (orgs.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997. p.260-290.

SILVA, R. M, *et. al.* **Auto-exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado**. René, Fortaleza, v. 1. n.1. p. 14-22, jan./jul., 2000.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria. Políticas de Saúde: do projeto formal a prática concreta. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v.15, n. 44, p.53-60, abril, 1994.

SPEECHLEY, Val; ROSENFELD, M. **Tudo sobre o câncer em perguntas e respostas**. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

Site. Disponível em: <<http://www.andre.sasse.com/mama.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2007.

Site. Disponível em: <<http://www.sobrosso.gov.br>>. Acesso em 03 jun. de 2007.

Site: Disponível em: <www.colegio24horas.com.br>. Acesso em 05 maio de 2007

SORRENTINO, Sara Romera. A saúde pede socorro. IN: KUPSTAS, Maria. Saúde em debate. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1997. p- 21-23

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br.htm>>. Acesso em: 06 jan. 2007.

SOUZA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle Social em Saúde e cidadania. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 74 – São Paulo: Cortez, 2003

SPEECHLEY, Val; ROSENFELD, M. **Tudo sobre o câncer em perguntas e respostas**. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

SPOSATI, Aldaíza *et al.* Os direitos dos (des) assistidos sociais. In: **A assistência social e a trivialização dos padrões de reprodução social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Desafios para fazer avançar a política de Assistência Social no Brasil. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 22, n. 68, p. 54-82, nov. 2001.

_____. Benefício de Prestação Continuada como mínimo social. In: SPOSATI, Aldaíza (org). **Proteção Social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 6, p. 125-178.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. São Paulo, Cortez, 1986, p. 7-73.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WERNECK, Vianna Maria Lúcia T. **A Americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Revan, 1998.

YASBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão: expressão da questão social no Brasil.** Revista Temporallis, nº. 3. Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001 p.33-40

_____. **As ambiguidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n-77, p.11-26, Março, 2004

_____. **Os Fundamentos do Serviço Social na Contemporaneidade in Capacitação em Serviço Social em Política Social,** Modulo IV: Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília, DF: UNB-CEAD, 2000.

YOUNES, Riad Naim. **O Câncer.** São Paulo: Publifolha, 2001.

APÊNDICE A

**ENTREVISTA COM ASSISTENTES SOCIAIS QUE TRABALHAM NA ÁREA
ONCOLÓGICA****1 PERFIL**

1.1 Nome: _____

1.2 Idade: _____

1.3 Onde concluiu o curso de Serviço Social? _____

1.4 Em que ano foi sua conclusão de curso? _____

1.5 Tem curso de pós-graduação? () Sim () Não

1.6 Em caso afirmativo, qual o curso e em que ano concluiu ou está cursando no momento?

1.7 Você participa de alguma organização coletiva (Movimento Social, Partido Político, etc.)?

1.8 Participa de algum Conselho de Direito (Saúde, Assistência, Criança e Adolescente, etc.)?

1.9 Você acompanha os debates contemporâneos do Serviço Social? _____ Em caso afirmativo de que forma?

2 COTIDIANO PROFISSIONAL

2.1 Local que trabalha: _____

2.2 Tempo de serviço: _____

2.3 Salário: _____

2.4 Quando começou a trabalhar com pacientes oncológicos ou na área oncológica?

2.5 Como você avalia a Política Nacional de Oncologia no Brasil?

2.6 Quais os pontos fortes, limites e desafios que permeiam essa Política?

Pontos Fortes:

Limites:

Desafios:

2.7 Descreva suas atividades de trabalho no cotidiano do Serviço Social na área oncológica:

2.8 Quais as procedências, condições sócio-econômicas, sexo e idade dos usuários que buscam o Serviço Social?

2.9 Quais as demandas institucionais que você mais atende no seu dia a dia profissional?

2.10 Quais as demandas que a paciente portadora do câncer de mama mais busca no seu dia a dia profissional?

2.11 Quais os encaminhamentos mais utilizados pelo profissional de Serviço Social diante das demandas apresentadas?

2.12 Quais as maiores dificuldades enfrentadas no seu dia a dia profissional diante das demandas apresentadas e das condições de trabalho?

APÊNDICE B

ENTREVISTA FEITA AS PACIENTES

Nome: _____

Idade atual: _____

Idade em que soube do diagnóstico: _____

Endereço: _____

Estado civil: _____ Quantos Filhos: _____

Grau de escolaridade: _____ Religião: _____

Como você soube do seu problema?

Você fazia prevenção?

Como você encarou o resultado positivo para o câncer?

Quais os tratamentos que já realizou? QT() RXT() Cirurgia ()

Você teve queda do cabelo?

Como você encarou a queda de cabelo?

Como era sua relação conjugal antes do diagnóstico do câncer?

Houve alguma mudança no relacionamento?

Quando você soube do diagnóstico, como ficou sua auto-estima?

Quais os sentimentos que passaram por você durante o tratamento? medo depressão
 tristeza nada senti outros_____

Como ficou sua feminilidade após a retirada da mama?

Se você trabalha em alguma Instituição, como está sua situação funcional?

benefício auxílio doença sem renda outros_____

Como você avalia a importância do profissional de Serviço Social nesse momento do tratamento do câncer de mama?

O Assistente Social teve alguma contribuição na sua vida durante o tratamento/diagnóstico do câncer de mama?

ANEXO

ANEXO

RESULTADO DAS ENTREVISTAS COM AS PACIENTES PORTADORAS DO CÂNCER DE MAMA

1) Idade atual:

- + 31 a 40 anos = 08
- + 41 a 50 anos = 06
- + 51 a 60 anos = 01

2) Idade em que soube do diagnóstico:

- + 31 a 40 anos = 09
- + 41 a 50 anos = 06

3) Endereço:

- + Zona Norte = 06
- + Zona Sul = 01
- + Zona Leste = 03
- + Zona Oeste = 01
- + Caicó = 01
- + Poço Branco = 01
- + Parnamirim = 01
- + Currais Novos = 01

4) Estado Civil:

- + Casada = 09
- + Solteira = 04
- + Viúva = 01
- + Divorciada = 01

5) Quantos filhos?

- + Não tem filhos = 03
- + 1 filho = 01
- + 02 filhos = 08
- + 03 filhos = 02
- + Acima de 03 filhos = 01

6) Escolaridade:

- + 1º grau = 07
- + 2º grau = 07
- + Superior = 01

7) Religião:

- + Católica = 10
- + Evangélica = 04
- + Espírita = 01

8) Como você soube do seu problema?

- + Através da mamografia descobri que tinha um caroço na mama esquerda;
- + Estava tomando banho, toquei na mama e senti o caroço;
- + Através de uma biópsia,
- + Em uma consulta médica,
- + Levei uma pancada na mama, procurei o médico e ele palpou o nódulo;
- + Através de uma consulta médica;
- + Fui fazer consulta de rotina ao mastologista, e ele no ato da consulta detectou o nódulo na mama esquerda;
- + Fazendo o auto-exame senti o nódulo na mama direita, procurei o ginecologista do bairro em que moro e ele pediu exames e confirmou o nódulo;
- + Tinha um nódulo na mama e o médico do bairro não confirmava o diagnóstico;
- + Senti o nódulo na mama direita e procurei o mastologista;
- + Fiz o auto-exame e senti o nódulo e procurei o médico;
- + Fazendo o auto-exame, senti 03 nódulos na mama direita, procurei o médico e soube do resultado;
- + Sentindo dores no braço esquerdo procurei 02 médicos e foi descoberto;
- + Ao fazer o auto-exame senti o nódulo na mama esquerda;
- + Fazendo o auto-exame descobri o nódulo.

9) Você fazia prevenção?

(07) Sim (08) Não

10) Como você encarou o resultado positivo para o câncer?

- + Na hora fiquei bem, mas quando a “ficha” caiu, eu chorei muito, só que achei que o sofrimento acabava aqui, quando começou os tratamentos eu não aceitei;
- + Foi difícil, mas com ajuda de DEUS, de minha família e da psicóloga, enfrentei;
- + Com muita fé em Deus e força de vontade;
- + Encarei bem;
- + Com medo e depressão;
- + De início foi um susto, mas com apoio da família e confiança em DEUS, superei;
- + Na hora fiquei anestesiada, mas por trabalhar na área da saúde e ao ver as outras pacientes me fortaleci;
- + No momento entrei em desespero, mas quando comecei a frequentar o hospital e ver outras pessoas com o mesmo problema, tenho conseguido me reerguer;
- + Foi muito difícil, (a paciente chorou muito nesse momento);

- ✚ Fiquei triste, mas a fé e a família me ajudaram;
- ✚ Com naturalidade;
- ✚ O mundo estava se acabando para mim e o que me confortou foi DEUS;
- ✚ Muito difícil, até hoje o meu sistema nervoso está abalado;
- ✚ Foi muito triste, na época do meu diagnóstico, a minha irmã tinha morrido de câncer de mama;
- ✚ Eu fiquei triste, pois tenho um filho.

11) Quais os tratamentos que você já realizou?

- ✚ QT = 13
- ✚ RXT = 11
- ✚ Cirurgia = 13

(Obs.: Esse números mostram mais de quinze resultados, pois tem pacientes que realizam todos os tipos de tratamento, o tratamento depende do tipo de tumor)

12) Você teve queda de cabelo?

- ✚ Sim = 14
- ✚ Não = 01

13) Como você encarou a queda de cabelo?

- ✚ Normal, achei ótimo;
- ✚ Foi terrível, o mundo desabou, foi muito sofrimento;
- ✚ Muito difícil, até hoje meu sistema nervoso está abalado;
- ✚ O mundo estava se acabando para mim, o que me confortou foi DEUS;
- ✚ Fui orientada que o cabelo iria cair;
- ✚ Fiquei triste, mas a fé e a família me ajudaram;
- ✚ Passei a máquina zero, foi muito doloroso;
- ✚ Aceitei bem a queda do cabelo;
- ✚ Aceitei bem a queda do cabelo;
- ✚ Fiquei com raiva porque não caiu logo de vez, pois foi triste ir vendo a cada dia ir caindo um pouco;
- ✚ Muito mal, pensei em suicídio;
- ✚ O médico da quimioterapia me orientou bem, fiquei conformada;
- ✚ Sim foi dolorosa a queda do meu cabelo. Mas eu me conscientizei que o tratamento seria o melhor para mim;
- ✚ Muito triste porque o meu cabelo era grande e eu gostava muito, falavam que quando nascesse, não ia ser bonito, mas nasceu mais bonito do que o natural;
- ✚ Eu quase morri, foi pior do que perder a mama, vivia trancada em um quarto;

14) Como era sua relação conjugal antes do diagnóstico?

- ✚ Ele sempre me maltratou muito;
- ✚ Era boa, continua do mesmo jeito, mas com os filhos aumentaram os problemas;
- ✚ Tinha um namorado, mas com o problema, me refugiei dele;

- ✚ Normal;
- ✚ Maravilhosa;
- ✚ Não era boa, o meu esposo é namorador e bebe muito;
- ✚ Não era boa, o meu esposo bebia e tinha outras mulheres;
- ✚ Normal;
- ✚ Era uma relação boa;
- ✚ Muito boa;
- ✚ Regular;
- ✚ Não era boa, ele tinha amantes;
- ✚ Era boa
- ✚ Nenhuma

15) Houve alguma mudança no seu relacionamento?

- ✚ Nenhuma;
- ✚ Não, ele continua a mesma pessoa;
- ✚ Sim , ele me chama de feia;
- ✚ Não, o meu companheiro era bastante presente ao tratamento, apoiando sempre e encorajando na luta;
- ✚ Sim, ele se afastou de mim;
- ✚ Não;
- ✚ Mas depois do diagnóstico, ele mudou muito, me deu toda atenção;
- ✚ Sim, ele me deu total assistência durante o período do tratamento;
- ✚ Somos mais unidos do que antes do câncer;
- ✚ Ele me dá forças e apoio para continuar;
- ✚ Eu procurei me cuidar o máximo possível e deixei pra pensar no nosso relacionamento depois do meu tratamento, mesmo assim não penso mais, só peço a DEUS, saúde;
- ✚ Houve mudança, ele me dar mais atenção e evita me fazer mais raiva;
- ✚ Quando tirei a mama, ele me rejeitou mais ainda, agora passado 04 anos ele tem melhorado.

16) Quando você soube do diagnóstico, como ficou sua auto-estima?

- ✚ Péssima, achava melhor morrer do que viver;
- ✚ Pra baixo, porque perder uma parte do corpo e o cabel é terrível;
- ✚ Foi terrível quando eu soube, mas eu pedi muita força a DEUS e a minha auto-estima aumentou;
- ✚ Bem;
- ✚ Muito em baixa, me achava feia sem a mama;
- ✚ Aumentei minha auto-estima, continuei a gostar mais de mim;
- ✚ Baixa, me senti mutilada e não teria mais atividade sexual, senti a finitude;
- ✚ Fiquei muito mal, me senti inferior as outras mulheres;
- ✚ Abalada, achei que o meu marido iria me abandonar e só a fé me manteve em pé;
- ✚ Fiquei muito triste, o impacto é muito doloroso;
- ✚ Minha auto-estima ficou bem, o que me preocupava era o que os outros pensavam de mim, sem a mama;
- ✚ Me senti sem existência, o câncer acabou com a minha vida;
- ✚ Fiquei muito triste, até hoje não estou bem, a minha vida é um tormento;
- ✚ Muito baixa, resolvi pensar positivo e tentei reerguer;

✚ Eu dedico a minha vida a meu filho, não tive tempo para pensar;

17) Quais os sentimentos que passaram por você durante o tratamento?

✚ Medo = 05

✚ Tristeza = 06

✚ Nada senti = 03

✚ Morte = 03

✚ Depressão = 03

✚ Finitude = 01

✚ (o resultado ultrapassa 15 respostas, porque existiram pacientes que tiveram mais de uma resposta)

(Senti desgosto pela vida, me senti no final da vida, senti a morte, é como se tivesse recebido o atestado de óbito, sinto medo de morrer até hoje, tive o sentimento de morte)

18) Como ficou sua feminilidade após a retirada da mama?

✚ Não senti nada, nada afetou;

✚ Me senti uma pessoa mutilada, até hoje não me olho no espelho;

✚ Eu acho horrível não consigo me olhar, a perda da mama foi a maior perda da minha vida;

✚ É muito difícil, nasci com duas mamas e hoje só tenho uma;

✚ Normal;

✚ É horrível, fiquei defeituosa, me sinto horrorosa, só supero porque o hospital me deu uma prótese artesanal, senão eu não sairia nem de casa;

✚ Me acho triste sem a mama, ela é muito importante para mim;

✚ Foi difícil, não me olhava no espelho e não tinha coragem de ter relação sexual, sentia vergonha;

✚ Não consigo me olhar no espelho, a mutilação acabou com a minha feminilidade, é muito triste;

✚ Normal, continuei a ser a mesma mulher, não é a mama que vai modificar;

✚ Não consigo me olhar no espelho, tenho raiva porque a doença está me matando aos poucos;

✚ Nada senti, é melhor perder a mama do que perder a vida;

✚ Ficou a mesma, procuro andar mais arrumada para que ninguém perceba;

✚ Sou uma pessoa fria, não quero ter relação sexual, me sinto amputada;

19) Se você trabalha em alguma Instituição, como está sua situação funcional?

✚ Benefício = 06

✚ Sem renda = 04

✚ Auxílio-doença = 03

✚ Aposentada = 02

20) Como você avalia a importância do profissional de Serviço Social nesse momento de tratamento do câncer de mama?

✚ Pra mim foi tudo, até hoje você entrou na minha vida;

✚ Me ajudou muito na percepção da vida, mostrando que câncer não significa morrer;

- ✦ É muito importante, ela facilita a vida do paciente, os exames são orientados por ela, ela sabe aliviar a nossa dor;
- ✦ Foi a pessoa que facilitou a minha vida, o benefício previdenciário, a gratuidade do transporte;
- ✦ Muito importante, pelo apoio que esse profissional presta ao paciente;
- ✦ Conseguiu me orientar a autorizar exames;
- ✦ Acho de muita importância;
- ✦ Para mim foi tudo de bom, o assistente social me ajudou emocionalmente, quanto aos encaminhamentos e orientações;
- ✦ Me deu todo apoio nos encaminhamentos, benefícios, orientações, relação familiar;
- ✦ Muito importante, ela nos passa as informações que não tínhamos sobre a doença e sobre nossos direitos;
- ✦ Muito importante conseguiu uma peruca para mim;
- ✦ Muito importante, pois o assistente social cuida dos pacientes;
- ✦ É muito valioso, lembro que no início do meu tratamento, eu me sentei para falar com Tâmara e ela me deu muita força, eu sofria muito em pensar que o meu cabelo ia cair e ela me falou que o medicamento que ia tomar ia matar quem estava querendo me matar e foi muito importante, porque daquela hora em diante, eu só me encorajei;
- ✦ São todas maravilhosas, são muito atenciosas. Tenho mais intimidade com Tâmara porque ela é maravilhosa;
- ✦ Achei muito bom, aqui foi onde encontrei apoio, e a As. Social me ajudou a continuar.

21) O As. Social teve alguma contribuição na sua vida durante o tratamento/diagnóstico do câncer de mama?

- ✦ Contribuiu em todos os sentidos, social, psicológico e humano. Aqui é o melhor hospital que já me internei, as pessoas são amigas dos pacientes;
- ✦ Sim, contribuiu para que minha família me acompanhasse durante o tratamento hospitalar, pois passei 28 dias internada;
- ✦ Me acompanhou para a quimioterapia que tive medo de entrar sozinha, me ajudou a realizar alguns exames que precisei com urgência. Me deu apoio na casa de apoio. Pra mim eu tive mãe, pai e irmã que resumo em uma só palavra, Tâmara;
- ✦ Bastante, ela orientou e encaminhou exames, consultas e falou sobre a quimioterapia;
- ✦ Me ajuda sempre na realização de exames e consultas;
- ✦ Sim, foi através dela que descobri os meus direitos e benefícios;
- ✦ O as. Social é o amigo, o profissional que se preocupa com o bem-estar do paciente dentro e fora do hospital trata todos iguais;
- ✦ O lado humano do profissional, o interesse pela paciente, tanto na sua vida como na vida da sua família, ela trabalhou para mim, o contexto total na minha vida;
- ✦ Ajudando bastante, sabe me ouvir e orientar nas necessidades que preciso;
- ✦ As. Social na saúde nos dá apoio, orientação e encaminhamento junto ao tratamento;
- ✦ Sou do grupo de mulheres com câncer de mama e essa profissional participa com encaminhamentos e orientações;
- ✦ Sim, todas as vezes que procuro ela me encaminha e orienta;
- ✦ Me deu orientações, encaminhamentos sociais e previdenciários, é o profissional que retrata a força que precisamos;
- ✦ Totalmente, foi a pessoa que me deu mais força no tratamento.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)