

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Líliam Varaschini Teixeira**

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA  
SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL  
COM MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Santa Maria, RS  
2018

**Liliam Varaschini Teixeira**

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O  
PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES  
MASTECTOMIZADAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Regina da Silva Camara Mauricio da Fonseca

Santa Maria, RS  
2018

Liliam Varaschini Teixeira

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O  
PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES  
MASTECTOMIZADAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 04 de dezembro de 2018

---

Laura Regina da Silva Câmara Maurício da Fonseca, Dra. (UFSM)  
(Presidenta/Orientadora)

---

Nadianna Marques, Ma. (UFSM)

Santa Maria, RS  
2018

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todas as mulheres. Das mais jovens as mais idosas. Àquelas lutadoras que enfrentaram ou enfrentam o câncer de mama. Àquelas mulheres que estão em tratamento para o câncer de mama e continuam trilhando seus caminhos com fé. Àquelas mulheres guerreiras e de fibra que passaram pela cirurgia de mama e continuam firmes e fortes para vencer na vida. Enfim, a todas as mulheres que lutam com garra por dias melhores, porque o sol nasce para todas.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço do fundo do coração aos meus pais, Christino Noschang Teixeira e Leisa Lúcia Varaschini Teixeira, pelo apoio e atenção. Eles, durante esses cinco anos e meio, levaram-me de um lado para outro para aulas, eventos e atividades referentes ao curso de Serviço Social para que eu seguisse firme e pudesse concluir a graduação. Agradeço às minhas irmãs por terem sido tão queridas sempre enquanto eu estive escrevendo este trabalho, pelo auxílio prestado através de um gesto ou de uma palavra. Agradeço ao meu cunhado e afilhado Wagner de Lara Machado pela motivação e pelo carinho de sempre seja através de materiais que me instigaram a escrever como pelo conforto das suas palavras. Agradeço à minha amiga Edineia Franz pelo incentivo e pelo carinho dedicados a mim quando mais precisei, transmitindo tranquilidade nesse período. E, por fim, agradeço à minha orientadora Laura Regina da Silva Camara Mauricio da Fonseca por todos os ensinamentos e pela motivação transmitida a cada orientação.

## EPÍGRAFE

“Eu sou aquela mulher que fez a escalada da montanha da vida, removendo pedras e plantando flores”.

Cora Coralina

## RESUMO

### **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES MASTECTOMIZADAS**

AUTORA: Liliam Varaschini Teixeira

ORIENTADORA: Laura Regina da Silva Câmara Mauricio da Fonseca

O assistente social pode atuar em diversas áreas, inclusive na área da saúde. Nesse sentido, é relevante conhecer qual a importância deste profissional na vida dos assistidos enfermos. Dessa maneira, este estudo será focado na trajetória da mulher com câncer de mama sob o olhar do assistente social. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar a trajetória da mulher com câncer de mama e como ela lida com as mudanças que ocorrem em sua vida no decorrer do tratamento, levando em consideração o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e o papel do assistente social voltado para esta área. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica com base em livros, artigos científicos e sites da área da saúde. Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para uma melhor reflexão sobre a atuação do profissional assistente social diante do processo de saúde-doença, facilitando o exercício deste profissional na área da saúde.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Processo de trabalho. Assistente social. Saúde da mulher. Câncer de mama.

## **ABSTRACT**

### **SOCIAL SERVICE IN HEALTH: A BIBLIOGRAPHICAL REVISION ABOUT THE WORK PROCESS OF THE SOCIAL WORKER WITH MASTECTOMIZED WOMEN**

AUTHOR: Liliam Varaschini Teixeira

ADVISOR: Laura Regina da Silva Câmara Mauricio da Fonseca

The social worker can act in many areas, including the health sector. In this sense, it is relevant knowing the importance of this professional in the life of the aided sickly. Thus, this study will be focused in the trajectory of the woman with breast cancer under the watch of the social worker. Therefore, the objective of this study was to investigate the trajectory of the woman with breast cancer and how she deals with the changes that occur in her life during treatment, taking in consideration how healthcare works in Brazil, and the social worker's role in this area. For this purpose, it was conducted a bibliographical revision based on books, scientific articles and health related websites. To that end, it is expected that this work may contribute to a better understanding about the social worker's task facing the process of health-disease, easing the practice of this professional in the health sector.

**Keywords:** Social Service. Work process. Social worker. Women's health. Breast cancer.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRACON – Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

SUS – Sistema único de Saúde

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade

## METODOLOGIA

A pesquisa tem uma condição que, quando é conhecida e assumida, pode ter como resultado uma experiência de objetivação do conhecimento. Ou seja, utilizando todas as ferramentas teóricas e metodológicas que auxiliam uma aproximação mais completa da realidade, a crítica é mantida sobre as condições de compreensão do objeto e também do pesquisador.

Segundo Minayo (2004, p. 21), “o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo”. Assim, a realidade social torna-se mais rica do que qualquer teoria ou pensamento. Ao falar-se de saúde ou doença, por exemplo, esses termos apresentam uma bagagem histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser resumida a uma fórmula numérica ou a um dado estatístico.

Nesse sentido, entende-se que a realidade possui níveis e o grande desafio do pesquisador é o de apreender a olhar além do visível, ou seja, além do que pode ser compreendido quantitativamente. Dessa maneira, a investigação social tem como característica o aspecto qualitativo considerando o sujeito como um ser social, em uma determinada condição social, que pertence a um grupo ou classe social e possui crenças, valores e significados.

O conceito de metodologia conforme Minayo (2004, p. 22) é definida como “[...] o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade”. A metodologia está ligada à visão social de mundo que é conduzida na teoria. Ela consiste em concepções teóricas de abordagem, cujas técnicas propiciam a apreensão da realidade social e o poder criativo do pesquisador.

Segundo Minayo (2004, p. 23) entende-se que pesquisa social:

É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Cabe destacar que a pesquisa realizada nesse trabalho é, de acordo com a classificação de pesquisa social por Minayo, uma pesquisa estratégica. Esse tipo de pesquisa se baseia em teorias, mas direciona-se para problemas que emergem na sociedade, mesmo que não sejam providenciados meios para resolver tais problemas. A pesquisa estratégica tem como finalidade a de tornar visível certos aspectos da realidade e é adequada para investigações sobre saúde.

Ademais, a metodologia adotada nesse trabalho é a bibliográfica. Sendo assim, cumpre esclarecer que este estudo diz respeito a uma pesquisa de revisão bibliográfica. Para tanto, os temas serão investigados através de seleção e revisão de literatura específica. Desse modo, esta pesquisa será desenvolvida com base em materiais já existentes, sendo constituídas de teses, dissertações, livros e artigos científicos de fontes impressas e eletrônicas.

Nesse sentido, Bardin (2011, p. 47) afirma que

o termo análise de conteúdo designa: um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

No que concerne à análise de conteúdo, Bardin (2011) afirma que esta consiste em tratar a informação a partir de um roteiro específico, iniciando com (a) pré-análise, na qual se escolhe os documentos, se formula hipóteses e objetivos para a pesquisa, (b) na exploração do material, na qual se aplicam as técnicas específicas segundo os objetivos e (c) no tratamento dos resultados e interpretações. Cada fase do roteiro segue regras bastante específicas, podendo ser utilizado tanto em pesquisas quantitativas quanto em pesquisas qualitativas.

Portanto, este estudo, se trata de uma revisão bibliográfica de cunho qualitativo, ou seja, busca, nas publicações sobre o tema, encontrar repostas a um tema que engloba questões que não podem ser expostas de forma sumária em dados e números.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 A SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>13</b>
2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 .....	13
2.2 O ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	19
<b>3 A MULHER COM CÂNCER DE MAMA</b> .....	<b>26</b>
3.1 A MULHER MASTECTOMIZADA .....	26
3.2 OS CAMINHOS PARA A ADAPTAÇÃO DA MULHER MASTECTOMIZADA .....	36
<b>4 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE</b> .....	<b>42</b>
4.1 BREVE HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	42
4.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDE HOSPITALAR.....	51
4.3 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ONCOLOGIA..	63
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O assistente social pode atuar em diversas áreas, inclusive na área da saúde. Nesse sentido, é relevante conhecer qual a importância deste profissional na vida dos usuários. Dessa maneira, este estudo será focado na trajetória da mulher com câncer de mama sob o olhar do assistente social.

Desse modo, o objetivo deste estudo é investigar a trajetória da mulher com câncer de mama e como ela lida com as mudanças que ocorrem em sua vida no decorrer do tratamento. Sendo assim, é levada em consideração o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e o papel do assistente social voltado para esta área, o que despertou a vontade de estudar sobre esta temática e como o assistente social está atuando nesses espaços.

Para tanto, na metodologia de estudo, optou-se por uma revisão bibliográfica com base em livros, artigos científicos e sites da área da saúde conforme listados ao longo do trabalho. Essa metodologia foi escolhida devido ao curto tempo para a elaboração desta monografia. Pode-se salientar também que houve uma interrupção entre o trabalho de conclusão de curso 1 e o trabalho de conclusão de curso 2 (este trabalho) o que tornou o trabalho mais difícil de ser elaborado. Para melhor expor as ideias, este trabalho está dividido e organizado em três capítulos.

O primeiro capítulo trata da saúde no Brasil após a Constituição Federal de 1988 e da rede de alta complexidade do Sistema Único de Saúde; o segundo capítulo trata da mulher com câncer de mama, de quando ela faz a mastectomia e como ela se organiza após a cirurgia; e o terceiro capítulo discorre sobre o serviço social na área da saúde, a história do serviço social na saúde, o processo de trabalho do assistente social em âmbito hospitalar e finaliza com o processo de trabalho do assistente social na oncologia e como esse profissional intervém nessa área.

Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para um melhor conhecimento e reflexão sobre a atuação do profissional assistente social diante do processo de saúde-doença, facilitando o exercício deste profissional na área da saúde e melhorando o atendimento dos usuários da saúde, da oncologia e em especial, às mulheres mastectomizadas.

## 2 A SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo irá apresentar a saúde no Brasil, no item 2.1 será pontuada sua trajetória a partir da Constituição Federal de 1988 e no item 2.2 será abordado o atendimento de alta complexidade no Sistema Único de Saúde – SUS.

### 2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A saúde é um valor coletivo pois trata-se de um bem de todos, de um direito que cada cidadão possui estando garantida pelo Estado. Por isso representa mais do que a ausência de doenças, mas um bem-estar social, onde as estruturas físicas e mentais precisam estar em constante equilíbrio de acordo com os padrões de vida e hábitos da população.

A "Organização Mundial de Saúde" (OMS), fundada em sete de abril de 1948, com o objetivo de assegurar o maior nível de saúde para toda a humanidade, define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". O conceito de saúde sofreu várias transformações, e conforme a Organização Mundial de Saúde, ter saúde não está relacionado somente com a ausência de doenças, mas com um conjunto de fatores que proporcionam uma qualidade de vida para o indivíduo.

Segundo o texto do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2009, p. 16), a 8ª Conferência Nacional de Saúde é um marco na história da saúde pois as transformações foram reconhecidas, ao aumentar os sujeitos envolvidos e esclarecer em seu relatório as diretrizes para a reestruturação do sistema.

Através da 8ª Conferência de Saúde iniciou-se o processo de criação do Sistema Único de Saúde, em 1986, onde a Reforma Sanitária se sobressai como um conjunto de políticas articuladas. Segundo o Paim (2008, p. 172):

O movimento da democratização da saúde, "movimento sanitário" ou "movimento da Reforma Sanitária" enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, emerge com o Cebes e atravessa as conjunturas examinadas na presente investigação.

O movimento sanitário contou com a participação de sujeitos do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes), com políticos da oposição e com os

movimentos sociais para expandir o debate pela universalização do acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para proporcionar um atendimento igualitário e promover a saúde de toda a população, sem discriminação e exclusão social.

A Reforma Sanitária pode ser definida como uma reforma social voltada aos respectivos aspectos: A democratização da saúde envolve a consciência sanitária, a saúde como direito universal e a participação social nas políticas e gestão; a democratização do Estado com garantia da descentralização do processo e controle social, com incentivos à ética e transparência nos governos, e a democratização da sociedade, na organização, produção e distribuição de riqueza e do saber e na aceitação de políticas públicas e exercício da saúde (PAIM, 2008).

A saúde começa a sofrer grandes transformações, através das Conferências Nacionais de Saúde e da Constituição Federal de 1988, documento que define os deveres do governo e dos cidadãos brasileiros, em que reconhece a saúde “como direito de todos e dever do Estado”.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco em relação aos direitos sociais no Brasil conforme o art. 6º dos direitos sociais estabelecidos pelos brasileiros “a educação, a saúde o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados”.

Nesse sentido, podemos destacar o reconhecimento do direito à saúde como um direito social o qual todos os cidadãos possuem, sem restrição, garantindo a universalidade da saúde. Ou seja, é um direito fundamental do ser humano, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política, condição social ou econômica.

Conforme o Art. 196. da Constituição:

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

O SUS pode ser definido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que compõem uma rede regionalizada e hierarquizada, estando organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Assim, constitui-se numa forma de organização das ações e serviços

de saúde no país, a partir de princípios, diretrizes e artigos estabelecidos pela Constituição e pelas leis posteriores (PAIM, 2009).

Em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde e os Conselhos de Saúde que asseguram a participação da população por meio das Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. A Lei 8.080 regulamenta as ações e serviços de saúde: “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Ainda, a respeito da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, o art. 1º estabelece que ela regulamenta em “todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”.

O SUS é uma realização da luta pelos direitos à saúde de toda a população, a qual possibilita a atenção nas ações e serviços para os brasileiros de forma regionalizada e hierarquizada. Entende-se como uma política pública de saúde instituída pela Constituição Federal onde são apresentadas ações e serviços públicos constituindo uma rede e um sistema único.

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 de acordo com a sua regulamentação determina a participação da comunidade na gestão do SUS: “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”.

É determinada através dessa Lei a participação da população na gestão do SUS, ou seja, no controle social por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. Através da participação da população procura-se instigar os cidadãos a discutir sobre as políticas públicas de saúde a fim de possibilitar um maior reconhecimento do sistema e das ações estabelecidas.

O SUS é regido pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade: Garantia à saúde para todo e qualquer cidadão. Acesso a todos os serviços públicos. Equidade: Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Integralidade: O cidadão como um ser biopsicossocial é um ser integral e deve ser atendido por um sistema também integral (BRASIL, 1990).

Os princípios que regem a organização do SUS são constituídos por: Regionalização e hierarquização: Serviços organizados em níveis de complexidade

e dispostos em área definida com população definida. Resolutividade: Capacidade de resolver um problema de sua competência. Descentralização: Redistribuição de responsabilidades, cabendo ao município assumir a gestão local. Participação dos cidadãos: Direito da população formular políticas e controlar a sua execução através de Conselhos de Saúde existentes em todas as esferas de governo (BRASIL, 1990).

Os princípios e diretrizes do SUS, embora sejam assegurados em lei, enfrentam obstáculos, principalmente na questão de seu financiamento e do acesso aos serviços que se apresentam sem investimentos financeiros e sucateados.

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo, cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde (BRASIL, 2006). No artigo 195 da Constituição Federal é determinado que a Seguridade Social, composta pela Previdência, Saúde e Assistência Social será financiada com recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais.

Assim, o Sistema Único de Saúde é resultante de um extenso processo de construção política e institucional que teve origem com a Reforma Sanitária e tem como objetivo a transformação da qualidade de vida dos brasileiros com a atenção à saúde.

Conforme coloca Elias (2006, p. 14):

Saber se uma ação se enquadra ou não no SUS requer o exame de sua abrangência em termos da sua universalidade, ou seja, se ela contempla a universalidade, então contempla o SUS, se ela atende a igualdade, pertence ao SUS. Não importa quem está prestando essa ação, se é uma instituição governamental ou privada.

A atenção secundária na rede de saúde é constituída por serviços especializados em nível de ambulatório e hospital, com consistência tecnológica em nível intermediário entre a atenção primária e a terciária, com história compreendida por procedimentos de média complexidade. Abrange serviços de especialidades médicas, com utilização de diagnóstico e terapia e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN, 2013).

O atendimento dos serviços de saúde em nível secundário é oferecido através das organizações públicas do Estado e por organizações privadas que são vinculadas ao SUS por meio de contratos e convênios. Esse nível de complexidade

garante ao usuário a assistência adequada para a prevenção, o tratamento e a reabilitação da saúde.

A baixa participação do setor público no custeio do sistema de saúde deve-se ao Estado, porém, não constitui como responsabilidade somente deste, mas compreende-se que o sistema econômico do Brasil, em que o SUS foi construído, e o atual, está sob regime neoliberal.

O neoliberalismo consiste em reduzir o Estado para o chamado Estado Mínimo, abrangendo a área social, onde este vai garantir o mínimo para a população e o mercado capitalista entra em expansão. Com isso, começaram a ser editadas algumas regras para a regulação do Sistema de Saúde.

Na perspectiva de superar as dificuldades políticas e burocráticas diante dos interesses distintos, foi elaborado pelo Ministério da Saúde, desde 1991, as Normas Operacionais Básicas (NOB) para o esclarecimento de estratégias e movimentos de táticas que dirigem a operacionalidade do Sistema, delimitando o financiamento de ações e serviços de saúde e suas competências, não obedecendo sempre aos princípios e diretrizes da Constituição Federal e da Lei Orgânica de Saúde. (VASCONCELOS, 2011).

A NOB de 1991 cria a Autorização de Internação Hospitalar (AIH); o Sistema de Informação Hospitalar (SIH); o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) e no processo de habilitação cria os Conselhos Estaduais e Municipais (BRASIL, 2006).

A NOB de 1993, conforme Brasil (2006): “[...] definiu procedimentos e instrumentos operacionais que visavam ampliar e aprimorar as condições de gestão (...)”. Criaram-se as Comissões Intergestores. Essa norma significou um progresso no processo de descentralização de ações e serviços de saúde e formação do SUS.

A respeito da Norma Operacional Básica de 1996 compreende-se [...] o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e a organização do sistema, sabendo que o município se responsabiliza pela assistência e demandas de saúde da população e imposição de intervenções reparadoras no território. Esta NOB aprimora a gestão do SUS e simultaneamente reorganiza o modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

A contradição resultante da divergência dos interesses presentes na área da saúde tende a apagar ou negligenciar a importância do debate sobre a prática na saúde, processo este que se tivesse norteado pelos princípios e diretrizes do SUS, resultaria na construção de uma correlação de forças favorável à manutenção e

objetivação destes princípios e diretrizes, concretizando a desejada relação entre teoria e prática.

O Projeto de Reforma Sanitária apresenta como uma de suas habilidades o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi resultado de lutas e da mobilização de profissionais de saúde, juntamente com o movimento popular. Tem como preocupação central a de garantir que o Estado exerça seu papel em prol da sociedade, orientando-se na ideia de estado democrático e de direito, responsabilizando-se pelas políticas sociais e conseqüentemente, pela saúde. (BRAVO, 2009)

No entanto, há um distanciamento entre o projeto da reforma sanitária e a prática do sistema público de saúde existente. Isso porque o SUS foi se firmando no seu exercício para a população que não possui acesso aos sistemas de saúde privados, de maneira que o sistema se torna dividido. A proposta do SUS estabelecida na Constituição de 1988, de um sistema público universal não se realizou.

As políticas de saúde são ajustadas pelo Estado, como se estas fossem dele e não da sociedade, para bem ou para mal, é indiferente. As políticas são da sociedade e não dos governos (ELIAS, 2006). Com isso, entende-se que o Estado deve estar a par da sociedade, em benefício dela e não com a intenção de usufruir dos benefícios para seu próprio interesse.

Contudo, deve se ter em mente que as políticas de saúde devem servir à sociedade, dessa forma se conseguirá um comprometimento para com a população. O papel do governo está em dar continuidade para as políticas, mesmo que o governo que as implementou não siga no poder, dando lugar ao seu sucessor, mas que este possa dar continuidade para essas políticas e não as interromper.

O Projeto de Reforma Sanitária está fracassando em decorrência do Projeto voltado ao mercado. Pois conforme explica Bravo (2009), os valores solidários que orientaram as regras da concepção de Seguridade Social, estabelecida na Constituição Federal de 1988, estão sendo trocados por valores individualistas que afirmam o fundamento do SUS para os pobres e a subdivisão do sistema.

Conforme coloca Bravo (2001, p 14):

O crescimento da hegemonia neoliberal em nosso país tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego

estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação.

Assim, para que o processo de institucionalização da saúde não aumente gradativamente, é preciso reafirmar os compromissos do SUS a partir de seus quatro princípios constitucionais, para que tenha relevância junto à Reforma Sanitária e aos seus defensores.

Dessa forma, o desafio da atual conjuntura está em amenizar as desigualdades sociais existentes em nosso país garantindo à população um sistema de saúde universal e igualitário que contemple toda a população e não somente a camada mais pobre e para isso, a participação social deve estar inserida em defesa do SUS, posicionando-se em oposição ao projeto voltado ao mercado, em que a privatização é imposta e a saúde tratada como mercadoria.

O atendimento realizado pelo SUS, o qual compreende um sistema de saúde universal e igualitário abrange a atenção básica e a assistência de média e alta complexidade. A assistência de alta complexidade será abordada a seguir.

## 2.2 O ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde pública no Brasil é dividida em três níveis: primário, secundário e terciário. E é no nível terciário que acontece o atendimento hospitalar de grande porte onde compreende a alta complexidade. Na alta complexidade funcionam tecnologias e profissionais capacitados a realizar um atendimento que nos outros níveis não foram possíveis, seja pela raridade da patologia ou pela complexidade desta.

O atendimento do Sistema Único de Saúde abrange todos os níveis de complexidade, ou seja, vai da atenção básica que é a porta de entrada aos usuários do sistema até a alta complexidade, a qual será analisada neste capítulo. A atenção básica compreende o primeiro nível de atenção à saúde, utiliza tecnologia simples e de baixo custo e tem como exemplo os postos de saúde onde a atuação de uma equipe multiprofissional é visível.

A média complexidade constitui um nível em que atende uma demanda por profissionais especializados, com formação superior ou média e com uma tecnologia para diagnóstico e tratamento. As ações de média complexidade configuram-se em

exames de ultrassom, raios-X, terapias especializadas, patologias clínicas, procedimentos ambulatoriais, entre outros.

Já a alta complexidade, conforme o BRASIL (2007, p. 18) entende-se por um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde [...]”.

A alta complexidade é organizada em redes, trata-se de um nível de alta densidade tecnológica e de um alto custo e é composta principalmente pelas seguintes áreas:

Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (CONASS, 2007, p.18).

Os procedimentos de alta complexidade estão listados na tabela do SUS, a maior parte no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e também se encontram no Sistema de Informação Ambulatorial em menor quantidade, porém com um alto custo financeiro como os procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (BRASIL, 2018).

Os procedimentos de alta complexidade possuem um custo financeiro muito elevado como é o caso da quimioterapia e da radioterapia, tratamentos utilizados na assistência ao paciente oncológico. Felizmente, apesar do alto custo, esses procedimentos para o tratamento do câncer são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo o BRASIL (2007, p. 19 apud MENDES, 2005), [...] o Ministério da Saúde utiliza constantemente em seus parâmetros a concepção de “redes de alta complexidade” enquanto que a literatura trata “redes como organizações sistêmicas

que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos [...]”.

Algumas áreas de alta complexidade sofrerão com o aumento dos gastos pois antigamente não eram áreas de muita atenção. Com a construção do SUS e com uma maior assistência à atenção básica, as áreas de alta complexidade se tornam mais importantes. Um exemplo disso é que com a crescente detecção do câncer, mais usuários terá para a utilização de quimioterapias e radioterapias.

Existem situações que precisam de soluções particulares de gestores, as quais: a) Inexistência de determinados procedimentos de saúde em uma região: Presente na rede pública ou privada sendo necessário avaliar se nesta região cabe investir num novo estabelecimento. Dessa forma, é importante que seja definido os equipamentos que serão utilizados e o meio para o acesso da população.

b) Insuficiência dos serviços de saúde existentes: O procedimento é realizado, mas existe a falta de atendimento à demanda. Isso acontece pelo desenvolvimento do SUS e conseqüentemente ao maior acesso da população aos serviços de saúde, pois, o que não era detectado antigamente, hoje, é diagnosticado e tratado adequadamente pela população.

c) Capacidade existente e adequada (recursos físicos e humanos), mas com insuficiência de recursos financeiros para custeio: Muito comum nos centros regionais de serviços de saúde em que a população usuária estabelecida é maior que a demanda de quando a estrutura foi construída anteriormente. Essa dificuldade depende de questões políticas e da pressão da população para que seja aumentado os gastos públicos em saúde.

d) Oferta de serviços superior às necessidades: Essa situação pode acontecer por falta de planejamento da infraestrutura do estabelecimento, na rede hospitalar, por exemplo, que apresenta um número grande de leitos para a demanda estimada.

Segundo BRASIL (2007, p. 89), faz parte da alta complexidade a Política de Atenção Oncológica: “A política de atenção oncológica envolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, articuladas e organizadas entre as três esferas de governo [...]”.

Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2439 de 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica apresenta como principais objetivos, conforme BRASIL (2006, p. 89):

-Desenvolver estratégias de promoção da saúde identificando os determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas; promover a qualidade de vida e saúde da sociedade, sendo capaz de prevenir fatores de risco, de reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades.

-Organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).

-Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral. -Ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer. -Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção oncológica. -Fomentar e desenvolver atividades de educação e formação de profissionais que atuam nessa atividade. -Fomentar, coordenar e executar projetos de incorporação tecnológica e incentivar a pesquisa na atenção oncológica.

A Política Nacional de Atenção Oncológica na alta complexidade apresenta como características a determinação da extensão da neoplasia e a realização do tratamento adequado visando a qualidade da assistência. Esse nível engloba ações ambulatoriais como a quimioterapia, a radioterapia e ações a nível hospitalar como cirurgias, intercorrências clínicas e tratamentos que necessitam de internação hospitalar aos pacientes que precisam de um cuidado mais extenso.

Existem redes estaduais e/ou regionais de atenção oncológica em que fazem parte:

-As unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON. As quais são unidades hospitalares que possuem estrutura técnica, física e tecnologia e recursos humanos que garantem uma assistência especializada a fim de diagnosticar e tratar o câncer. Além disso, essas unidades contam com serviços de cirurgia e clínica. Dessa forma, os hospitais que atendem crianças e adolescentes exclusivamente podem ser credenciados como UNACON pois atendem um determinado público-alvo com as neoplasias prevalentes.

- As unidades de âmbito hospitalar que atendem todos os tipos de câncer as quais são Centro de assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON): Essas unidades devem ter serviço de cirurgia, clínica, radioterapia, hematologia, obrigatoriamente. O CACON visa atender todos os tipos de câncer.

Aguiar (2012, p. 39) explica sobre os CACONS que o Ministério da Saúde:

Ao oferecer essa assistência diferenciada, possibilitará à população acesso ao que existe de melhor na busca do combate ao câncer. Assim, com essa nova visão, o Ministério concentra os investimentos na aquisição de modernos equipamentos para o tratamento do câncer e também no

treinamento e capacitação dos profissionais, tanto para a utilização dos novos aparelhos quanto o aprendizado de novas técnicas no combate à doença.

No ano de 2003, foram implantados Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACONs conforme Teixeira & Fonseca (2007, p.154): “em Minas Gerais (Divinópolis e Montes Claros), Rio de Janeiro/ RJ (duas unidades), Tocantins (Araguaína), Rio Grande do Sul (Ijuí) e Bahia (Itabuna)”.

Existe também o Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON), o qual, segundo BRASIL (2007, p. 91):

Trata-se de um Cracon, que também seja hospital de ensino certificado pelo Ministério da Saúde, que exerça atividades de ensino, pesquisa e que possa subsidiar o gestor nas ações de regulação, fiscalização, controle e avaliação e no desenvolvimento de estudos de qualidade e de custoefetividade, além do desenvolvimento profissional em parceria com o gestor.

Além das unidades de alta complexidade em oncologia, existem os serviços isolados de quimioterapia e radioterapia e os hospitais gerais que realizam cirurgias oncológicas participando assim de forma complementar na rede de atenção oncológica contanto que tenham condições e executem adequadamente as normas técnicas para esse público-alvo. O câncer desde o seu diagnóstico até o tratamento perpassa todos os níveis de complexidade no SUS o que demanda uma série de ações articuladas.

Dessa forma, entende-se que se faz necessário que se tenha uma organização em rede em que a população possa ter acesso aos serviços de prevenção e diagnóstico precoce do câncer para então os CACONS e UNACONS assumirem uma grande importância para o país.

Os números de serviços necessários por cada unidade CACON e UNACON devem ser baseados no número de casos por ano conforme a estimativa sendo um serviço ofertado para cada mil casos novos anuais, com exceção dos cânceres de pele não melanoma.

Para a avaliação, monitoramento e controle da atenção oncológica nos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade como, por exemplo, a quimioterapia e a radioterapia é utilizada a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – Apac também do Sistema de Informação Ambulatorial; para o

registro de internações devido à intercorrências, tratamento clínico ou cirúrgico é utilizado o Sistema de Informação Hospitalar.

As fontes de financiamento da atenção oncológica acontecem com recursos do teto de média e alta complexidade – teto MAC, muito embora os exames para diagnosticar o câncer de colo de útero, procedimentos para tratar as leucemias mielóides crônicas e dos tumores de estromas gastrointestinais e o transplante de medula óssea são pagos com recursos do Faec - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, o objetivo da alta complexidade é garantir aos pacientes uma atenção integral, mais especificamente, na assistência oncológica busca-se detectar possíveis desequilíbrios nas células para a partir daí realizar o tratamento adequado em seus vários tipos, quimioterápico, radioterápico, cuidados paliativos e apoio multiprofissional.

Conforme Brasil (2013, p. 129), a Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 é responsável por instituir a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de atenção à saúde. Conforme a Portaria: “Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Já a Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 trata da reestruturação de critérios e normas para a organização, o planejamento, o monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde na oncologia e determina as condições de estrutura, funcionamento e recursos humanos para a aptidão destes estabelecimentos no SUS.

A oncologia é uma área que, por um lado, apresenta desafios permanentemente aos gestores e profissionais da saúde, pois eles têm uma parcela de responsabilidade no cuidado assistencial de fundamental importância para a prevenção e controle do câncer, e, por outro lado, incentiva o crescimento econômico das indústrias de medicamentos, insumos e da tecnologia favorecendo o desenvolvimento da área.

Uma referência para a área oncológica é o Instituto Nacional do Câncer, o qual é um órgão vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde. Esse órgão é responsável por estabelecer e organizar as ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil.

Os hospitais universitários distribuídos nos estados brasileiros fazem parte da rede de alta complexidade, atuam pela garantia de direitos dos cidadãos pois o atendimento bem como a assistência prestada aos usuários é garantido pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Um exemplo de hospital universitário que possui atendimento de 100% SUS e apresenta-se um modelo de alta complexidade é o Hospital Universitário de Santa Maria, localizado na Universidade Federal de Santa Maria.

Nesse contexto, em que o sujeito é atendido pelo Sistema Único de Saúde está a mulher com câncer de mama, a qual carrega consigo muitos aspectos que emergem pela situação de doença, os quais serão abordados a seguir.

### **3 A MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

Neste capítulo, será abordado sobre a área oncológica. No item 3.1, será explicitado sobre a mulher mastectomizada. No item 3.2, será abordado a respeito dos caminhos para a adaptação da mulher mastectomizada.

#### **3.1 A MULHER MASTECTOMIZADA**

A mulher apresenta, além dos variados aspectos que envolvem a sua situação de saúde (como as condições do meio ambiente, lazer, moradia e renda), também outros fatores que são acentuados pela discriminação nas relações trabalhistas e pela sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico. Além desses, existem outros fatores significativos que devem ser destacados como raça, etnia e situação de pobreza que refletem na saúde da mulher brasileira.

Segundo Oliveira e Cury (2016, p. 238): “O câncer é considerado uma patologia crônica degenerativa que pode se manifestar como um conjunto de doenças de diferentes tipos e graus de letalidade”.

Conforme o conceito de câncer estabelecido pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA, “é o nome dado a um conjunto de mais de 100 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 corpo”.

Dessa forma, o câncer é constituído como um problema de saúde pública, que acomete a população em geral atingindo tanto países desenvolvidos como países em desenvolvimento, sem distinção de classe social, raça, idade, sexo, crença ou cultura. Conforme o Artigo 196 da Constituição Federal do Brasil (BRASIL,1988) entende-se que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As alterações de hábitos juntamente com o estresse causado pelo estilo de vida das mulheres, que trabalham com remuneração menor que os homens, apresentam uma jornada de trabalho em casa sem remuneração, às vezes dupla jornada de trabalho, criam filhos, etc. São aspectos que contribuem para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, entre elas, o câncer de mama.

<sup>1</sup>O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS desde o ano de 2017 passa a dar visibilidade à campanha Outubro Rosa e volta sua atenção para as mulheres assistentes sociais que assim como podem desenvolver o câncer de mama também atuam como profissionais de saúde prestando atendimento às mulheres acometidas pela doença.

Atualmente, tem ocorrido um crescimento da mulher no mercado de trabalho e, algumas vezes é ela a única provedora da família. Quando a mulher adoece ela necessita parar de trabalhar, seja pelo tempo que precisa para fazer o tratamento, seja pela debilidade que apresenta em decorrência da doença e do tratamento. Por isso, Cabral (1995, p. 13) reforça essa afirmação:

A perda do emprego causa no paciente uma reação deixando-o deprimido e diminuindo sua motivação no processo de recuperação. Na maioria das vezes, isso acontece devido as longas ausências no hospital, ou por haver alguma impossibilidade de exercer suas funções profissionais. Isso também aumenta, no paciente, a insegurança, principalmente, quando o mesmo é o sustentáculo principal da família, e o responsável pelo seu próprio sustento.

Quando o paciente, no caso a mulher, não pode mais trabalhar e passa a depender da família a sua posição social entra em declínio pois considera-se um ser sem o valor que possuía e passa a usufruir de uma renda primeiramente do auxílio doença e após da aposentadoria. Atrelado a isso vem o sofrimento por medo da doença e também da rejeição dos outros pela mesma.

O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no país. Nesse sentido, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA (2011), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no Brasil depois do

---

<sup>1</sup> [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br)

câncer de pele não melanoma, abrangendo 28% dos casos novos. Acomete as mulheres em sua maioria, apesar de acometer os homens também, em apenas 1% do total de casos. É mais facilmente encontrado em mulheres acima de 35 anos, aumentando a incidência da doença após os 50 anos, ou seja, na fase de envelhecimento.

Os fatores de risco para este tipo de câncer estão intrinsecamente relacionados com aspectos reprodutivos da mulher, como por exemplo, não ter tido filhos, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menarca precoce, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal. A sua incidência, conforme estatísticas, tem aumentado tanto em países em desenvolvimento, como o Brasil, e em países desenvolvidos como os Estados Unidos (INCA, 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do período entre o ano de 1995 e 1999 mostra que o câncer de mama é o que prevaleceu com um total de 15,55% dos óbitos, seguido de câncer de traqueia, brônquios e pulmões (7,91%), estômago (7,38%) e cólon e reto (7,22%) (BRASIL, 2004). Os anos se passaram, a medicina ganhou avanços significativos juntamente com a tecnologia, porém o câncer de mama atualmente ainda é o prevalente entre as mulheres. A estimativa do ano de 2018 segundo o INCA é de que novos casos possam surgir, em cerca de 59.700. O câncer se caracteriza pela multiplicação de células defeituosas, ou seja, anormais em um órgão ou tecido do corpo e, além disso, apresenta como principal característica a “capacidade de invasão e disseminação que os tumores malignos apresentam de produzir outros tumores, em outras partes do corpo, a partir de um já existente...” (INCA, 2011, p. 20).

O fato é que a cada ano as pessoas ficam mais expostas à fatores externos e internos. Fatores estes que estão ligados ao estilo de vida de cada ser humano. Conforme Scorsolini-Comin et al. (2009, p. 41 apud Peres & Santos, 2007) “as taxas de incidência aumentam anualmente como reflexo da tendência global à predominância de estilos de vida que fomentam a exposição a fatores de risco”.

Estudos sobre o câncer de mama mostram que é possível reduzir os riscos deste a partir de hábitos de vida saudáveis como, por exemplo, combate ao tabagismo, ao álcool, alimentação saudável e equilibrada, prática de atividades físicas, combate à obesidade.

O tratamento realizado com efeito para o câncer de mama pode gerar uma sobrevida de 10 anos em comparação com outros órgãos. Esse fato tem causado preocupação com a qualidade de vida das mulheres seja pela identificação de suas necessidades psicológicas e sociais seja pelos modos de encarar a doença.

Assim, como efeito do diagnóstico precoce e com tratamentos mais eficientes, mais mulheres hoje e futuramente estarão vivendo basicamente sem a doença ou se adaptando a um novo modo de viver com ela.

A mastectomia consiste na retirada de parte do tecido mamário – mastectomia parcial ou da retirada de toda a mama – mastectomia total. O câncer é uma doença que afeta a pessoa acometida em todos os aspectos de sua vida, não somente o corpo físico. Dessa forma entende-se que além do aspecto físico, os aspectos sociais e psicológicos são inundados de diferentes crenças e emoções diante da doença. Essa doença tem sido muito relevante devido ao elevado número de casos e de ainda hoje ser estigmatizada pela sociedade de cultura ocidental.

Sabe-se que quanto mais cedo a doença for diagnosticada e tratada adequadamente, mais chances se obterá de a pessoa ser curada e conseqüentemente melhor será o seu prognóstico. Diante dos tipos de tratamentos utilizados para o câncer – quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia, está a mastectomia como um método especialmente utilizado para o tratamento do câncer de mama.

Quando este método é associado da quimioterapia, a paciente terá outras perdas secundárias como perda de cabelo, de unhas, bloqueio da menstruação, limitações quanto á alimentação, diminuição da imunidade, etc. Essas alterações implicam na feminilidade da mulher e a tornam ainda mais fragilizada diante de sua condição de saúde-doença.

Conforme Scorsolini-Comin et al. (2009, p. 46 apud Arantes & Mamede, 2003), em especial no câncer de mama, muitos aspectos do universo feminino são colocados em risco “seu amor próprio, o desejo, a vaidade e os cuidados com o corpo quando abordam a perda da mama ou de parte dela, a queda do cabelo e as alterações da libido, entre outros temas”.

Nesse sentido, o apoio social configura-se em uma estratégia para o enfrentamento do processo de saúde-doença. O apoio da família, dos amigos e da equipe multiprofissional de saúde são imprescindíveis nesse período pois tornam os momentos difíceis menos dolorosos pela paciente, em todos os aspectos.

O diagnóstico e o tratamento da doença a um membro da família pode ter um impacto sobre os outros membros acarretando em um impacto emocional principalmente do parceiro. O parceiro é muitas vezes o principal suporte social para o paciente. Porém, este sob estresse pode interferir na capacidade de propiciar um suporte e um ambiente acolhedor.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, explica que o acesso aos avanços na prevenção, no tratamento e cuidados paliativos de doenças diverge de um país para outro pois em muitos deles, o câncer possui um diagnóstico tardio, o tratamento apresenta um alto custo quando acessado e os serviços de cuidados paliativos não são disponíveis.

Segundo a OMS<sup>2</sup>, os casos de câncer irão aumentar 70% até 2038. Felizmente no Brasil, existem políticas públicas de saúde que garantem o acesso e o tratamento da população acometida pelo câncer pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme o ABC do Câncer instituído pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2012) existem fatores de risco modificáveis que foram identificados como: “uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica.”

Além disso, existem outros fatores como o uso de hormônios, fatores reprodutivos e a diminuição da resposta imunológica. Tais exposições aos fatores de risco são cumulativas com o passar do tempo e dessa forma, o risco de se obter o câncer aumenta conforme a idade. A situação socioeconômica como um fator de risco modificável interfere intrinsecamente pois a partir dessa condição a mulher acometida apresenta dificuldades até para realizar suas consultas e exames de rotina como prevenção da doença.

Segundo o exposto no site do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA de 2018, foi na década de 1990 nos Estados Unidos que se

---

<sup>2</sup> (Disponível em: <https://nacoesunidas.org/casos-de-cancer-devem-aumentar-70-ate-2038-calcula-oms/>)

Disponível em: <https://nacoesunidas.org/casos-de-cancer-devem-aumentar-70-ate-2038-calcula-oms/>

originou o movimento chamado de “Outubro Rosa”. Esse movimento internacional estimulou a participação da população no combate ao câncer de mama.

Todos os anos, o mês de outubro é responsável pela divulgação de campanhas de combate ao câncer de mama com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer, conscientizando as pessoas e tornando maior o acesso destas aos serviços de diagnóstico e tratamento da doença, dessa forma contribuindo para reduzir a mortalidade das mulheres.

O INCA participa deste movimento desde o ano de 2010 promovendo eventos, debates e apresentações sobre o tema e também produz materiais e educativos para compartilhar informações sobre a prevenção e diagnóstico precoce da doença.

No ano de 2013, através da Portaria nº 874 de 16 de maio, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS onde expõe no seu artigo 2º que: Art. 2º que:

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A mama não está relacionada somente ao aspecto físico, ela expressa um significado de feminilidade de acordo com a cultura da sociedade atual por esse fato ela é razão de orgulho para a mulher e de admiração para os homens e dessa forma possui um significado tanto afetivo como psicológico.

E nesse sentido, a palavra câncer representa um estigma forte para a mulher, pois apesar da evolução da medicina e das tecnologias para tratamento da doença ela ainda está associada à morte e podendo afetar a mama, uma parte do corpo que é valorizada na mulher.

A palavra câncer é de difícil pronúncia pelas pessoas, devido ao estigma provocado, sendo, por vezes, mencionado pelas pessoas acometidas de “aquela doença”, “a doença” ou “C.A”. Pelo difícil enfrentamento da doença pelos pacientes acometidos, estes necessitam de uma atenção especial. A política nacional voltada ao paciente oncológico reafirma essa necessidade de atenção a esse público-alvo.

Segundo Paula (2012, p. 53): “Quando penetramos na temática de pacientes amputados ou mutilados pelo câncer, é cabível colocar essa diferenciação, uma vez que amputados diz respeito a membros e mutilados diz respeito a partes ou órgãos”.

Os efeitos danosos da doença também a tornam estigmatizante. Existe o medo enfrentado pelos portadores de câncer de mama sob vários aspectos: o medo da morte após a descoberta da doença, da rejeição pelo companheiro e pela sociedade, da mutilação causada pela cirurgia, da recidiva da doença após um período, dos efeitos do tratamento (quimioterapia e radioterapia), da dúvida quanto ao futuro, entre outros.

Segundo Ambrósio e Santos (2015, p. 856): “A notícia do câncer é vivenciada como uma experiência altamente dolorosa e impactante, e a mastectomia adquire fundamentalmente o significado de perda e mutilação física”.

Outro aspecto importante que causa um estigma pela doença é o fato de não ter ainda um método ou que possa prevenir o seu aparecimento e que seja eficaz. Então é essencialmente importante que as mulheres possuam a informação necessária para detectar o surgimento do câncer em fase inicial através do autoexame das mamas. Só assim a possibilidade de cura será maior.

Moura et al. (2010, p. 478) ressalta que:

É extremamente importante o autoexame, pois o sinal mais comum do câncer da mama é o aparecimento de um nódulo ou caroço palpável na mama ou na axila, sobretudo quando não desaparece durante o ciclo menstrual e não muda de local quando apalpado, acompanhado ou não de dor.

Nesse sentido, é importante que a mulher tanto na fase reprodutiva como não reprodutiva procure fazer o autoexame e os demais exames de diagnóstico por imagem para que possa ser detectada precocemente a doença e assim tratada adequadamente.

Outras formas de prevenção são através da mamografia, um raio X das mamas e das regiões axilares perto das mamas e da ultrassonografia que consiste em outro método capaz de analisar o órgão. Esses exames são considerados de média complexidade para o SUS, e requer uma burocracia para autorizá-los e a população poder acessar.

Nesse caso, o assistente social se faz necessário para que possa mediar o acesso das pacientes para realizar os exames contatando os órgãos e secretarias de saúde para garantir o acesso da população

Conforme expressa Moura et al. (2010, p. 478): “A consequência mais grave é a realidade do diagnóstico e a mastectomia, pois abrange o aspecto íntimo, feminino e emocional da mulher, aliados ao desconhecimento da doença, o que soa como uma sentença de morte”.

Esse fato acontece, porque a mulher desde a sua infância é vista ainda culturalmente pela sua estética e quando descobre que pode ficar sem uma de suas mamas, esta tende a se torturar psicologicamente, porque pensa em como as pessoas irão reagir ao perceberem a sua aparência. Esse fato fica ainda mais intenso com relação ao seu parceiro pois ele pode abandonar a relação em alguns casos ao invés de apoiar sua companheira.

De acordo com Farias (2007, p.81): “A mastectomia desconstrói a imagem feminina de maneira abrupta. No entanto, sua estética e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida”. É nesse período de desconstrução que se inicia um novo processo de construção para a mulher, a partir de uma nova imagem e sua aceitação.

O corpo então é visto conectado à uma sociedade que, independente da classe social está vinculado à costumes e características culturais. Assim, o homem adquiriu padrões culturais relacionado ao seu comportamento sexual e que Biffi e Mamede (2004, p. 267): “ainda determina que o corpo da parceira está para servi-los e quando isso não acontece cria-se distanciamento entre eles”.

De acordo com estudos de Ambrósio e Santos (2015, p. 857) as mulheres acometidas pelo câncer de mama “quando se dão conta de que perderam um símbolo crucial de sua feminilidade e sexualidade, sentem tristeza e dor, iniciando um penoso trabalho de luto pela perda”. Diante da situação presenciada pela mulher e do desconforto emocional surgem também mudanças de planos e projetos de vida desenvolvendo algumas vezes o isolamento social e a privação.

Dessa forma, Moura et al. (2010, p. 480) explica:

Desta forma, o câncer de mama carrega os tabus de uma doença chamada “maldita”, possível causadora de desfiguração de partes do corpo e até do próprio atrativo sexual, e traz sofrimentos por seu tratamento ser prolongado. É visto também como potencialmente estressor que provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto de seus familiares.

Entende-se que a autoestima é um dos maiores problemas pelo qual a mulher encontra após a mastectomia pois ela perde o domínio sobre si por causa da impotência diante da mutilação no corpo além do temor de não ser aceita fisicamente pelas pessoas. A diminuição da autoestima ocasiona dificuldades no estilo de vida da mulher, tornando mais difícil o tratamento e a recuperação da doença. Os sentimentos apresentados pela mulher com baixa autoestima são variados como o medo, a ansiedade, a angústia até a sobrecarga emocional, os quais são expressos desde o diagnóstico da doença.

A doença estabelece características de duração prolongada e apresenta-se também a probabilidade de recidiva com intervenções que podem além de alterar a vida da portadora de câncer altera a vida da família e o convívio social. É nesse sentido que a vulnerabilidade das pessoas envolvidas nessa condição de estresse acaba por desestruturar o aspecto biopsicossocial.

Segundo Biffi e Mamede (2004, p. 263), o suporte social é entendido de formas variadas e fica evidenciado através do exposto:

envolve expressão de afeto positivo, tendo o poder de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão; -envolve expressão de concordância, interpretação e/ou estimulação dos sentimentos da pessoa apoiada fortalecendo a autoestima; -se oferece assistência, consideração e informação permitindo ações educativas, controle de ansiedade e possibilita diminuir a vulnerabilidade a problemas emocionais; -se fornece ajuda material e/ou econômica; -se promove integração social, de forma a favorecer a pessoa a se sentir parte de uma rede ou sistema de apoio, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca.

Assim, explica-se que o suporte social é de fundamental importância para a mulher acometida por câncer de mama, e o efeito desse suporte é ainda maior quando esta passa pela mastectomia. Desta forma, quanto maior o suporte social a portadora de câncer tiver melhor irá passar por situações de estresse ou evitá-las com autoconfiança e coragem.

O suporte social atua como uma proteção diante do estresse e conforme Ambrósio e Santos (2015, p. 852) a redução ou ausência de apoio social pode atingir o corpo “tornando o indivíduo mais suscetível ao estresse, sendo que, em momentos de extrema exigência adaptativa, o apoio social pode contribuir para manter a saúde psicoemocional dos indivíduos”.

Quando a rotina do dia a dia de um indivíduo é modificada, surge então um fator estressor, o qual o ser humano necessita lutar contra. A mulher com câncer de

mama apresenta mudanças no seu estilo de vida e hábitos a partir do diagnóstico da doença e essas mudanças são refletidas na família. Por isso a importância da família estar bem, para poder auxiliar significativamente no processo de saúde-doença.

O apoio social é visto como uma forma de cuidado buscando auxiliar as pessoas acometidas por uma enfermidade, assim como auxiliar as suas famílias que também enfrentam dificuldades nesse sentido. No apoio é verificado conforme Ambrósio e Santos (2015, p. 852) “laços de afeto, consideração, confiança, entre outros, que ligam as pessoas que compartilham o convívio social e que podem exercer influência no comportamento e na percepção de quem compõem a rede social”.

Em vista disso, é necessário que se estabeleça medidas de prevenção e diagnóstico da doença através da educação em saúde aos profissionais da área da saúde para que transmitam aos pacientes as informações necessárias quanto ao autocuidado e que estes possam se conscientizar da importância de fazer os exames periodicamente. Pois, se caso for detectada a doença precocemente, ela terá menos chances de ter que enfrentar uma mastectomia e suas possíveis consequências subjetivas.

Como a mulher percebe e lida com a nova imagem corporal e como esse fato afeta a vida dela, são questões que surgem como inquietações para os profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Os profissionais de saúde devem procurar prestar assistência à mulher de forma integral visto que após a cirurgia a mulher preocupa-se com o andamento do tratamento e com sua reabilitação diante do processo.

A implicações trazidas pelo câncer de mama

revelam que a partir do diagnóstico da doença o processo de tratamento e suas sequelas tornam a vida da mulher muito desgastante e estressante. Pois a mama é um órgão simbólico que representa a feminilidade, a estética, a sexualidade e a imagem corporal da mulher e sendo assim, a doença provoca alterações biopsicossociais na mulher acometida. A retirada da mama pode causar dificuldades e prejuízos na vida da mulher, no aspecto profissional, social, familiar e sexual.

Entra nesse período uma reconstrução e reelaboração da autoestima e da imagem corporal da mulher, o autocuidado e o suporte social. O significado da mutilação do órgão da mulher e suas consequências para ela deve ser conhecido

pelos profissionais de saúde para que eles conheçam a representação e repercussão desse fato na vida da mulher. Nesse sentido importa conhecer quais caminhos são possíveis para a adaptação da mulher.

### 3.2 OS CAMINHOS PARA A ADAPTAÇÃO DA MULHER MASTECTOMIZADA

A mudança no corpo da mulher mastectomizada traz também alterações que incidem de maneira direta na autoestima desta, pois a mama traz consigo a representação de uma soma de valores ligados à mulher.

É o que coloca Chevalier-Martinelli e Chantal (2006) p. 129: a perda total ou parcial do órgão, às vezes, traz consequências emocionais, sexuais e psicológicas, uma vez que a mulher pode sentir sua feminilidade ou capacidade de sedução reduzidas”.

A doença exige tratamento longo e afeta a vida do parceiro, pais, filhos, irmãos, amigos e vizinhos. Os familiares sentem-se despreparado diante da doença e ao mesmo tempo assustados, porém são imprescindíveis o apoio e o afeto do parceiro, bem como dos demais integrantes da família para se obter resultados satisfatórios no tratamento.

No caso dos pacientes estes necessitam de um suporte especial, assim como seus familiares, pois devido ao tratamento realizado e/ou por consequência da própria enfermidade eles tornam-se mais vulneráveis em vários aspectos. Nesse sentido, Schimiguel (et. al. 2015, p. 48) afirma que:

Os pacientes que passam por um tratamento agressivo e desgastante, como o direcionado aos mais diversos tipos de câncer, podem tornar-se suscetíveis a alterações de origem mental/emocional, como depressão e baixa autoestima, o que pode acarretar a ineficácia do tratamento.

A mulher submetida a cirurgia de mama pode sentir-se menos atraente, não gostar de sua aparência em geral, não se sentir inteira e muitas vezes ficar insatisfeita com a cicatriz por isso ela deve buscar sobretudo, o desafio da aceitação de uma nova imagem de mulher, com seu novo modo de dar sentido à vida, de ressignificar o mundo com seus desejos, sua sexualidade e suas formas de administrar a vida.

A feminilidade da mulher mastectomizada adquire novos formatos. A união dessas mulheres é vista como um aspecto positivo visto que juntas elas podem se

fortalecer mutuamente, aprendendo a dividir histórias e estabelecer novas possibilidades de vida.

Assim, reconstroem as imagens de mulher veiculadas em nosso meio social, delineando o que é ser uma mulher mastectomizada, com suas singularidades, estratégias de ajustamento, adaptações, desejos e projetos reconstruídos (Schimiguel, p.47). Evidentemente, ainda há muito a se fazer até que se possa mudar a percepção social da mulher com câncer de mama, afastando imagens que as identifica com aspectos mórbidos e com a anulação da feminilidade e do desejo.

Recorrer ao grupo como agente promotor de uma vida com melhor qualidade pode contribuir para elidir preconceitos, desarmar estigmas e promover inclusão social a partir de novos paradigmas e possibilidades de encarar as experiências paradoxais contidas na doença, como a obtenção de uma nova perspectiva de vida em troca da perda da mama e as incertezas em relação à efetividade do tratamento.

O ponto de vista aqui defendido é que se deve incentivar a criação de espaços em que pacientes oncológicos possam falar a respeito daquilo que vivenciam na vida diária, suas experiências cotidianas, temores e angústias frente às mudanças e necessidades de ajustamento. Busca-se que a sociedade as aceite como elas são, com suas sequelas físicas e emocionais decorrentes da doença, com a “nova imagem” que adquirem do “ser mulher”.

Conforme Chevalier-Martinelli e Chantal (2006, p.127): “A feminilidade não é apenas uma questão de corpo: os cuidados com a aparência, os gestos, o penteado e a escolha das roupas também fazem parte do conjunto”.

A participação e a cooperação da equipe multiprofissional apresentam-se como um grande suporte para as mulheres portadoras de câncer que passaram pelo tratamento cirúrgico. É através das palavras, gestos e sorrisos que a equipe exerce a sua participação fundamental para fornecer subsídios necessários para a integridade humana.

Diante do exposto, conforme Moura et al. (2010, p. 482), é habitual que a mulher se sinta melhor quando os “profissionais de saúde fazem perguntas não somente associadas ao seu estado físico, mas também quando demonstram algum interesse pela pessoa e pelas vivências emocionais frequentes ao câncer de mama”.

Nesse sentido, Moura et. al. (2010, p. 483) reforça que: “[...] a assistência às mulheres é fundamental para que elas reconheçam o quadro ao qual vivenciam. Isto

é possível com o apoio da equipe multiprofissional que deve oferecer informações em relação ao problema [...].”

Após o surgimento do câncer a mulher passa por alterações na sua imagem corporal, na sua maneira de perceber e sentir o seu corpo, nos seus sentimentos diante da vida e da doença, ou seja, são aspectos biopsicossociais e espirituais que devem ser levados em conta. Portanto, a assistência prestada à paciente portadora de câncer de mama submetida à mastectomia deve favorecer o aumento da qualidade de vida desta ao auxiliar em aspectos psicossociais bem como na readaptação do estilo de vida da mulher.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) elaborou uma cartilha com os direitos sociais do paciente oncológico sendo alguns direitos como: auxílio-doença, tratamento fora de domicílio pelo Sistema Único de Saúde, saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e saque do PIS/ PASEP.

Estabelecido como um dos direitos oncológicos que a paciente com câncer de mama possui está a cirurgia de reconstrução mamária sendo realizada tanto pelo Sistema Único de Saúde como pelos planos de saúde privados. Quando a paciente apresentar boas condições clínicas, essa cirurgia reparadora deve ocorrer juntamente com a mastectomia.

A reconstrução mamária é um método cirúrgico que visa reparar a forma e aparência da mama após a mastectomia e é uma alternativa para que a mulher possa ter uma autoestima mais elevada e diminuir os sentimentos negativos em decorrência da doença. A reconstrução mamária sugerida pelo médico especialista pode diminuir o estigma causado pela doença melhorando assim o aspecto físico e psicológico da mulher.

As respostas dos processos terapêuticos estão diretamente ligadas ao estado psíquico da paciente por isso é importante destacar a relevância do tratamento multidisciplinar, o apoio familiar e social e a consciência de possuir um valor social pela paciente afim de se reconhecer como um cidadão de direitos.

O ser humano deve ser compreendido em sua totalidade, ou seja, deve ser visto e valorizado de forma singular, com suas particularidades e assim sendo possível que os profissionais de saúde tenham uma visão em que seja privilegiada a humanização.

Sabe-se que o apoio social tem um resultado positivo sobre o bem-estar subjetivo da pessoa acometida por câncer de mama pois auxilia na recuperação da

saúde e atua diretamente sobre os aspectos emocionais que são frequentemente enfraquecidos pela doença. Nesse sentido, entende-se que esse tipo de suporte segundo Ambrósio e Santos (2015, p. 852): “(...) promove a adaptação dos indivíduos quando são confrontados com situações adversas, como as impostas pelas doenças graves como o câncer”.

Assim, esse apoio firmador é essencialmente importante para a manutenção da saúde da mulher doente em todos os aspectos, de maneira que auxilia no enfrentamento de situações estressantes e resulta em benefícios para a pessoa que está passando por situação de estresse.

A vivência que a mulher mastectomizada enfrenta com as limitações que a doença impõe, em especial as limitações físicas e também as mudanças na rotina por conta de consultas e tratamentos acabam por retirar a mulher do trabalho tanto do doméstico como do trabalho fora de casa, e com isso elas acabam assumindo outros papéis, pois, anteriormente à doença essas mulheres cuidavam de outras e agora são elas que necessitam de cuidados.

Segundo Farias (2007, p. 79): “A mulher mastectomizada devido a submeter-se a uma cirurgia mutiladora, sente-se abalada na sua constituição física, psicológica e em particular, sexualmente”. Também é importante destacar que a partir da situação da mulher mastectomizada de ser cuidada e não mais cuidar de outros membros da família, surge diante da sua nova rotina os momentos de lazer.

E ainda, surge a possibilidade de receber recurso financeiro para auxiliar em possíveis gastos para tratamento de saúde. Além disso, algumas mulheres portadoras de câncer de mama podem se dedicar à nova atividade geradora de renda, como uma possibilidade de aumentar a sua autonomia e fortalecer sua autoestima.

Essas mudanças estão relacionadas em especial à convivência social, sobretudo a família. Entende-se que a família é o principal suporte para a mulher no seu processo de saúde-doença, no sentido de oferecer apoio e afeto como também incentivá-la para que possa prover os recursos necessários para o enfrentamento da doença.

Porém, justifica-se que o apoio familiar só é benéfico quando a mulher é receptiva para o aspecto social. Daí, pode ser percebido uma conforme Ambrósio & Santos (2015, p. 858): “diminuição do estresse, aumento do vigor, melhora na

condição de saúde auto percebida e uma redução do número de consultas médicas relacionadas às comorbidades, ao longo de três meses de tratamento”.

Dessa forma, a mulher mastectomizada não deve ser vista como vítima da enfermidade, mas sim, como uma protagonista da sua trajetória histórica, do enfrentamento do seu próprio processo de saúde-doença onde a família deve estar apoiando sempre que possível a fim de propiciar um ambiente mais favorável diante dessa fase da vida.

Diante do quesito qualidade de vida da mulher com câncer de mama mastectomizada, entende-se, segundo Huguet et al. (2009, p. 62) que: “a qualidade de vida é um termo complicado para definir pois abrange condições que afetam “a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas”.

O apoio social e da família contribuem para que a mulher tenha uma boa relação social e, como resultado a isso ela avalia positivamente a qualidade de vida depois de vivenciarem a doença. Outro ponto importante a destacar é de que a paciente que mantém uma estabilidade diante do quadro de saúde e que inclui o apoio psicológico e social na sua vida conseguem manter uma boa qualidade de vida a longo prazo, mesmo estando em tratamento de câncer.

É de suma importância que os profissionais da saúde estejam conscientes do sofrimento enfrentado pela mulher. Tal sofrimento pode durar mais tempo que o esperado, podendo durar até anos após o diagnóstico e o tratamento da doença. Assim explica Ambrósio e Santos (2015, p. 859): “a equipe de saúde deve atentar não só às características e necessidades físicas das pacientes, mas também às características e demandas psicológicas e sociais, a fim de prover serviços de forma adequada e eficaz, principalmente após a cirurgia”.

Os profissionais de saúde devem demonstrar sensibilidade diante das necessidades de cada paciente. Desse modo, os serviços de apoio oncológico devem contar além do Serviço Social que presta a assistência necessária, com a psicologia e com demais informações que podem ser transmitidas por esses profissionais a partir das necessidades de cada paciente.

Nesse sentido, os grupos de apoio são espaços que propiciam o acolhimento, onde é possível a troca de saberes e experiências para que a mulher possa compartilhar suas vivências e aflições favorecendo o aumento do equilíbrio e da calma diante da situação resultando em uma boa aceitação ao tratamento.

Em nosso país os grupos de apoio são espaços que afirmam uma repercussão positiva no desempenho da mulher mastectomizada. A participação em grupos de apoio promove o conforto e um olhar diferenciado como forma de cuidado pois segundo o que expõe Ambrósio e Santos (2015, p. 859): “é considerada uma forma de conhecer, aceitar e compreender a doença, as vicissitudes do tratamento e os caminhos da cura, o que facilita a socialização das emoções, ideias e experiências vividas [...]”.

Os grupos de apoio têm se manifestado como um forte recurso para o enfrentamento do processo de saúde-doença e para a superação do sofrimento proveniente do diagnóstico e do tratamento do câncer e nesse aspecto conforme Ambrósio e Santos (2015, p. 859):

[...] sendo comprovado que a socialização das experiências facilita a busca de auxílio e se constitui em uma forma de manter a autoestima elevada, de ter esperança e acreditar na efetividade do tratamento, de confiar em si mesma e na equipe de saúde, e ultrapassar algumas dificuldades inerentes ao percurso.

Os serviços de saúde devem promover espaços de educação em saúde, onde as pacientes e os profissionais de saúde possam compartilhar vivências, conhecimentos em saúde possibilitando uma melhoria na qualidade de vida. O Serviço Social torna-se essencial nesse processo pois busca diminuir ou amenizar os efeitos danosos da mulher mastectomizada. Com base no exposto, cabem algumas considerações sobre o processo de trabalho do assistente social frente as expressões da questão social no contexto aqui estudado

## 4 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

O presente capítulo irá contemplar três aspectos fundamentais para a profissão. O item 4.1 irá tratar do serviço social no campo da saúde, desde o seu surgimento até a dicotomia deste em razão dos projetos societários. Já o item 4.2 tratará do processo de trabalho do assistente social na rede hospitalar. E, por fim, o item 4.3 explanará sobre o processo de trabalho do assistente social na oncologia.

### 4.1 BREVE HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Devido ao processo econômico e político que se deu nos anos 1930 no Brasil, que o Serviço Social se introduziu. Nesse processo, a questão social foi enfrentada pelo Estado, pela Igreja e pela classe burguesa.

As políticas sociais foram implantadas pelo Estado conjuntamente com a Igreja Católica, que tinha grande poder na época, em decorrência das lutas da classe operária por melhores condições de trabalho, assim como a classe burguesa em oposição, surgiu a necessidade de controle social pelo Estado.

De acordo com Bravo (2013, p.127): “A conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática”.

No período referente a década de 1930 o país teve muitos conflitos políticos envolvendo a classe operária, a classe burguesa e militares. Assim, surge o serviço social para a execução das políticas públicas, entre outras competências, a fim de intervir na demanda da população usuária.

Ainda Bravo (2013 apud BRAGA e PAULA, 1986, p. 132) afirma que:

Os problemas de saúde pública eram intensos, na época, apesar da criação de um aparelhamento estatal. Este foi insuficiente frente às reais necessidades de saúde da população, pois os gastos ainda eram limitados e o modelo sanitário adotado, muito oneroso.

A partir de 1945, o Estado adquiriu traços parecidos com o “Estado de Bem-Estar Social e assim, ampliou os gastos do Estado em âmbito social”. Esta atitude é relacionada com a emergência de nova base social no país (BRAVO, 2013).

Deste ano em diante, a profissão assume um caráter positivista e a saúde passou a ser vista de outra forma, acrescentando profissionais de outras áreas para atuar, incluindo o serviço social. O serviço social tinha como objetivo orientar os usuários para adquirirem hábitos saudáveis.

A propagação do Serviço Social no Brasil, no entanto, acontece a partir de 1945, referente às exigências e necessidades intrínsecas ao capitalismo no país e às transformações ocorridas internacionalmente, em decorrência do fim da Segunda Guerra Mundial (BRAVO, 2013).

Com a industrialização, a quantidade de trabalhadores também aumentou, existindo uma notável classe urbana. A questão social era enfrentada pelo Estado por meio da ampliação da educação, aumento da previdência social, luta pelas doenças endêmicas e aprimoramento da moradia popular.

Bravo (2013 apud IAMAMOTO e CARVALHO, 1982 p.200) afirma que:

A ação dos assistentes sociais na área da saúde, chamada de Serviço Social Médico, foi inicialmente ligada à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas pelos profissionais eram: triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica; Conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente mediante entendimentos com o empregador, cuidado com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do cliente à instituição com a obtenção de sua confiança. Nas campanhas sanitárias, o assistente social desenvolvia basicamente a função de educador sanitário.

O Serviço Social vinculado aos cuidados médicos foi questionado por profissionais da área por se constituir com traços resguardados, visto que, desde o seu início, a profissão possuía um caráter conservador pois ocorreu sob domínio da Igreja Católica.

De maneira histórica, a atuação do Serviço Social na saúde ocorreu de forma curativa e com abordagem individual – Serviço Social de Caso. A saúde, vista como uma questão política, manifestada no interior da categoria, somente teve visibilidade no final da década de 1980 (BRAVO, 1996).

Nos anos de 1980, o país passa por um processo de redemocratização em que foi implementado o Projeto da Reforma Sanitária com o objetivo de garantir o papel do Estado em prol da sociedade, tornando-o democrático e de direito,

exercendo sua responsabilidade pelas políticas sociais e conseqüentemente pela saúde.

O Projeto Ético-Político da profissão se tornou predominante nos anos de 1990, onde aconteceu a ruptura com o conservadorismo e a conexão com o marxismo. De acordo com Bravo (2013, pg. 177) o projeto ético-político “expressa um compromisso com determinados valores ético-políticos – a defesa da justiça social, da democracia, da cidadania e da construção de uma sociedade sem exploração de classe, gênero e etnia”.

A respeito da Seguridade Social após a Constituição Federal de 1988, Santana et al. (2013, p. 2) explica que “foi fruto das lutas dos trabalhadores e dos movimentos sociais que reivindicavam a reestruturação no tratamento às políticas sociais, especialmente as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social”.

Desse modo, a Seguridade Social é composta pelo tripé: Saúde, como um direito de todos; Previdência Social, para os que contribuem com ela; E Assistência Social, para quem dela necessitar.

Segundo Bravo (2013 apud BRAVO e MATOS, 2004 p.180):

Pensar uma atuação comprometida do Serviço Social na área da saúde deve ter como pressupostos: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da Instituição e não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento à possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o Serviço Social.

Cabe aos profissionais do Serviço Social a articulação com outros profissionais da área da saúde que estejam engajados no estudo aprofundado do Sistema Único de Saúde visando a formulação de estratégias que impulsionem os serviços de saúde para assim, efetivar o direito da sociedade à saúde.

De acordo com Costa (1998, p.7):

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais 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 a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Conforme Santos e Bernachi (2012, p.2): “O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, muitas vezes exemplificado como modelo para outros países. O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal, amparado por um conceito ampliado de saúde pública, visando garantir o direito à saúde de toda a população”.

Este sistema de saúde garante o atendimento gratuito à população, seja ele de emergência ou por meio de consultas com especialistas. Além disso, o SUS garante a assistência pré-natal, o parto e diversos tipos de exames laboratoriais e de diagnósticos por imagem. E também é responsável pela fiscalização, produção de medicamentos e controle das doenças.

Os avanços na área da saúde possibilitados pela profissão são insuficientes pelo fato de o Serviço Social estar começando nas instituições, nos anos de 1990; continua em desarticulação com o Movimento da Reforma Sanitária, sem intervenção do Estado pela massa progressista da profissão (VASCONCELOS, 2011).

Nesta perspectiva, vive-se numa sociedade com dois projetos societários e diferentes na concorrência: um defende um Estado que visa fornecer as condições de sobrevivência necessárias, investindo na área social e outro defende um Estado de direitos mínimos, reduz investimentos nas áreas sociais e gera o aumento da pobreza e exclusão social (SILVA e ANDRADE, 2014).

O projeto que defende um Estado que garanta as condições de sobrevivência necessárias é o chamado Projeto da Reforma Sanitária, e tem como objetivo o investimento na área social, portanto, nas políticas sociais. Já o projeto que defende um Estado mínimo, com redução dos investimentos nas áreas sociais tendo como consequência a expansão da pobreza e exclusão social, é o Projeto Privatista.

Este último projeto se originou a partir da política neoliberal e teve como resultado o desfinanciamento da saúde pública, ocasionando o sucateamento desta visando à privatização da saúde, e assim, o SUS torna-se um favor e não um direito conquistado.

Segundo é retratado por Sant’Helena et al. (2013, p.4):

De modo que as contrarreformas iniciam-se na década de 1990, e se intensificam no decorrer do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Este governo ignorou o marco legal da saúde (Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e 8.142/90) como direito fundamental de todos e obrigação do Estado, provocando o desfinanciamento, recentralização das decisões e

recursos e a não implantação do plano único de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS.

O projeto privatista exige do assistente social a seleção socioeconômica dos usuários, a atuação psicossocial através de aconselhamentos, a fiscalização aos usuários de planos de saúde, assistencialismo e prevalência do individualismo (SANTOS E BERNACHI, 2012).

Já o projeto da Reforma Sanitária trabalha com a democratização de bens e serviços de saúde, com a intenção de aproximar os serviços de saúde com a realidade, trabalhando a interdisciplinaridade em prol dos usuários da rede, incentivando-os à participação popular. Cabe ao assistente social enquanto profissional que atua nas expressões da questão social, desvelar a saúde como um direito e propor condições que viabilizem o acesso dos usuários. Assim o assistente social contribui no processo de construção e sensibilização dos usuários enquanto sujeitos de direitos.

Dessa forma, o profissional de saúde do Serviço Social juntamente com os demais profissionais da área, ao posicionar-se em favor da equidade e da justiça social referente ao acesso dos cidadãos ao sistema de saúde, constitui o avanço da saúde e novas conquistas obtidas por meio da classe trabalhadora.

A atuação do assistente social no campo da saúde, bem como em outros espaços sócio ocupacionais implicam em atribuições e competências pertinentes à área de Serviço Social, as quais são propostas a partir do Código de Ética Profissional do Assistente Social e da Lei de Regulamentação da Profissão.

A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 regulamenta a profissão de assistente social. O Art. 1º dessa legislação explicita que: “É livre o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional, observadas as condições estabelecidas nesta lei”.

O Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993 (2012, p.23 e 24) possui instrumentos imprescindíveis para a atuação profissional no cotidiano, apresenta como princípios:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central; Defesa intransigente dos direitos humanos; Ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços

relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; Garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; Opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; Exercício do Serviço Social sem discriminação.

Para que o profissional assistente social no seu fazer profissional atue no sentido de garantir direitos e possa intervir na realidade social, é de fundamental importância que seja realizada uma leitura crítica da realidade de modo que possibilite a identificação das condições de vida do usuário, as condições atuais do Estado e também da sociedade.

Dessa forma, o assistente social possui qualificação suficiente e adequada para trabalhar na saúde pública junto ao SUS, atuando em defesa da Reforma Sanitária. Visto que o serviço social busca desvelar a realidade social dos usuários e intervir com comprometimento para que suas necessidades sejam atendidas.

As atribuições e competências dos profissionais do Serviço Social atuantes na saúde ou outra área sócio ocupacional são estabelecidas por direitos e deveres apresentados no Código de Ética bem como na Lei de Regulamentação da profissão.

Essas atribuições e competências devem ser respeitadas tanto pelo profissional assistente social como pela instituição que ele atua. Conforme o que consta em CFESS, (2009, p. 18 e 19), o Art.2º do Código de Ética são direitos dos assistentes sociais:

a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; i) liberdade na realização de seus estudos e

pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (2010, p.39) entende que “o projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação”.

Em relação aos deveres dos assistentes sociais, segundo o CFESS (2009, p.19), o Art.3º do Código de Ética institui o seguinte:

a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor; b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

Nesse sentido, existem alguns pontos fundamentais para a atuação dos assistentes sociais na saúde colocado por CFESS (2010, p. 39): “A concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade [...]”.

A ação do assistente social com equipes interdisciplinares favorece para o fortalecimento do projeto ético-político da profissão no Sistema Único de Saúde e assim, proporciona um melhor atendimento aos usuários.

Para uma atuação orientada na totalidade, é essencial que a ação profissional seja alicerçada no conhecimento da realidade dos serviços e as reais necessidades dos sujeitos, empenhando-se na determinação de projetos que assegurem tais necessidades (KRÜGER, 2010).

O profissional deve estabelecer um planejamento das suas ações, realizar pesquisas e análises referentes às expressões da questão social na saúde, exercitar o seu fazer profissional utilizando instrumentos que estejam ao seu alcance como entrevistas, abordagens, visitas domiciliares além das suas potencialidades que inclui a sua bagagem teórica, a metodologia e o senso crítico para que a prática seja melhor efetivada.

As competências e atribuições dos assistentes sociais exigem algumas ações consideradas fundamentais para a compreensão do contexto da realidade em que dispõe a intervenção, segundo CFESS (2009, p.19 apud ABEPSS, 1996):

-apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; -análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; - compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; -identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

Desta forma é fundamental que o profissional conheça a realidade em que o usuário está inserido para que os instrumentos do fazer profissional sejam utilizados adequadamente a fim de se obter uma melhor resposta na intervenção. As ações realizadas pelo assistente social na área da saúde estão fundamentadas nos direitos do usuário e na sua cidadania. A intervenção é feita com reflexão e análise da situação social além do acompanhamento no processo de intervenção do usuário.

A Lei de Regulamentação da profissão conforme afirma o CFESS (2009, p.20) no Art. 4º como competências do assistente social:

-elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de 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, 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 Serviço Social e de Unidade de Serviço Social; -realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Para tanto, os profissionais do Serviço Social devem se guiar nos instrumentais teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos da categoria

conjuntamente com os conceitos fundamentais do campo da saúde a fim de proporcionar um serviço de qualidade aos usuários da rede.

O contexto e as condições sociais, que exercem grande efeito no processo de saúde-doença do usuário são relevantes. O trabalho apresenta fundamental importância em âmbito social e histórico visto que a saúde do trabalhador é também uma atribuição da atuação do assistente social, pois a realidade de hoje, conforme afirma o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009, p. 22) “é marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos”.

Os assistentes sociais na área da saúde atuam em quatro dimensões: No atendimento diretamente aos usuários; na mobilização, participação e controle social; na investigação; no planejamento, gestão e assessoria; na qualificação e formação profissional. É necessário ressaltar que essas dimensões não devem ser entendidas separadamente, mas de uma forma articulada, num sentido de totalidade (CFESS, 2009).

O sistema de saúde apresenta como entrada preferencial e primária para atendimento a atenção básica constituída por postos de saúde, centros de saúde, unidades de saúde da família, entre outros. Após esse atendimento, o indivíduo é encaminhado para os demais serviços disponibilizados em maior complexidade, os hospitais e as clínicas especializadas (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização (PNH) implementada pelo Ministério da Saúde defende que (BRASIL, 2004, p. 43):

[...] humanização diz respeito a uma aposta ético-estético política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

A atuação do assistente social na perspectiva da PNH constitui-se relevante pois compete a ele a defesa dos direitos sociais e a luta pela garantia desses direitos visto que a saúde se constitui como um direito de todos. Para tanto, é necessário o compromisso ético e político do profissional para que as respostas atendam as respectivas demandas. Assim, será abordado como esse profissional atua em suas demandas na rede hospitalar.

## 4.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDE HOSPITALAR

A partir da construção do SUS, originou-se um novo modelo de saúde pautado num novo conceito de saúde, a garantia desta como um direito social, a universalização da atenção à saúde e a formação de uma equipe multiprofissional para o atendimento das demandas. Nesse sentido, a saúde é percebida como um espaço de múltiplas dimensões, e o profissional assistente social está inserido neste meio, como parte fundamental na atenção da saúde.

A partir da exposição de Silva (2017) entende-se que a intervenção do Serviço Social tem como propósito oferecer acolhimento, atendimento e o acompanhamento social, por exemplo, para os pacientes internados e seus familiares e/ou acompanhantes, de uma forma crítica através de implicações clínicas da questão social apresentadas ao Serviço Social durante o tempo de internação.

A área da saúde exige do profissional um conhecimento amplo sobre as políticas públicas bem como os métodos para que sejam efetivadas principalmente as políticas voltadas ao Sistema Único de Saúde que é presente em âmbito hospitalar.

O hospital é um espaço onde se apresentam questões sociais, econômicas e políticas que são vistas através da saúde dos usuários. Dessa forma os profissionais são exigidos a lidar com essas questões com a compreensão da saúde não apenas como ausência de doença, mas como uma garantia de acesso aos direitos sociais.

Para a atuação do assistente social em âmbito hospitalar, é necessário um conjunto de saberes na área da saúde os quais vão desde a prevenção até o tratamento de saúde, rede de atenção, estruturação do atendimento, os saberes das conquistas sociais brasileiras, onde se sobressaem a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988.

O assistente social visto em uma equipe multidisciplinar é aquele que identifica as demandas dos pacientes e as condições nas quais estão inseridos na realidade, num ponto de vista total e a partir de então pode apreender aspectos de âmbito social a partir do seu saber profissional numa perspectiva teórica e prática junto à equipe.

Dessa forma, Mello e Fernandes (2010, p. 1379 apud BARROS e SUGUIHIRO, 2003) explicam que a “interdisciplinaridade é um instrumento poderoso

que permite intervir na realidade social, sobretudo porque diferentes campos do conhecimento se articulam, tendo o mesmo objeto de investigação: fenômenos da realidade”.

A atuação do profissional de Serviço Social no hospital visa a viabilização do acesso dos usuários aos seus direitos sociais. Dessa forma, o profissional precisa ser capacitado a perceber essa realidade social dos sujeitos e ter a sensibilidade para tratar das expressões da questão social com seriedade e postura ética.

Conforme Mello e Fernandes (2010, p. 1379 apud Barros e Suguihiro, 2003):

o profissional que não for capaz de captar essa realidade como uma realidade que expressa a dimensão totalizante da vida social dos sujeitos e permanecer insensível ao seu sofrimento, está fadado a trabalhar com os fatos caóticos da realidade, sem qualquer possibilidade de intervir na reconstrução de vidas destruídas.

Através da posição de Witiuk (2003, p. 22), “o Serviço Social se constitui, muitas vezes, como o único elo entre família/hospital/médico”. Nessa perspectiva o assistente social atua como um mediador entre a família, o hospital e o médico e um facilitador das relações sociais, pois é a partir da sua atuação que acontecem as transformações necessárias dentro do ambiente hospitalar, seja com os profissionais seja com o paciente e sua família.

Para a equipe multiprofissional, o profissional assistente social é parte essencial pois é ele quem faz o meio de campo com outros profissionais da equipe de saúde, com o paciente e sua família. Esse profissional viabiliza o acesso da população às ações e serviços de saúde facilitando estes ou diminuindo o sofrimento do processo de saúde-doença do paciente internado e/ou do familiar de alguém que está internado.

Nesse sentido, o assistente social trabalha como um profissional assalariado em que vende sua força de trabalho e por isso muitas vezes fica atrelado às suas funções sem ter o poder de decisão diante de algumas situações no âmbito hospitalar, pois esses profissionais são subordinados pela estrutura hierárquica que os administra.

O Assistente Social é um profissional de formação generalista critica pela existência de fundamentos teóricos de outras áreas, assim permite a possibilidade de consolidação de uma visão de homem e de mundo na perspectiva da totalidade.

Dessa forma Witiuk (2003, p. 23) destaca a respeito do hospital:

Sendo a instituição um espaço contraditório e antagônico na disputa de poderes, o assistente social deve construir mediações que legitime o exercício profissional paramentado nas competências e atribuições consolidadas no âmbito do projeto ético-político.

O projeto ético-político da profissão se configura como ético porque permeia sobre os valores reconhecendo e respeitando a condição humana dos sujeitos e político porque pretende se emancipar envolvendo o processo de saúde-doença, os pacientes, familiares e a sociedade em geral.

Considerado um dos instrumentos utilizados no processo de trabalho do assistente social em âmbito hospitalar está o acolhimento. O acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização e visa o bem-estar e a socialização do ser humano.

A Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS tem suas bases fundamentadas nos princípios do SUS e compreende-se que esse sistema de saúde público é um modelo a ser seguido, reconhecido mundialmente, portanto seus princípios e diretrizes são exemplos de implementação a qualquer instituição, tanto pública ou privada.

O acolhimento constitui em um dos conceitos norteadores do trabalho da PNH e consiste em estabelecer relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, serviços e usuários. Segundo o Ministério da Saúde (2013, p.8), o acolhimento deve ser feito:

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Juntamente com o acolhimento, a informação também vai ao encontro do usuário, pois se entende que para a obtenção de uma melhor resposta ao tratamento e possível cura da doença é necessário que tanto o paciente como o familiar responsável que o acompanha tenham o conhecimento necessário que deve ser utilizado como um instrumento para a promoção e reabilitação da saúde e assim resultar em maior qualidade de vida para os cidadãos.

A informação é adquirida por meio da comunicação entre o profissional e o usuário e deve ser compreendida como uma forma de entendimento interpessoal e não apenas como uma simples transmissão de palavras.

O hospital, historicamente é marcado por um atendimento a partir das áreas da enfermagem e da medicina. Ao longo dos anos, sabendo que o ser humano começou a ser visto através de vários aspectos, outros profissionais foram inseridos originando equipes multiprofissionais as quais o profissional assistente social faz parte.

Por conta disso, a equipe multiprofissional tem grande importância na assistência ao usuário, pois a partir dela é possível conhecê-lo em todos os aspectos, biológicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Assim explica Costa et al. (2003, p. 311):

Considera-se de grande ajuda, neste sentido, a interação multiprofissional, tendo clara a possibilidade de visualizar o cliente como um todo, nos seus aspectos bio-psico-sócioespirituais, pois o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos; significa, também, reconhecer os clientes e seus familiares como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento de suas vidas.

Em vista disso, acolhimento deve ser realizado sempre que possível. Para o paciente que procura o hospital para um atendimento ambulatorial e para aquele internado devido a uma enfermidade. Para este, o acolhimento deve ser realizado no quarto junto ao paciente e seu acompanhante, escutando-os e buscando a resolutividade de possíveis questões.

Portanto, entende-se que a equipe de saúde é o meio pelo qual o paciente recebe a sua assistência médico-hospitalar e, além disso, adquire um suporte junto à sua família através de um olhar sensibilizado dos profissionais promovendo o acolhimento e a democratização das informações a fim de auxiliar no processo saúde-doença e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários - pacientes e seus familiares.

De acordo com Beuter (1996, p. 34):

O hospital devia ser um centro irradiador de saúde e como tal promover manter e recuperar a saúde das pessoas, dos grupos e da comunidade. Deveria ser um objetivo do hospital levar a humanização, oferecendo condições que propiciem um ambiente mais familiar, mais humano e mais natural sem que os enfermos precisem abdicar de sua identidade para ser apenas mais um número.

O assistente social que atua na rede hospitalar deve, portanto, conhecer as dificuldades vividas pela população relaciona-las ao acesso aos direitos constitucionais de saúde e por fim, fazer uma análise dos motivos e circunstâncias que levaram o paciente a tal situação.

Martinelli (2011) afirma em relação ao processo de trabalho que no atendimento aos usuários existem pessoas fragilizadas que necessitam de um tratamento mais humano, traduzido num olhar, numa palavra, numa escuta qualificada, num acolhimento para que possam se tornar mais fortes diante da própria humanidade.

Nesse sentido a humanização disponibilizada ao usuário é interpretada através de legislações da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social n. 145 de 15 de outubro de 2004 onde fala sobre um novo olhar para a parte social, da proteção social como um direito, como componente constituinte da cidadania.

Martinelli (2011, p. 501) acrescenta: “[...] o que está em jogo é a construção de uma prática competente, na qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe”.

Sobre o olhar do assistente social que trabalha com cuidados paliativos é correto dizer que o paciente está fora do alcance de cura e não sem a possibilidade de um atendimento terapêutico. E assim reitera-se conforme Martinelli (2011, p. 502 apud Sodré, 2005, p. 143) “a cura científica para este paciente não existe, mas a terapêutica de cuidado e tratamento sempre são possíveis para proporcionar-lhe uma morte digna”.

Nesse sentido, no âmbito terapêutico, o assistente social é imprescindível, pois, trabalhando com o cuidado ético e uma prática humanizada utiliza-se além de conhecimentos, sentimentos e valores sempre no sentido de buscar uma qualidade no atendimento das ações profissionais.

O profissional assistente social deve agir alicerçado nos princípios éticos que regem a profissão e nas diretrizes políticas que orientam o Serviço Social na área da saúde. Dessa forma estaremos na luta para garantir os direitos dos usuários do hospital, dos seus familiares e da equipe de saúde como cidadãos e sujeitos de direito.

Devem-se reconhecer as diferenças sociais, as necessidades dos usuários e suas potencialidades a fim de possibilitar o desenvolvimento a eles no âmbito hospitalar como também na comunidade através de redes de apoio que visam protegê-los e proporcionar autonomia a eles.

Diante dos limites para a efetivação do projeto ético-político do Serviço Social Moro e Acioly (2012) explicam que os assistentes sociais salientaram aspectos importantes quanto a ausência ou ineficiência de recursos para garantir melhores condições de trabalho, quanto as particularidades na condição de trabalhador e a qualidade dos serviços prestados à população usuária apontando principalmente o sigilo profissional.

As demandas do assistente social no âmbito hospitalar configuram-se em orientações sobre benefícios conforme consta na Política de Assistência Social, acompanhamento de usuários em atendimento bem como de seus familiares e também se pode salientar aquelas demandas que não fazem parte das atribuições do Serviço Social.

Assim, reitera Rios e Dal Pra (2017, p. 4 apud Bravo e Matos, 2012) que:

A partir dessa inserção no hospital, o assistente social utiliza-se para compor suas ações, o plantão, a triagem, o encaminhamento, a concessão de benefícios e orientação previdenciária. Entretanto, os benefícios são custeados pelos próprios usuários/beneficiários.

Tais atribuições transferidas para o assistente social podem, em muitas vezes, serem contrárias ao que dispõe o Código de Ética Profissional. Como exemplo pode-se citar a intervenção na unidade de internação, a qual deve garantir que usuários que estão com alta hospitalar possam desocupar os leitos para que assim sejam ocupados por outros usuários que estão à espera.

Os assistentes sociais atrelados à lógica de mercado acabam reproduzindo seu trabalho conforme ela e acabam sendo obrigados a cumprir certos objetivos demandados pela instituição. Essas ações reproduzidas acabam gerando um distanciamento do profissional para implementação de ações guiadas pelos valores e princípios norteadores do Projeto Ético-político do Serviço Social que fortalecem o Projeto da Reforma Sanitária.

Conforme Moro e Acioly (2012, p. 9):

A condição de profissão inscrita na sociedade capitalista com vistas a oferecer respostas às expressões da questão social marca o Serviço Social com a característica de responder, ao mesmo tempo, demandas do capital e do trabalho.

As demandas do capital e do trabalho contribuem para uma ação mecanicista diante do número insuficiente de profissionais para atendê-las, pois os profissionais ficam sobrecarregados e assim a lógica da abordagem individualizada se sobressai bem como a resposta imediata às solicitações demandadas. Isso enfraquece as chances de se implementar uma ação mais qualificada e de melhor procedência.

Para tanto, as ações profissionais dos assistentes sociais no âmbito hospitalar devem manifestar as necessidades de um projeto conforme a sociedade não capitalista. Se faz necessário ter compreensão das demandas atendidas e suas definições para que as ações não sejam limitadas somente no imediatismo.

Assim, destaca-se a importância da qualificação profissional, da adequação à criticidade teórica a fim de propiciar reflexões sobre o fazer profissional e o aprofundamento da discussão sobre a ética profissional. A qualificação profissional demanda junção com a organização política da categoria dos assistentes sociais para que seja adequadamente modelada conforme as atribuições e parâmetros da profissão.

O trabalho do assistente social ainda nos dias atuais está voltado ao assistencialismo, pois existem questões que não são de sua competência como, por exemplo, as dúvidas referentes ao tratamento, as datas de consultas, etc. Sem falar que as instituições privadas também encaminham os usuários para os hospitais públicos visando a intervenção no atendimento por meio do plantão social.

Um ponto que deve ser evidenciado também é a intersetorialidade, pois as políticas no país são organizadas para favorecer os vários setores o que dificulta as relações intersetoriais pois incide sobre os profissionais, inclusive no assistente social que deve estabelecer ações frente às demandas apresentadas pelos cidadãos.

A intersetorialidade pode ser entendida como uma união de vários saberes e experiências de sujeitos distintos e serviços sociais que auxiliam nas resoluções de processos administrativos para assim enfrentar problemas mais complicados a partir de ações voltadas para a coletividade que melhoram a eficiência da gestão e dos serviços prestados

Prata et. al. (2017, p. 24) explica que:

Na saúde, a intersetorialidade ganha especial relevância a partir da Constituição Federal de 1988 que institucionalizou o SUS, exaltando o conceito ampliado de saúde ao relacioná-la com qualidade de vida, sinalizando para atendimentos com vistas aos princípios da universalidade, equidade e integralidade propostos pelo SUS.

Nesse sentido, é importante que as equipes de saúde sejam bem estruturadas e articuladas entre si e com os sujeitos de outros setores para se obter uma efetivação nas ações e serviços prestados. Por ser um assunto muito pouco discutido, a intersetorialização se configura como uma meta a ser alcançada pelas equipes de saúde.

A partir de Garcia (2014, p. 967) entende-se que a intersetorialidade é operacionalizada através de uma rede social na qual:

Instituições, organizações e pessoas se articulam em torno de uma questão da sociedade em um determinado território, programam e realizam ações integradas e articuladas, avaliam juntos os resultados e reorientam a ação.

As ações socioeducativas estão entre as principais demandas dos assistentes sociais nos hospitais. Estas ações estão ligadas ao acesso aos direitos sociais dos usuários como por exemplo: direitos previdenciários; benefícios; orientações de óbito; rotinas do hospital; entre outras. Elas ocorrem geralmente após o primeiro contato com o usuário e a identificação de demandas.

Segundo Rios e Dal Pra (2017, p. 7 apud Mito, 2009), “as ações socioeducativas no âmbito dos processos socioassistenciais, devem estar pautadas sobre dois pilares: a socialização das informações e o processo reflexivo”.

A socialização das informações não deve se limitar em apenas conhecer os direitos dos usuários e das políticas sociais, mas também o direito que o usuário tem em acessar os bens e serviços. Todavia, ter direito às informações não dá limite para apenas acessá-las, mas compreendê-las em sua origem para saber utilizá-las quando precisar.

Com relação aos encaminhamentos os assistentes sociais compreendem que estes são disponibilizados através do contato telefônico ou de um documento por escrito. Esses encaminhamentos ocorrem após o atendimento e a avaliação referente à situação do usuário. Caso a demanda não possa ser resolvida no hospital é realizado encaminhamentos para outros órgãos.

Rios e Dal Pra (2017, p. 11) expõem a respeito dos atendimentos aos usuários: “a privacidade do atendimento, em uma sala fechada, contribui para um atendimento sigiloso. Nesse espaço é possível realizar um processo reflexivo e a socialização das informações”. Conforme o Código de Ética dos assistentes sociais, o sigilo deve ser estabelecido sempre nos atendimentos aos usuários como um direito destes e um dever do profissional assistente social.

Contudo, ainda existem falhas referentes à compreensão do trabalho dos assistentes sociais nos hospitais, seja pela população usuária como pelos profissionais de outras áreas da equipe de saúde. Possíveis falhas também podem ser observadas nos assistentes sociais nas instituições hospitalares.

Por isso, deve-se reforçar a prática no Código de Ética dos assistentes sociais e nos parâmetros de atuação desses profissionais a fim de garantir a competência na assistência prestada e a garantia dos direitos dos usuários.

Cabe lembrar que, na temática de pacientes amputados ou mutilados pelo câncer, é cabível colocar essa diferenciação, uma vez que amputados diz respeito a membros e mutilados diz respeito a partes ou órgãos.

Os efeitos danosos da doença também a tornam estigmatizante. Existe o medo enfrentado pelos portadores de câncer de mama sob vários aspectos. O medo da morte após a descoberta da doença, da rejeição pelo companheiro e pela sociedade, da mutilação causada pela cirurgia, da recidiva da doença após um período, dos efeitos do tratamento (quimioterapia e radioterapia), da dúvida quanto ao futuro, entre outros.

Segundo Ambrósio e Santos (2015, p. 856): “A notícia do câncer é vivenciada como uma experiência altamente dolorosa e impactante, e a mastectomia adquire fundamentalmente o significado de perda e mutilação física”.

Outro aspecto importante que causa um estigma pela doença é o fato de não ter ainda um método ou que possa prevenir o seu aparecimento e que seja eficaz. Então é essencialmente importante que as mulheres possuam a informação necessária para detectar o surgimento do câncer em fase inicial através do autoexame das mamas. Só assim a possibilidade de cura será maior.

Moura et. al. (2010, p. 478) ressalta que:

É extremamente importante o autoexame, pois o sinal mais comum do câncer da mama é o aparecimento de um nódulo ou caroço palpável na mama ou na axila, sobretudo quando não desaparece durante o ciclo

menstrual e não muda de local quando apalpado, acompanhado ou não de dor.

Nesse sentido, é importante que a mulher tanto na fase reprodutiva como não reprodutiva procure fazer o autoexame e os demais exames de diagnóstico por imagem para que possa ser detectada precocemente a doença e assim tratada adequadamente.

Outras formas de prevenção são através da mamografia, um raio X das mamas e das regiões axilares perto das mamas e da ultrassonografia que consiste em outro método capaz de analisar o órgão. Esses exames são considerados de média complexidade para o SUS, e requer uma burocracia para autorizá-los e a população poder acessar.

Nesse caso, o assistente social se faz necessário para que possa mediar o acesso das pacientes para realizar os exames contatando os órgãos e secretarias de saúde para garantir o acesso da população

Pois, conforme expressa Moura et. al. (2010, p. 478): “A consequência mais grave é a realidade do diagnóstico e a mastectomia, pois abrange o aspecto íntimo, feminino e emocional da mulher, aliados ao desconhecimento da doença, o que soa como uma sentença de morte”.

Esse fato acontece porque a mulher desde a sua infância é vista ainda culturalmente pela sua estética e quando ela se dá conta de que pode ficar sem uma de suas mamas esta tende a se torturar psicologicamente porque pensa em como as pessoas irão reagir ao perceberem a sua aparência. Esse fato fica ainda mais intenso com relação ao seu parceiro pois ele pode abandonar a relação em alguns casos ao invés de apoiar sua companheira.

De acordo com Farias (2007, p.81): “A mastectomia desconstrói a imagem feminina de maneira abrupta. No entanto, sua estética e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida”. É nesse período de desconstrução que se inicia um novo processo de construção para a mulher, a partir de uma nova imagem e sua aceitação.

O corpo então é visto conectado à uma sociedade que, independente da classe social está vinculado à costumes e características culturais. Assim, o homem adquiriu padrões culturais relacionado ao comportamento sexual dele e que Biffi e Mamede (2004, p. 267): “ainda determina que o corpo da parceira está para servi-los e quando isso não acontece cria-se distanciamento entre eles”.

De acordo com estudos de Ambrósio e Santos (2015, p. 857) as mulheres acometidas pelo câncer de mama “quando se dão conta de que perderam um símbolo crucial de sua feminilidade e sexualidade, sentem tristeza e dor, iniciando um penoso trabalho de luto pela perda”. Diante da situação presenciada pela mulher e do desconforto emocional surgem também mudanças de planos e projetos de vida desenvolvendo algumas vezes o isolamento social e a privação.

Dessa forma, Moura et. al. (2010, p. 480) explica:

Desta forma, o câncer de mama carrega os tabus de uma doença chamada “maldita”, possível causadora de desfiguração de partes do corpo e até do próprio atrativo sexual, e traz sofrimentos por seu tratamento ser prolongado. É visto também como potencialmente estressor que provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto de seus familiares.

Entende-se que a autoestima é um dos maiores problemas pelo qual a mulher encontra após a mastectomia pois ela perde o domínio sobre si por causa da impotência diante da mutilação no corpo além do temor de não ser aceita fisicamente pelas pessoas. A diminuição da autoestima ocasiona dificuldades no estilo de vida da mulher, tornando mais difícil o tratamento e a recuperação da doença. Os sentimentos apresentados pela mulher com baixa autoestima são variados como o medo, a ansiedade, a angústia até a sobrecarga emocional, os quais são expressos desde o diagnóstico da doença.

A doença estabelece características de duração prolongada e apresenta-se também a probabilidade de recidiva com intervenções que podem além de alterar a vida da portadora de câncer altera a vida da família e o convívio social. É nesse sentido que a vulnerabilidade das pessoas envolvidas nessa condição de estresse acaba por desestruturar o aspecto biopsicossocial.

Segundo Biffi e Mamede (2004, p. 263), o suporte social é entendido de formas variadas e fica evidenciado através do exposto:

-envolve expressão de afeto positivo, tendo o poder de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão; -envolve expressão de concordância, interpretação e/ou estimulação dos sentimentos da pessoa apoiada fortalecendo a autoestima; -se oferece assistência, consideração e informação permitindo ações educativas, controle de ansiedade e possibilita diminuir a vulnerabilidade a problemas emocionais; -se fornece ajuda material e/ou econômica; -se promove integração social, de forma a favorecer a pessoa a se sentir parte de uma rede ou sistema de apoio, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca.

Assim, explica-se que o suporte social é de fundamental importância para a mulher acometida por câncer de mama, e o efeito desse suporte é ainda maior quando esta passa pela mastectomia. Desta forma, quanto maior o suporte social a portadora de câncer tiver melhor irá passar por situações de estresse ou evitá-las com autoconfiança e coragem.

O suporte social atua como uma proteção diante do estresse e conforme Ambrósio e Santos (2015, p. 852) a redução ou ausência de apoio social pode atingir o corpo “tornando o indivíduo mais suscetível ao estresse, sendo que, em momentos de extrema exigência adaptativa, o apoio social pode contribuir para manter a saúde psicoemocional dos indivíduos”.

Quando a rotina do dia a dia de um indivíduo é modificada surge então um fator estressor, o qual o ser humano necessita lutar contra. A mulher com câncer de mama apresenta mudanças no seu estilo de vida e hábitos a partir do diagnóstico da doença e essas mudanças são refletidas na família. Por isso a importância da família estar bem, para poder auxiliar significativamente no processo de saúde-doença.

O apoio social é visto como uma forma de cuidado buscando auxiliar as pessoas acometidas por uma enfermidade, assim como auxiliar as suas famílias que também enfrentam dificuldades nesse sentido. No apoio é verificado conforme Ambrósio e Santos (2015, p. 852) “laços de afeto, consideração, confiança, entre outros, que ligam as pessoas que compartilham o convívio social e que podem exercer influência no comportamento e na percepção de quem compõem a rede social”.

Em vista disso, é necessário que se estabeleça medidas de prevenção e diagnóstico da doença através da educação em saúde aos profissionais da área da saúde para que transmitam aos pacientes as informações necessárias quanto ao autocuidado e que estes possam se conscientizar da importância de fazer os exames periodicamente. Pois se caso for detectada a doença precocemente ela terá menos chances de ter que enfrentar uma mastectomia e suas possíveis consequências subjetivas.

Como a mulher percebe e lida com a nova imagem corporal e como esse fato afeta a vida dela são questões que surgem como inquietações para os profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Os profissionais de saúde devem procurar prestar assistência à mulher de forma integral visto que após a cirurgia a mulher

preocupa-se com o andamento do tratamento e com sua reabilitação diante do processo.

As implicações que o câncer de mama traz para a vida das mulheres revelam que o tratamento e suas sequelas causam muito estresse para as mesmas pois a mama é um órgão que simboliza a feminilidade, a estética, a sexualidade e a imagem corporal. Portanto, a doença causa alterações nos aspectos biopsicossociais e a retirada da mama pode gerar prejuízos e dificuldades para retomar a vida profissional, social, familiar e sexual, portanto os profissionais de saúde devem buscar a compreensão desse processo para poder auxiliar essas pacientes.

Entra nesse período uma reconstrução e reelaboração da autoestima e da imagem corporal da mulher, o autocuidado e o suporte social. O significado da mutilação do órgão da mulher e suas consequências para ela deve ser conhecido pelos profissionais de saúde para que eles conheçam a representação e repercussão desse fato na vida da mulher. Nesse sentido, será abordado a atuação do assistente social na oncologia.

#### 4.3 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ONCOLOGIA

O assistente social que está inserido na área da saúde contribui para a concretização dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que efetivem seus direitos. Dessa forma, entende-se que a prática do assistente social na área da saúde não está limitada às demandas de saúde do usuário, mas nas expressões da questão social, sobretudo quanto ao acolhimento do usuário doente (SILVA, 2017).

De acordo com Iamamoto (2014, p. 27): “a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

A partir daí, origina-se a questão social que é identificada como um conjunto de desigualdades sociais, políticas, culturais e econômicas que por sua vez incidem na vida dos sujeitos incluídos no sistema capitalista. As contradições desse sistema na vida dos sujeitos são as expressões da questão social e são evidenciadas em questões como o desemprego estrutural, a fome, o analfabetismo, etc.

A pobreza se configura em uma parte frequente na vivência do trabalho dos assistentes sociais e existem alguns elementos que evidenciam a condição subalterna, conforme Yazbek (2010, p. 153) explica:

[...] o desconforto da moradia precária e insalubre, as estratégias de sobrevivência frente ao desemprego, a debilidade da saúde, a ignorância, a fadiga, a resignação, a crença na felicidade das gerações futuras, o sofrimento expresso nas falas, nos silêncios, nas expressões corporais, nas linguagens além dos discursos.

As expressões da questão social incidem diretamente sobre a saúde da população e, diante de um processo de adoecimento que precisa de um tratamento permanente a situação se fragiliza ainda mais.

O profissional assistente social na área da saúde especificamente a oncológica é comprometido com o desenvolvimento da cidadania, da equidade e da justiça social conforme consta no Código de Ética dos Assistentes Sociais. Afirmando a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Os assistentes sociais são, de um modo geral, demandados pelos outros profissionais da equipe de saúde para atender aos encaminhamentos que auxiliem direta ou indiretamente o seguimento e a resolução de suas ações (BORGES, 2003).

O papel do assistente social na área oncológica acontece por meio da investigação e identificação do perfil biopsicossocial do paciente e a partir daí a realização de orientações sobre o tratamento da doença e a promoção de ações educativas que tem por objetivo provocar a reflexão de pacientes e familiares para assim, estes participarem do processo de saúde-doença com vistas a um prognóstico favorável.

Segundo Martinelli (2012), o assistente social colabora com o paciente oncológico e seus familiares a partir de ações como: a) o atendimento e acolhimento do paciente; b) o atendimento e acolhimento dos familiares do paciente; c) intervenção quanto à internação; d) articulação com a equipe, com a instituição do paciente, com outras instituições que compõem a rede de assistência; e) encaminhamentos à rede de serviços interna e externa; f) atendimento e visita domiciliar; g) orientações sobre tratamento fora do domicílio (TFD).

Em relação às técnicas utilizadas pelo assistente social na sua prática e em especial, na oncologia, está a intervenção. A intervenção conforme Soares (et. al. 2013, p. 8) “se relaciona permanentemente durante o trabalho dos assistentes sociais, por isso que ela é uma técnica importante durante o processo de análise da realidade social”.

A intervenção consiste sobretudo no entendimento da teoria de uma dada realidade. Para isso, é exigido do profissional a relação da teoria com a prática a partir dos conhecimentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos adquiridos e assim articulados para com o usuário.

Entende-se que o profissional de Serviço Social deve ter um olhar diferenciado aos usuários em questão – pacientes oncológicos e seus familiares sendo que essa fase da vida é dolorosa para todos eles e assim explica Soares (et. al. 2013, p. 10) que deve “ser compreendida considerando-se a história de vida de cada paciente e seus familiares, bem como os contextos social, econômico e cultural em que vivem [...]”.

É de suma importância o conhecimento da realidade a qual está inserida o paciente. Conhecer como se dá a relação deste com a sua família, como se organizam, quais os seus limites, qual o papel do paciente oncológico na família, as condições de moradia, condições de trabalho bem como a renda da família. Esses aspectos são avaliados e analisados pelo assistente social para que este possa intervir de maneira adequada.

Assim, para que o profissional e o paciente atinjam seus objetivos se faz necessário que eles conheçam ambas as partes. Para o profissional e paciente conforme expõe Cabral (1995, p. 20): “é através da comunicação, do diálogo, da troca de informação, que se pode instaurar uma relação verdadeira, adquirindo-se conhecimento, confiança, respeito mútuo, evitando-se distorção no que se deseja comunicar”.

O câncer é uma doença que causa muito sofrimento para o paciente e para seus entes queridos e nesse sentido pode ocorrer uma rejeição das informações. Nesse caso o paciente precisa ter apoio social da equipe multiprofissional e de sua família e amigos, pois quando ele nega a doença, uma de suas fases, ele pode não aceitar também o tratamento e assim não dar o devido seguimento ao tratamento, e ainda, pode não compreender as informações transmitidas pelos profissionais nessa fase. É fundamental que se estabeleça uma boa relação entre paciente e

profissional para que o processo de saúde-doença seja vivenciado com menos transtornos e sofrimento.

O assistente social é o profissional que irá prestar acolhimento e uma assistência humanizada à mulher acometida pelo câncer de mama mastectomizada para que ela permaneça com uma atitude positiva diante da condição de saúde. Corrobora-se a relevância do acesso aos serviços de saúde que procurem realizar uma atenção integral e humanizada à mulher.

Esse profissional tendo conhecimento da doença e do tratamento determinado tem condições de realizar encaminhamentos da paciente quando apresentar problemas sociais que possam afetar o andamento do tratamento, esclarecer sobre possíveis efeitos colaterais e como lidar com eles. Também realiza encaminhamentos para exames, transporte, medicações entre outros que sejam necessários.

Também é de grande importância que o profissional assistente social tenha uma participação ativa na evolução do tratamento e possa esclarecer a paciente quanto aos direitos sociais do paciente oncológico e direitos previdenciários que a paciente venha a ter após o diagnóstico do tratamento.

Além da assistência prestada à paciente mastectomizada, o assistente social tem grande importância na atuação com a família da paciente. Ele orienta a família sobre a doença, o tratamento, as alterações físicas e psicológicas da paciente bem como auxilia os familiares a trabalhar com suas emoções e expectativas sempre na busca por fornecer informações e orientações pertinentes a esse período enfrentado.

Segundo Cabral (1995, p. 55) “a entrevista é uma das técnicas, consideradas adequadas para a revelação de informação, é o meio por excelência para estabelecer relações com o cliente, a fim de permitir a intervenção do Serviço Social”. Dessa forma, entende-se que é através da entrevista que o profissional assistente social conhece a realidade do paciente e por meio dela abre-se um espaço para o diálogo.

A saúde do usuário não está ligada somente aos aspectos físicos da pessoa humana por esse motivo o assistente social busca desvelar a realidade do usuário entendendo-o como um ser biopsicossocial e espiritual.

Constitui-se como uma das atribuições do assistente social a de orientar quanto aos direitos previdenciários e os direitos os quais o paciente oncológico

possui a fim de que estes direitos se efetivem e sejam garantidos pelos usuários do sistema de saúde. O assistente social auxilia a paciente após o seu diagnóstico informando-a sobre a doença sob o aspecto social, explica sobre os tratamentos que irá realizar e a orienta sobre as novas condições socioeconômicas que poderão atingir sua vida.

Orienta também sobre a participação em grupos de apoio bem como seus familiares para estarem por dentro da situação e poderem melhor auxiliar a mulher. Também nesse período é esclarecido pelo assistente social os direitos e benefícios sociais da paciente e sua família.

O Serviço Social auxilia a paciente mastectomizada e sua família dando suporte a eles, orientando-os quanto às ações e serviços disponíveis e fazendo a mediação com profissionais da equipe multiprofissional e com a família buscando uma estabilidade emocional e proporcionando a diminuição do sofrimento diante da mutilação.

Neste sentido, o assistente social realiza atribuições como encaminhamento para tratamento psicológico do paciente e do familiar e orientação quanto aos direitos garantidos legalmente à sua condição.

Quanto à família, o assistente social dialoga com ela para organizá-la da melhor forma nessa nova fase de vida, explica possíveis alterações que podem ocorrer no comportamento e na rotina da paciente.

Assim, o profissional age como um facilitador da comunicação entre paciente e família, entre o meio social e equipe multiprofissional de saúde visando uma melhor interação e união das partes envolvidas auxiliando desde o diagnóstico da paciente até a sua cura ou sua terminalidade.

Quanto à equipe multiprofissional de saúde, o assistente social deve estar sempre em contato com os outros profissionais, promovendo a troca de saberes e favorecendo o equilíbrio da equipe, prestando auxílio diante de fatores estressores e de situações indesejáveis que possam surgir. A morte também é um tópico que deve ser incluído ao se trabalhar com uma equipe multiprofissional que atua na área da saúde sendo que é um fato.

A atuação do Serviço Social na oncologia visa conhecer as características e as necessidades do paciente oncológico para então intervir de maneira mais eficiente possível. O assistente social exerce um papel de mediador, pois faz a ligação entre o paciente e a equipe multiprofissional e entre o paciente e sua família.

O assistente social deve utilizar a linguagem como uma ferramenta valiosa para se obter a comunicação entre a paciente e o profissional para que haja uma compreensão e uma interação capaz de modificar e melhorar as condições de vida da paciente.

A entrevista “constitui-se em instrumento de trabalho do assistente social”, conforme Lewgoy e Silveira (2007, p. 235). É de fundamental importância no processo de trabalho do assistente social, pois estabelece uma mediação com o paciente que vai desde o primeiro contato até a intervenção do profissional.

A capacidade da escuta é imprescindível para que a entrevista alcance a sua finalidade e também para que seja possível utilizar suas técnicas com habilidade. A importância da escuta é explicada por Lewgoy e Silveira (2007, p. 240): “Ouvir é uma capacidade biológica que não exige esforço do nosso cérebro, enquanto escutar decreta trabalho intelectual, pois após ouvir há que se interpretar, avaliar, analisar e ter uma atitude ativa”.

Assim como a escuta, a observação também se faz necessária para a realização da entrevista. Sem a observação, os demais instrumentos que compõem a entrevista ficam inválidos. Segundo Sousa (2008, p. 126):

Na definição clássica, a observação é o uso dos sentidos humanos (visão, audição, tato, olfato e paladar) para o conhecimento da realidade. Mas não o uso ingênuo dos sentidos, e sim um uso que tem como objetivo produzir um conhecimento sobre a realidade – tem-se um objetivo a alcançar.

A observação participante é aquela que possibilita ao profissional observar a realidade do usuário e ao mesmo tempo interage com o mesmo buscando participar do processo de observação de modo a permitir que o usuário também observe o profissional.

É através dos instrumentos de trabalho que o assistente social desenvolve suas atividades e as desempenha com êxito por carregar consigo uma bagagem de conhecimentos teóricos, metodológicos, éticos, políticos, técnicos e operacionais que juntos dão sustentação à linguagem que possui papel fundamental para a profissão.

Desse modo, Figueiredo (2005, p. 341) afirma: “É preciso cuidar da linguagem como ferramenta de trabalho imprescindível. Ajustá-la ao nosso tempo. Dar a ela a

importância e qualidade [...]”. Sem a linguagem não existe comunicação e sem a comunicação não existe Serviço Social, pois um depende de outro para existir.

E, portanto, Figueiredo (2005, p. 342) acrescenta que:

[...] desenvolver um trabalho que considere a mobilização social enquanto recurso de trabalho é encontrar possibilidades, na era das comunicações, para viabilizar a informação como um direito inalienável e a democracia como um valor.

Cabe ao profissional assistente social o desafio de encontrar as possibilidades da realidade social a fim de mobilizar o indivíduo, o meio ou o grupo no qual ele está inserido na sociedade na busca por melhorias entendendo-o como sujeito de direitos.

O acolhimento constitui-se numa das técnicas da entrevista e sua definição no Dicionário do Aurélio de Português Online está como o “ato de acolher; refúgio; amparo; hospitalidade”. Para o assistente social esse termo é entendido como uma mediação entre o profissional e o usuário em que Lewgoy e Silveira (2007, p.242) explicam que “há responsabilização e criação de vínculos entre o usuário e a instituição, ali representada pelo profissional”.

A criação de vínculos entre o usuário e o profissional é entendida quando há sensibilização pelo sofrimento do indivíduo. Nesse momento, o profissional poderá expressar a sua sensibilização através de um gesto, de um olhar ou um sorriso, o que demonstra a empatia para com o outro, necessária na relação social.

Outra técnica da entrevista é o questionamento, o qual exige a habilidade de perguntar. O questionamento pode ser do tipo fechado, obtendo perguntas e respostas objetivas e do tipo aberto, com perguntas descritivas. E ainda Lewgoy e Silveira (2007, p.244) argumentam que “o questionamento (ou pergunta) tanto se deriva dos dados que o indivíduo aporta, como também do conhecimento do assistente social sobre o conteúdo do que está em pauta”.

A exploração ou aprofundamento é uma técnica utilizada em que “o assistente social procura investigar áreas da vida do usuário que requerem exame mais profundo” (LEWGOY e SILVEIRA, 2007, p.246). É nesse momento que a atitude investigativa toma espaço como uma característica essencial para a profissão.

Os meios de comunicação como a fala, o computador conectado à internet e o telefone são imprescindíveis para o fazer profissional do assistente social bem

como dos demais profissionais da equipe de saúde, pois facilitam a viabilização da rede para o paciente que necessita de assistência além das dependências do hospital.

O assistente social também tem a missão de encaminhar o paciente oncológico a outros recursos que estejam disponíveis em outras localidades da comunidade a fim de proporcionar apoio social e a assistência à saúde durante e após o tratamento oncológico.

O Serviço Social atua como mediador e/ou facilitador de ações e serviços de saúde ao paciente. A avaliação social por meio da entrevista e da coleta de dados possibilita a identificação da realidade do paciente e sua família proporcionando o acolhimento e a assistência de que necessitam, pois, a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais do paciente e sua família são questões que podem interferir no processo de saúde-doença dos mesmos.

Os valores e princípios éticos do assistente social devem ser evidenciados sempre ao manter contato com o paciente/usuário tendo como exemplos: a observação, o diálogo, a escuta e a execução de ações realizadas.

O papel do assistente social na parte oncológica pode ser fundamentado através (MEDEIROS et al. 2015, p. 407):

Iniciado o tratamento do paciente, portanto, é verificada a situação previdenciária, a situação trabalhista, assim como a situação financeira, a necessidade de encaminhamento a outros setores para realização de algum procedimento, encaminhamentos a serviços jurídicos: preparação de procuração quando não há condições físicas para exercer a autonomia de caráter cível; encaminhamento a instituições defensoras de seus direitos (Ministério Público, Defensoria Pública, Promotorias) quando estes em processo são indeferidos para concessão, além de verificar e orientar o paciente e seus familiares acerca do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), auxílio (transporte, estadia e alimentação) de direito a pacientes e acompanhantes quando o tratamento necessário não é oferecido pelo seu município de origem.

Observa-se a necessidade da assistência ao paciente oncológico e seus familiares/cuidadores, pois nesse período de adoecimento o paciente apresenta-se fragilizado e o familiar muitas vezes acaba por adoecer também. O familiar, ao perceber o quadro clínico e aparente do paciente, ou ao se deparar com o desconhecimento da doença e suas consequências entra em sofrimento juntamente com o doente necessitando ainda auxiliá-lo no processo de saúde-doença.

O assistente social atua nessas questões como mediador na equipe de saúde multiprofissional, busca promover o acolhimento aos pacientes e seus familiares e transmitir as informações necessárias sobre os direitos dos pacientes e os devidos encaminhamentos contatando profissionais de outras especialidades da equipe de saúde quando necessário.

O assistente social possui capacidade para intervir juntamente com a equipe multiprofissional diante de questões emocionais e comportamentais as quais contribuem para melhorar a qualidade de vida de pacientes oncológicos. Então, todos os profissionais da saúde devem ter o cuidado com o ser humano, buscando oportunizar uma existência mais digna que possibilite a compreensão e a socialização do paciente.

Muitas vezes, o paciente em tratamento não terá uma melhora significativa do quadro em que se encontra (quando a doença já está num estágio avançado), mas permanecerá sob cuidados paliativos, ou seja, cuidados que proporcionam medidas de alívio e conforto. A palavra “paliativa” é originada do latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa não pode mais auxiliar.

Dessa forma, Chevalier Martinelli e Chantal (2006, p. 117) explicam diante do tratamento: “Mesmo que não tenha eficácia, o apoio dos amigos é essencial porque, junto com o acompanhamento médico, representa a continuidade da vida familiar e social”.

<sup>3</sup>Conforme o site do Instituto Nacional de Câncer – INCA (2017), os princípios dos cuidados paliativos são:

Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas; Reafirmar a vida e a morte como processos naturais; Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; Não apressar ou adiar a morte; Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

---

<sup>3</sup> [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos)

Os cuidados paliativos não possuem a função de prolongar a vida nem de apressar a morte dos pacientes, mas têm o intuito de humanizar o tratamento. A humanização não pode ser confundida com a caridade. Humanizar consiste em tratar com dignidade o sujeito sem levar em conta a sua classe social, sua raça, sua cor, sua religião ou etnia. Embora seja pouco discutido, o trabalho de cuidados paliativos não é uma prática nova. Pelo século XVII essa prática foi descoberta quando os peregrinos e doentes foram auxiliados da mesma maneira em que o Serviço Social teve o seu início com ações de caridade. (TAVARES et al., 2017 apud MACIEL, 2008).

O papel do assistente social frente à essa demanda abrange o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Assim, o assistente social atua como mediador entre eles e faz uma articulação com a rede de serviços de outros setores. Para identificar as demandas necessárias o profissional necessita conhecer a realidade dos sujeitos, as condições de vida e suas vivências diárias para assim poder efetivar os direitos dos usuários de maneira adequada.

Destaca-se a importância do acolhimento como uma maneira positiva de responder ao paciente diante de uma equipe multiprofissional que veja o paciente em sua totalidade buscando prestar um atendimento de qualidade. Esse atendimento não deve ser realizado de forma isolada mas visando o compartilhamento de saberes.

A família apresenta-se como um elo importante quando um de seus membros estão inseridos em cuidados paliativos pois os impactos do paciente também são percebidos por ela. Nesse sentido, o assistente social tem o papel de socializar as informações sobre o paciente e também sobre a família, atende suas necessidades sociais e proporciona apoio social aos usuários.

O assistente social realiza a identificação de questões, faz um levantamento dos problemas sociais, avalia as necessidades sociais para assim poder intervir da maneira mais eficaz frente as situações apresentadas na área oncológica.

Para Tavares et al. (2017, p. 8 apud TAQUEMORI, SERA, 2008):

O profissional de Serviço Social em cuidados paliativos trabalha numa equipe composta por profissionais das áreas: medicina, psicologia, enfermagem dentre outras, do qual nesse processo envolve diálogo para que o cuidado a esse doente seja feito em sua totalidade promovendo o bem-estar ao doente e sua família.

Nesse sentido, o acolhimento ao paciente e sua família torna-se indispensável, pois, mesmo ocorrendo a morte do paciente, a família deve ter amparo diante do sofrimento e do luto. Por isso, a equipe multiprofissional deve se fazer presente em todos os momentos, buscando auxiliar o paciente e sua família em suas dificuldades.

Assim, o profissional assistente social na atuação em cuidados paliativos se designa a viabilizar os direitos dos usuários, sendo que conhecendo a realidade destes contribui para uma melhor resposta ao tratamento. A relação com a família é fundamental para que no processo de saúde-doença seja enfrentado da melhor forma possível, visto que é esse profissional que presta o suporte necessário para o acesso dos usuários aos serviços.

Em se tratando de cuidados paliativos oncológicos, Medeiros (2015, p. 407) diz que o assistente social “precisa de uma visão holística da situação de cada usuário, procurando criar mecanismos e estratégias para atender as suas necessidades”, pois necessita conhecer o paciente e a família bem como conhecer a história de vida deles para que junto com a equipe de saúde seja discutido e avaliado o tratamento e o prognóstico do paciente.

A articulação com a rede de serviços de outros setores também é uma demanda que emerge para o assistente social como a assistência social, a previdência social, a educação, etc. O assistente social atua no sentido de organizar e planejar a viabilização desses outros setores para o acesso do paciente e sua família aos serviços necessários.

Além disso, os pacientes oncológicos apresentam direitos sociais específicos, para ter acesso a esses direitos os pacientes necessitam de orientação do assistente social pois exigem uma via legal e burocrática além de documentações especiais tais como laudos e exames médicos para que seja aberto o processo e assim conceder os direitos aos pacientes.

De acordo com o INCA<sup>4</sup> (2012) os direitos sociais referentes ao paciente oncológico são:

---

<sup>4</sup> Fonte: Cartilha/Direitos Sociais dos Pacientes Oncológicos/ Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012)

Benefício de Amparo Social (LOAS); Aposentadoria por invalidez; Auxílio-Doença; Isenção de imposto de renda na aposentadoria; Isenção de Imposto de Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) na compra de veículos adaptados; Isenção de Imposto Estadual referente à Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para veículos adaptados; Quitação do financiamento da casa própria; Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); Saque do Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP); Passe Livre; Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Os pacientes oncológicos encontram muitas dificuldades até chegar a ter acesso a esses direitos devido à falta de informação, falta de agilidade ao realizar o processo, pelas instituições que não se responsabilizam para garantir esses direitos e/ou pelo quadro clínico do paciente oncológico em tratamento, especialmente quando este apresenta-se em cuidados paliativos. O profissional assistente social deve orientar o paciente assim como seus familiares informando-os a fim de identificar os recursos disponíveis que possam beneficiar o processo de tratamento do paciente.

Na dimensão de cuidados paliativos o acolhimento e a escuta qualificada são características do profissional assistente social que deve coletar as informações referentes à situação do paciente oncológico, escutá-lo bem como sua família a fim de manifestar suas emoções e problemas.

O acolhimento não está associado somente ao trabalho do assistente social mas é necessário a todos os profissionais da equipe multiprofissional e diferencia-se de uma triagem porque não se resume a uma etapa de um processo mas deve estar presente em todas as etapas e espaços, dessa forma Medeiros (2015, p. 409 ) explica: “é uma postura ética, pois implica no compartilhamento de saberes, necessidades, levando em consideração as possibilidades existentes”.

O acolhimento é um instrumento primordial para se construir uma assistência humanizada. À ele deve ser inserido o saber técnico dos profissionais da saúde e estes devem estar em aprimoramento permanentemente para que as demandas sejam efetivadas.

Existem muitos desafios a serem enfrentados para que se estabeleça um atendimento de qualidade, pois não se exige de um único profissional, mas da equipe multiprofissional. Assim Medeiros et. al. (2015, p. 409) expõe que:

[...] tendo como meta a escuta qualificada, exercida por todos os profissionais que compõem uma equipe multiprofissional, e não apenas pelo médico. Para tal, faz-se necessária a qualificação da relação profissional-

usuário, pois é por meio dela que poder-se-á atingir a meta principal: o atendimento qualificado ao usuário.

O acolhimento é constituído pela avaliação social ligada a escuta qualificada da realidade do usuário, reconhecimento da demanda social e análise da situação. A partir de então é feita a orientação quanto a informações sobre serviços oferecidos e/ou encaminhamentos para outros setores que possam viabilizar e acompanhar o acesso aos direitos sociais.

O papel do assistente social enquanto profissional que atua para favorecer o processo de saúde-doença do paciente realiza um bom atendimento utilizando a escuta qualificada, a orientação e o acompanhamento do processo visando atender as necessidades do paciente.

Esse profissional atua também na busca por incentivar a participação dos pacientes e seus familiares enquanto sujeitos do processo saúde-doença na conjuntura do Sistema Único de Saúde – SUS, pois precisam exercer sua autonomia e seus deveres para então solicitar seus direitos.

Pode-se ressaltar que, embora os pacientes recebam benefícios decorrentes de direitos sociais específicos eles encontram dificuldades econômicas e sociais porque a estrutura familiar pode se modificar em decorrência da doença assim como o padrão econômico. Outra questão é que os recursos financeiros acabam sendo reservados para o tratamento do paciente. E esse valor recebido não é o mesmo de antes, passam a não receber a mesma renda. Os benefícios previdenciários e assistenciais equivalem a um salário mínimo.

Conforme uma pesquisa realizada por Medeiros et. al. (2015), as principais dificuldades econômicas e sociais manifestadas pelos entrevistados que não tiveram acesso aos direitos sociais foram:

Custeio de medicação específica ao tratamento; Custeio de alimentação adequada ao paciente; Custeio de produtos tais como: fraldas descartáveis, óleos e curativos; Manter um profissional (técnico de enfermagem) para fazer procedimentos (curativo, troca de sonda, aplicação de medicamentos, etc.); Manter os custos da educação dos filhos; Manter um cuidador formal; Manter o aluguel da moradia; e Prover o sustento dos seus dependentes.

Já os entrevistados que tiveram acesso aos direitos sociais tiveram menos gastos enfrentando questões e arcando com custos como: medicação específica ao tratamento, alimentação adequada ao paciente, manter o padrão de conforto da

família, transporte adequado para locomoção, manter um cuidador formal e fornecer o sustento dos seus dependentes.

São essas as principais dificuldades sociais e econômicas enfrentadas pelos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, aos que não tiveram acesso aos direitos sociais e aos que tiveram acesso configuram-se em quase as mesmas para ambos. Porém, esses pacientes sofrem com o impacto social além do econômico, do físico do emocional e do espiritual.

Os pacientes oncológicos, independente de terem acesso aos direitos ou não apresentam dificuldades. Esse fato acontece pelo processo de saúde-doença de pacientes em cuidados paliativos ser considerado tenebroso como também pelas consequências da questão social.

Conforme Yamamoto (2001) a questão social é materializada por meio da pobreza, da violência, da exclusão social geradas pelo capitalismo tendo destaque as contradições entre as classes sociais. Essas expressões da questão social se tornam ainda mais visíveis diante do processo de adoecimento pois os pacientes por muitas vezes precisam largar seus empregos ou serem afastados por conta da doença.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de Conclusão de Curso proporcionou o aprendizado, através das buscas bibliográficas, aprimorando as reflexões e evidenciando as dificuldades, possibilidades e potencialidades da inserção do assistente social na saúde e no âmbito hospitalar, principalmente no manejo da paciente mastectomizada. A partir das pesquisas bibliográficas observou-se a importância do assistente social na rotina hospitalar, no auxílio a pacientes e familiares, que, muitas vezes, não conseguem nortear uma situação.

O profissional assistente social deve possuir as competências e habilidades necessárias para a atuação junto ao paciente oncológico e atuar em união com a equipe multiprofissional para melhor atender e assistir o paciente em nível individual ou familiar. O assistente social atua como viabilizador dos direitos sociais para pacientes oncológicos. Por meio dessa revisão bibliográfica verificou-se a importância deste profissional no campo da saúde, em especial, na área oncológica pois dentre suas atribuições está a de viabilizar meios necessários para que o paciente tenha acesso a tais direitos.

O Serviço Social proporciona uma melhoria na qualidade de vida de pacientes oncológicos pois a doença provoca mudanças significativas tanto no paciente como na família, o que necessita de atenção do profissional que exerce a intervenção para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos a partir do acolhimento e do apoio ao paciente e seus familiares.

Assim, pode-se concluir que o suporte social e familiar tem uma relevante importância e considerável impacto para pacientes com câncer de mama. Esse suporte deve ser incentivado pela equipe de saúde a qual assiste e acompanha essas pacientes. Há de se considerar que a implantação de grupos de apoio são espaços que visam a melhoria da qualidade de vida das pacientes e nesse sentido é importante a estimulação dos profissionais de saúde para a construção desses espaços.

Também é de fundamental importância que esses espaços sejam construídos a partir de eventos e campanhas de conscientização para que ganhe visibilidade diante das autoridades do governo e assim possam ser mais valorizados e garantir mais visibilidade à população participante, ou seja as mulheres acometidas por câncer de mama e/ou mastectomizadas. O câncer de mama traz repercussões para

a mulher que vão desde o diagnóstico até o tratamento e suas consequências, o que torna esse processo muito estressante pois a mama é um órgão que remete às representações que simbolizam a feminilidade, a estética, a sexualidade e a sua imagem corporal.

Além das repercussões intrínsecas ao corpo da mulher existe também as repercussões do mundo externo de que essas mulheres são, muitas vezes, trabalhadoras, provedoras da família e cuidadoras. Nesse sentido, deve-se ter em mente que existe uma cultura que as oprime, as sobrecarrega e por vezes as responsabiliza por sua condição.

Assim, é necessário que os profissionais possam auxiliá-las a desmistificar e abrandar as consequências do papel que elas cumprem na sociedade. Cabe ao assistente social e aos demais profissionais de saúde considerar que essas questões são determinantes para que o resultado do tratamento seja satisfatório. Na elaboração desta monografia também foram evidenciados os desafios que aguardam os futuros profissionais na área hospitalar nos âmbitos político, ético, econômico e social.

Pode-se concluir que o profissional assistente social é imprescindível na área hospitalar, na condução do paciente oncológico, principalmente no acompanhamento da mulher com câncer de mama e/ou mastectomizada, já que estas pacientes possuem uma sensibilização muito grande, tanto emocionalmente, como fisicamente.

Nesse sentido, cabe evidenciar a importância das políticas públicas em defesa de uma saúde pública de qualidade e em defesa do SUS. Para tanto, os profissionais devem estar alicerçados com os fundamentos do Projeto ético político que se volta para o compromisso com a população usuária da atenção oncológica.

Também é válido frisar que para a elaboração dessa monografia encontrou-se dificuldades para encontrar referências bibliográficas sobre o Serviço Social tratando da área oncológica assim como foram limitadas as fontes sobre o Serviço Social no âmbito hospitalar. Nesse sentido, a única opção viável de metodologia foi a revisão bibliográfica considerando que o tempo destinado para realizar esta monografia foi curto.

Por fim, reitera-se que este estudo realizado foi de grande valia para que os profissionais de saúde e demais interessados no assunto possam conhecer a realidade da área pesquisada bem como conhecer e refletir sobre os usuários, em

especial às mulheres com câncer de mama mastectomizadas e que esse conhecimento e reflexão possibilite um atendimento com mais qualidade para esse público-alvo.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Sirlene de. **O estágio supervisionado em serviço social no centro de alta complexidade em oncologia da associação hospital de caridade de Ijuí: relato de experiências.** Universidade Regional Do Noroeste Do Estado Do Rio Grande Do Sul – UNIJUÍ. RS – Ijuí, 2012.

AMBRÓSIO, Daniela Cristina Mucinhato; SANTOS, Manoel Antônio dos; **Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(3):851-864, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Edições 70. Portugal – Lisboa, 1977.

BEUTER, Magrid. **Atividade lúdica: uma contribuição para a assistência de enfermagem às mulheres portadoras de câncer.** Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

BIFFI, Raquel Gabrielli; MAMEDE, Marli Villela; **Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual.** Rev Esc Enferm USP; 38(3):262-9. São Paulo, 2004.

- BORGES, Tamelize Nunes; VIRGOLIN, Isadora W. Cadore; BRONZATTI, Fátima. **Serviço Social na Oncologia.** Revista Temporalis, nº 7, Porto Alegre, **ABEPSS**, 2003.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** – 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** – 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013.** Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/.../13157.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/.../13157.html)> . Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140**, de 27 de fevereiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção especializada.** Ano 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - **ABC do SUS- doutrinas e princípios**. Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Volume 1. Editora Atheneu. São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Série B. Textos Básicos de Saúde. 2.<sup>a</sup> edição. Brasília – DF, 2004.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Entendendo o SUS**. Governo Federal. Junho, 2006

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Editora Cortez. São Paulo, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. Editora Cortez. São Paulo, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo- Fundamentos sócio históricos**. 1ed. Editora Cortez. São Paulo, 2013.

CABRAL, Rosilda Isabel. **A contribuição do serviço social no atendimento ao paciente oncológico**. Trabalho conclusão de curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, julho de 1995.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social - 10<sup>a</sup> Edição Revista e Atualizada. **Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8662/93**. Brasília, 2012.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo De Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, novembro de 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Regulamentação da Profissão Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**.

CHEVALIER-MARTINELLI, C; CHANTAL. **Convivendo com o câncer**. Larousse do Brasil. São Paulo, 2006.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** RN – Natal, 1998.

COSTA, Cleonice Antonieta; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; SOARES, Narciso Vieira. **Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe.** Revista Brasileira Enfermagem. Maio/Jun; 56(3):310-314. DF- Brasília, 2003.

Dicionário do Aurélio de Português Online Disponível em:  
<<https://dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em: 13 set. 2018.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO L.C. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 21(Spec):[08 telas] Jan.-Fev. 2013. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 29 set. 2018.

FARIAS, Tamara Simone Dias de; **O cotidiano do assistente social frente as demandas apresentadas pela paciente portadora do câncer de mama em tratamento no hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN.** Rio Grande do Norte – Natal, 2007.

FIGUEIREDO, Kênia Augusta. **O Assistente Social na era das comunicações.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Rio de Janeiro, junho de 2005.

GARCIA, Leandro Martin Totaro; MAIO, Iadya Gama; Taynã Ishii dos; FOLHA, Catarina Bourlinova de Jesus Cunha; WATANABE, Helena Akemi Wada. **Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, OUT-DEZ 2014.

HUGUET, Priscila Ribeiro; MORAIS, Sirlei Siani; OSIS, Maria José Duarte; NETO, Aarão Mendes Pinto; GURGEL, Maria Salete Costa. **Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.** Rev Bras Ginecol Obstet. 31(2):61-7 SP, Campinas, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo.** Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social/ ABEPSS. Ano II - nº 3, p. 09 – 32. janeiro/junho. Brasília, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional.** 25 ed. Editora Cortez. São Paulo, 2014.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - **Cartilha: Direitos Sociais do Paciente Oncológico.** Rio de Janeiro, 2012.

INCA. Estimativa 2018. **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <[www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp](http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp)>. Acesso em: 18 set. 2018.

INCA 2018. **Cuidados paliativos**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos)>. Acesso em: 21 set. 2018.

INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2011.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Direitos sociais da pessoa com câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Comunicação Social. 3a ed. Rio de Janeiro, 2012.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: **Espaços de Atuação a partir do SUS**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10. Dezembro de 2010.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. Revista Textos e Contextos. Volume 6, número 2. Páginas 233-251. Porto Alegre. Julho/Dezembro de 2007.

LIMA, N. T; GERCHMAN, S; EDLER, F. C. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. Cortez. São Paulo, 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Serv. Soc. Soc. São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MEDEIROS, Thaize de Sousa; SILVA, Olinda Rodrigues da; SARDINHA, Ana Lúcia Brito; **Acolhimento e Acesso aos Direitos Sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 403 - 415, ago. /dez. 2015.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de, FERNANDES, Idília. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe**. V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. Hucitec: São Paulo, 2004.

MORO, Luana Pimentel; ACIOLY, Yanne Angelim. **A atuação profissional do/a assistente social no âmbito hospitalar e os limites para a efetivação do projeto ético-político do serviço social.** VI Colóquio Internacional. SE – São Cristóvão, 2012.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa de Pires; SILVA, Michelly Gomes da; OLIVEIRA, Suziane Carvalho de; MOURA, Lara de Jesus Sousa Pires de; **Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas.** Esc Anna Nery (impr.); 14 (3): 477-484. Julho – Setembro de 2010.

ELIAS, P. E; NUNES, L. A; AMARAL, J. L. G; MELLO, R.; RAMALHO, J. H. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** Associação Paulista de Medicina. Volume 1. Editora Atheneu. São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, A. E. G. & CURY, V. E. **Cuidar em oncologia: uma experiência para além do sofrimento.** Memorandum, 31, 237-258 Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2016. Disponível em: <[www.fafich.ufmg.br/memorandum/a31/oliveiracury01](http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a31/oliveiracury01)>. Acesso em: 23 set. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira- Contribuição para a compreensão e crítica.** Editora Fiocruz: Salvador, Rio de Janeiro, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

PAULA, Cristiane Pereira de; **Direitos sociais dos pacientes acometidos pelo câncer no contexto do hospital dr. Luiz Antônio.** Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte – UFRN Centro De Ciências Sociais Aplicadas – CCSA Departamento De Serviço Social – Desso. Natal / RN Dezembro, 2012.

PRATA, Cleidiane de Souza. DELFINO, Maria de Fátima do N, S. GOMES, Walquiria Alves. **A intersectorialidade na perspectiva do serviço social em um hospital de referência em urgência e emergência.** Rev Cien Escola Estadual Saúde Pública Cândido Santiago-RESAP. 2017;3(1):23-35.

RIOS, Schaianny Lima. DAL PRA, Keli Regina. **A intervenção profissional no espaço hospitalar: um estudo a partir do Serviço Social.** Londrina PR, de 04 a 07 de Julho de 2017.

SANTANA, L. D. T; SERRANO, A. L. M; PEREIRA, N. S; **Seguridade Social Pós Constituição Federal 1988: Avanços e desafios para implementação da política.** VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis do Maranhão. Agosto, 2013.

SANT' HELENA, M. M; PASSOS, A. F. dos; COSTA, C. B; KRÜGER, T. R. Da **Reforma Sanitária às Privatizações: discutindo a saúde pública brasileira.** Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis – SC. Agosto de 2013.

SANTOS M. A. D; BERNACHI, S. R. D. A. **O papel do assistente social na saúde pública no município de Três Lagoas.** Associação de Ensino e Cultura de Mato Grosso – AEMS, 2012.

SCHIMIGUEL, Juliano; CENCIARELLI, Eliane Aparecida; NUNES, Letícia Castro; LUCENA, Ana Maria Ferreira; NOSOW, Vitor. **O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica.** Saúde em Revista. Jan – Abr v. 15, n. 39, p. 47-57. Piracicaba, 2015.

SCORSOLINI -COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos, SOUZA, Laura Vilela e; **Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama.** Estudos de Psicologia. 14(1), 41-50 Janeiro-Abril/2009.

SILVA, Dulciléia Martins da; et.al. **A Atuação do Assistente Social no Acolhimento ao Paciente Oncológico.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 8. Ano 02, Vol. 05. P. 39-51, Novembro de 2017.

SILVA, J. S. O. C; ANDRADE, S. A. **Serviço Social e o SUS: Desafios na prática do assistente social.** Serviço Social & Saúde. Campinas, São Paulo. V. 13, n. 1. P.111-126 Jan/Jun 2014.

SOARES, Arlete Cardoso; DONIZETE, Denise Alencar; PRUDÊNCIO, Elisângela Dias. **Determinadas técnicas do serviço social aplicada aos pacientes oncológicos.** III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais.CRESS. Bahia, junho de 2013.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Páginas 119-132. Emancipação, Ponta Grossa, 2008.

TAVARES, Andreia Maria Oliveira; SOUSA, Débora Medeiros de; SANTOS, Camila Texeira. **A prática do assistente social em cuidados paliativos.** Universidade Federal do Maranhão. Centro de ciências humanas. Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Agosto de 2017.

WITIUK, Ilda Lopes. **Serviço Social Hospitalar: processo de trabalho do Assistente Social.** INTERVENÇÃO SOCIAL, n 28, 19 -28. Ano 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

YASBEK, Maria Carmelita. **Serviço Social e pobreza.** Rev. Katál. v. 13 n. 2 p. 153-154 Florianópolis, jul./dez. 2010.