



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**YASMIM KATARINE DE OLIVEIRA ALVES**

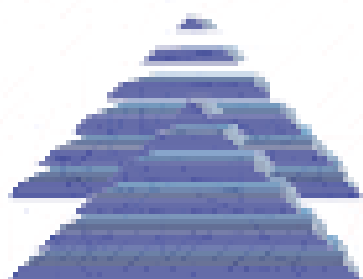
**A SAÚDE ONCOLÓGICA NO OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL: DESVELAR A  
IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO PARA A PRESTIMOSIDADE DO TRATAMENTO**

**JUAZEIRO DO NORTE – CE**

**2023**

**Yasmim Katarine De Oliveira Alves**

**A SAÚDE ONCOLÓGICA NO OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL: DESVELAR A  
IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO PARA A PRESTIMOSIDADE DO TRATAMENTO**



**UNILEÃO**

Centro Universitário

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO de Juazeiro do Norte – CE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Ms. Márcia Souza Figueiredo

Juazeiro do Norte-CE

2023

**Yasmim Katarine De Oliveira Alves**

**A SAÚDE ONCOLÓGICA NO OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL: DESVELAR A  
IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO PARA A PRESTIMOSIDADE DO TRATAMENTO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO de Juazeiro do Norte – CE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Ms. Márcia Souza Figueiredo

Data de Aprovação: 08/12/2023

Banca Examinadora

---

Prof. Ms. Márcia Souza Figueiredo  
Orientador (a)

---

Cecília Bezerra Leite  
Examinador 1

---

Sheyla Alves Dias  
Examinador 2

Juazeiro do Norte-CE

2023

Dedico esse trabalho ao meu Tio Idelmar Furtado Pereira (in memorian) e a minha Tia Rita de Cassia Furtado Pereira (in memorian), que dedicaram a trajetória em prol da educação, além de

tio fez parte da minha vida escolar e corroborou para a escolha do curso Serviço Social, agradeço por todo o apoio e todos os conselhos.

### **AGRADECIMENTOS**

Hoje, ao refletir sobre esses quatro anos de faculdade, percebo que meu maior receio sempre foi não conseguir concluir o curso ou fracassar na minha monografia. Contudo, ao longo desse período, descobri que estive cercada por pessoas que me amam e torcem pelo meu sucesso. Esses quatro anos representam uma parte significativa da minha vida, durante os quais pessoas entraram e saíram, e cada experiência contribuiu para o meu crescimento.

Cada lágrima derramada e cada momento de dúvida sobre o meu futuro, só percebi após superá-los que eu não chorava por não saber o que ser ou ter, mas sim por finalmente parar de me cobrar e me culpar por não controlar todos os aspectos da minha vida. Este momento, no entanto, não é para narrar minha jornada, mas para expressar minha gratidão às pessoas que me apoiaram.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por sua orientação. À minha mãe, Fabiana, por seu apoio incondicional em todos os meus planos, e ao meu pai, Henrique, por nunca me deixar desistir, mesmo quando eu expressava dúvidas sobre minha escolha de curso. Seu incentivo me levou a perceber que, talvez, eu gostasse mais da área quando estivesse na prática, e isso se provou correto durante meu estágio.

Também quero expressar minha gratidão ao meu esposo, Orlidio, que me apoiou de todas as maneiras possíveis para que não desistisse da minha jornada acadêmica. À minha avó, Ivonete, e à minha tia Dagmar, às quais sou grata. À minha irmã, Thamirys, ao meu padrinho/tio Fábio, e ao meu outro tio Bruno, também sou grata por seu apoio contínuo.

Minha gratidão se estende à minha parceira em todos os trabalhos e amiga constante durante toda a faculdade, Maria Eduarda (Duda), e ao seu namorado Renan. Agradeço também a Gabriel, Sérgio e Emilliany, que tornaram esses quatro anos mais leves e suportáveis, mesmo diante dos desafios. Suas presenças fizeram uma grande diferença em minha jornada acadêmica e pessoal.

Quero expressar minha profunda gratidão à minha orientadora de monografia, Marcia Figueiredo, cujo comprometimento e orientação foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. Sua experiência, paciência e dedicação foram verdadeiramente inspiradoras, guiando-me com maestria por cada etapa desafiadora deste processo.

Além disso, gostaria de estender meus sinceros agradecimentos a todos os professores que acompanharam minha jornada acadêmica até este ponto, cada um de

vocês desempenhou um papel crucial em meu desenvolvimento, contribuindo com conhecimento, insights valiosos e, acima de tudo, apoio inabalável.

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro.”

## RESUMO

O presente estudo trata de uma análise sobre o trabalho do assistente social no âmbito da oncologia, tendo como objetivo principal desvelar a importância da família como rede de apoio, quais os desafios e perspectivas no acolhimento a famílias e pacientes inseridos nos serviços de oncologia, na garantia de seus direitos e na prestimosidade do tratamento. Como objetivos específicos foram colocados a necessidade de conhecer a política de saúde para o controle do câncer no Brasil, perceber como uma rede de apoio altera o cotidiano dos pacientes, o trabalho profissional do assistente social na saúde oncológica. Foi utilizada, neste trabalho, análise documental e revisão de bibliografia como procedimento metodológico principal, os autores centrais para a discussão foram: Célia da Silva Ulysses de Carvalho; Celso Furtado; Maria Inês Souza Bravo; José Paulo Neto; Marilda Iamamoto; Ivanete Boschetti sobre temática que se propôs estudar. No decorrer do trabalho será apontada um panorama acerca da política de saúde voltada para o câncer, posteriormente o câncer e família, já que esta doença, em especial, traz um adoecimento social/familiar, e pôr fim a atuação do serviço social inserido numa equipe multidisciplinar da saúde, enfocando uma nova demanda posta à profissão, que é a oncologia. As considerações finais, reforça a ideia de que a compreensão adequada e abordagem eficaz da saúde oncológica dependem significativamente da presença e fortalecimento da rede de apoio. O serviço social, ao desempenhar um papel ativo nessa construção, é visto como uma contribuição essencial para melhorar a qualidade de vida e promover a resiliência dos indivíduos afetados pelo câncer.

Palavras-chaves: Oncologia; Serviço Social; Inserção Familiar; Saúde Pública.

## ABSTRAT

The present study addresses an analysis of the work of the social worker in the field of oncology, with the main objective of unveiling the importance of the family as a support network, as well as the challenges and perspectives in providing support to families and patients involved in oncology services, ensuring their rights and the promptness of treatment. Specific objectives include the need to understand the health policy for cancer control in Brazil, recognizing how a support network alters the daily lives of patients, and examining the professional role of the social worker in oncological health. This study employed documentary analysis and literature review as the main methodological procedures. Key authors for discussion included Célia da Silva Ulysses de Carvalho, Celso Furtado, Maria Inês Souza Bravo, José Paulo Neto, Marilda Iamamoto, and Ivanete Boschetti, focusing on the proposed study theme. Throughout the study, an overview will be provided regarding the health policy directed towards cancer, followed by an exploration of cancer and its impact on the family, given that this particular illness brings about social and familial distress. Finally, the role of social work within a multidisciplinary health team will be discussed, emphasizing a new demand placed on the profession, namely oncology. In the concluding remarks, the study reinforces the idea that a proper understanding and effective approach to oncological health depend significantly on the presence and strengthening of the support network. Social work, by playing an active role in this construction, is viewed as an essential contribution to improving the quality of life and promoting resilience among individuals affected by cancer.

Keywords: oncology; social service; family involvement; public health.



### **LISTA DE SIGLAS**

**AIDS-** Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

**ANS-** Agência Nacional de Saúde Suplementar

**CFESS-** Conselho Federal de Serviço Social

**CNCC-** Campanha Nacional de Combate ao Câncer

**CONASP-** Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

**DSS-** Determinantes Sociais de Saúde

**INCA-** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

**PACS-** Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PNAO -** Política Nacional de Atenção Oncológica

**SUS -** Sistema Único de Saúde

**SNC-** Serviço Nacional de Câncer

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL .....</b>	<b>13</b>
1.1 CONQUISTAS E RETROCESSOS NA POLÍTICA DA SAÚDE ATÉ IMPLANTAÇÃO DO SUS .....	13
1.2 A IMPORTÂNCIA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL .....	20
 <b>2. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA HOSPITALAR</b>	
<b>26</b>	
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA .....	26
2.2 ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E AS DINÂMICAS DA INSERÇÃO FAMILIAR NO DECORRER DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO .....	32
 <b>3. ITINERÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS HOSPITAIS ONCOLÓGICOS .....</b>	<b>40</b>
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	40
3.2 A RESOLUÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA ONCOLOGIA .....	42
 <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo emerge de reflexões prévias à vida acadêmica, experiências no campo de estágio e, especialmente, da crescente incidência do câncer no Brasil, um fenômeno de relevância notável devido ao perfil epidemiológico, demográfico e suas influências nos processos de urbanização e industrialização, entre outros. A cicatriz do câncer impacta as relações familiares, tornando a comunicação sobre a doença progressivamente mais desafiadora com o avanço da enfermidade.

O reconhecimento da doença causa sofrimento a todos os membros da família, desde aqueles potencialmente mais resiliente, aptos a enfrentar o diagnóstico, até os mais frágeis, que precisam ser poupados, incluindo os próprios enfermos. Nesse contexto, este estudo explora as possibilidades de atuação do Serviço Social junto aos familiares e pacientes oncológicos, considerando a necessidade de compreender o contexto social, cultural, político e econômico que envolve o paciente oncológico.

A diversidade de demandas enfrentadas pelos assistentes sociais abrange uma ampla gama de contextos, incluindo espaços públicos, privados e filantrópicos. Diante desse cenário, o objetivo geral deste trabalho é desvelar as ações dos assistentes sociais em espaços de atendimento oncológico, bem como os principais desafios e possibilidades na abordagem aos pacientes e familiares para a efetivação de seus direitos.

Os objetivos específicos envolvem a compreensão da política de saúde para o controle do câncer no Brasil, a análise do impacto do diagnóstico positivo de câncer no cotidiano das famílias e a identificação e análise das ações do Serviço Social durante o tratamento oncológico. A metodologia adotada incluiu revisões bibliográficas e análise documental para contribuir nos debates e reflexões que norteiam a prática profissional, especialmente na área da saúde. No decorrer deste estudo, tornou-se necessário referenciar algumas obras que serviram como fundamentos para a discussão, tais como "Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos", de Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo Menezes, e "Ditadura e Serviço Social: Uma Análise do Serviço Social no Brasil pós-64", de José Paulo Netto, entre outras.

Esta monografia está organizada em três capítulos. O primeiro aborda a evolução da política de saúde para o controle do câncer no Brasil, destacando ações, programas e políticas ao longo da história da saúde pública, com um enfoque específico nas ações na Bahia. O segundo capítulo explora o impacto do câncer na vida familiar, abordando desde o diagnóstico até as estratégias de enfrentamento e o papel crucial da família no suporte ao paciente oncológico. O terceiro capítulo discute a atuação do Serviço Social na saúde,

incluindo uma análise histórica e uma focalização na atuação do assistente social em oncologia.

As considerações finais reforçam a importância da compreensão adequada e da abordagem eficaz da saúde oncológica, destacando o papel crucial da rede de apoio, o Serviço Social, ao desempenhar um papel ativo nesse processo, é reconhecido como uma contribuição essencial para melhorar a qualidade de vida e promover a resiliência dos indivíduos afetados pelo câncer.

O enfoque na saúde oncológica, sob a perspectiva do Serviço Social, é crucial para desvelar a complexidade e os desafios enfrentados por pacientes durante o tratamento. A rede de apoio emerge como um componente indispensável para a eficácia e bem-estar durante esse processo. O Serviço Social desempenha um papel fundamental ao identificar e fortalecer essa rede, proporcionando suporte emocional, orientação prática e recursos necessários para enfrentar os impactos físicos, emocionais e sociais do câncer.

A prestimosidade do tratamento oncológico não se resume apenas às terapias médicas, mas também à construção de um ambiente de apoio sólido que abraça o paciente, familiares e cuidadores. Essa abordagem holística, centrada na rede de apoio, destaca a importância de considerar não apenas a dimensão clínica, mas também as necessidades sociais e emocionais dos indivíduos afetados pelo câncer.

## **CAPÍTULO 1: TRAJETÓRIA SÓCIO HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL**

O Sistema Único de Saúde representa uma mudança significativa na abordagem da saúde pública no Brasil, colocando a saúde como uma política de Estado e promovendo a participação social na gestão e controle das políticas de saúde, a implementação do SUS trouxe avanços, como a ampliação do acesso a serviços de saúde e a criação de programas de prevenção e promoção da saúde.

No entanto, também enfrentou desafios, como a falta de recursos adequados, desigualdades regionais e problemas de gestão, além disso, as políticas de saúde passaram a enfrentar novos dilemas com o envelhecimento da população, as demandas por atenção especializada e a necessidade de lidar com doenças crônicas.

### **1.1 CONQUISTAS E RETROCESSOS NA POLÍTICA DA SAÚDE ATÉ A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS**

A trajetória sócio histórica da saúde pública no Brasil é marcada por uma série de transformações, desafios e conquistas que refletem as mudanças sociais, políticas e econômicas ao longo dos anos, desde os tempos coloniais até os dias atuais, a saúde pública no país passou por diferentes fases que moldaram a forma como os serviços de saúde são organizados, financiados e disponibilizados à população.

No período colonial, os cuidados de saúde eram incipientes e muitas vezes concentrados nas instituições religiosas, com o passar do tempo, principalmente durante o século XIX, ocorreram avanços na medicina e na compreensão das doenças, resultando na criação das primeiras instituições médicas e na implementação de políticas de saúde mais organizadas, entretanto, o acesso à saúde ainda era restrito, beneficiando principalmente a elite.

A virada do século XX trouxe consigo um contexto de urbanização acelerada e crescimento populacional, o que intensificou os desafios de saúde pública, epidemias como a febre amarela e a varíola levaram a um aumento da pressão por políticas de saúde mais abrangentes. A pobreza é uma das expressões da questão social que impacta sobre a saúde do povo trabalhador, para isso será realizado um breve contexto histórico sobre a questão social e saúde, seus desdobramentos na realidade brasileira e os impactos na vida da classe trabalhadora.

O Brasil, um país populoso e extenso na América Latina, é economicamente relevante, mas enfrenta profundas desigualdades, essas disparidades socioeconômicas,

enraizadas no período colonial, persistiram apesar da modernização capitalista entre 1930 e 1980.

Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964.

(BRAVO, 2013, p. 152)

Nessa época, houve industrialização em setores estratégicos sob regimes autoritários, resultando em pouca redistribuição social, com esse cenário, as entidades do Serviço Social têm por desafio vincular com os demais profissionais da área da saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por tese as transformações estruturais nas políticas sociais e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que contrarie a cultura política da crise criado pelo grande capital que luta pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

A saúde pública concentrava-se no controle de doenças específicas, enquanto a assistência médica previdenciária estava voltada para os trabalhadores urbanos formais, com estruturas corporativas, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões na democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, no trabalho interdisciplinar, dando ênfase nas abordagens grupais com acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

A partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios, os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.

As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade, o sistema de saúde tinha outras características até o início dos anos 1980, como a exclusão de uma parcela significativa da população, a ineficácia do modelo de atenção e a predominância do setor privado na prestação de serviços, com subsídio do Estado.

A questão social se expressa na realidade brasileira de diferentes formas e através de vários fenômenos ligados às desigualdades sociais, políticas, econômicas, culturais, atinge prioritariamente, a classe trabalhadora e sua condição de vida, no cenário de

redemocratização e da crise financeira dos anos 1980, a reforma sanitária partiu da crítica a esses elementos para construir uma proposta abrangente, que foi incorporada à Constituição Federal de 1988.

Um marco importante nesse período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que reforçou a necessidade de um sistema de saúde mais justo e igualitário, o movimento da Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde e movimentos sociais, também contribuiu para pressionar por mudanças, essa reforma abordou as deficiências anteriores e resultou na inclusão do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988, estabelecendo o direito à saúde como universal e o dever do Estado de prover serviços de saúde a todos os cidadãos.

Durante a transição das décadas de 1980 para 1990, o Brasil passou por mudanças significativas em sua política de saúde, antes do SUS, o país possuía um sistema fragmentado, com diversas instituições públicas e privadas envolvidas na prestação de serviços de saúde, o processo de transição culminou na criação do Sistema Único de Saúde em 1990, seguindo princípios de universalidade, integralidade e equidade.

O sistema visava a integração de ações e serviços, a descentralização do poder decisório, a participação da comunidade e a busca pela equidade no acesso, surgiu a Lei nº 8.142/1990, que reintegrou aspectos relacionados ao financiamento e à participação social, deixando pendentes decisões cruciais como a política de recursos humanos e a relação com provedores privados.

Uma vez promulgada a lei, o executivo estabeleceu diretrizes de financiamento que centralizavam parte dos recursos da saúde no âmbito federal, foram criados mecanismos de repasse de verbas aos prestadores de serviços, reforçando uma abordagem de convênios com os municípios e enfraquecendo a ideia de um sistema integrado e harmonioso entre os níveis, apesar de algumas contradições na Constituição, o Brasil se destacou na América Latina ao estabelecer um sistema de saúde universal nessa época, esse sistema estava inserido em uma concepção mais ampla de Seguridade Social, que abrangia previdência, saúde e assistência social, financiada por impostos e contribuições.

A transição para o SUS envolveu a unificação de sistemas de saúde existentes e a criação de uma estrutura hierárquica com municípios, estados e governo federal compartilhando responsabilidades, a descentralização permitiu maior autonomia aos municípios na gestão e organização dos serviços de saúde, todavia, essa transição também enfrentou desafios, como a necessidade de reorganizar infraestruturas de saúde, capacitar profissionais, regular financiamento e enfrentar resistências à mudança.

Nos anos iniciais da década de 1990, os recursos da seguridade social foram comprometidos pelos atrasos propositais nos repasses, ocorrendo durante um período de alta inflação. Isso resultou em cortes frequentes nas políticas de saúde e assistência, enquanto os recursos para a previdência social eram mantidos, no mesmo período os encargos previdenciários da União foram incorporados ao orçamento da saúde, apesar dessas limitações, foram implementadas estratégias significativas que moldaram as políticas subsequentes, como o PACS e a disponibilização em nível nacional da terapia antirretroviral para pessoas com AIDS.

Como no debate de Paim (2007) que traz que, o movimento sanitário ou movimento da reforma sanitária brasileira, o que importa destacar é a sua organicidade com os movimentos sociais que combateram a ditadura, apostando na bandeira “Democracia é saúde; Saúde é Democracia” e engendrando o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Apesar das incongruências no texto constitucional, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu naquela década um sistema de saúde universal, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, de base universalista, reunindo as áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social, que deveria ser financiada por impostos gerais e contribuições sociais.

Os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores da saúde, então, é possível afirmar que a “questão social” é resultante da acumulação capitalista, e para além disso, advém das relações sociais de classe desse modo de produção, que produz e se reproduz ininterruptamente para manter a lucratividade.

Nesse sentido, de acordo com Costa (1997), é possível apreender que o projeto de saúde vinculado ao mercado ou reformas de modelos de assistência médica privada baseiam-se em políticas de ajuste, cujas principais tendências são controlar despesas, racionalizar a oferta e a descentralização, e isentar o governo das responsabilidades.

Soares (2013) destaca o quanto o SUS é precário, fazendo que cresça o mercado de serviços privados, e é não por acaso, na década de 1990, esse mercado se amplia consideravelmente, tanto que, em 2000, é criada a ANS, que passa a ser responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar.

Em um desses projetos diz que é a tarefa do Estado incluir e assegurar um serviço mínimo a quem não tem condições de pagar, ao mesmo tempo em que oferta um conjunto de ações privadas aos que estão inseridos no mercado. As principais orientações são:



atividades focalizadas no atendimento aos desfavorecidos por meio de um atendimento básico de saúde, ampliando a privatização, estimular o setor privado, descentralizar os serviços em nível local e eliminar a ligação de fonte de financiamento.

A ascensão ao poder de governos de esquerda a partir de 2003 levantou expectativas de configuração de um modelo de desenvolvimento redistributivo, mas diversos problemas do sistema de saúde não foram equacionados, ainda assim, limites histórico-estruturais e legados institucionais se expressaram fortemente no período, o caráter das relações Estado e mercado no capitalismo brasileiro e na saúde, é o marcante estratificação social limitaram as transformações necessárias à consolidação do SUS, o Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual.

Diante do legado histórico-estrutural do sistema de proteção social, que tem moldado a maneira como as políticas sociais são concebidas e implementadas, aliado à persistência de fragilidades institucionais, agravadas pelo fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais, o cenário atual de instabilidade econômica e política apresenta sérios riscos.

Esses riscos não apenas comprometem as conquistas alcançadas na área social e de saúde durante o período pós-constitucional, mas também lançam sombras sobre a própria democracia brasileira. Ao longo dos anos, a construção de um sistema de proteção social foi uma resposta a desigualdades históricas e à necessidade de garantir direitos básicos aos cidadãos, as fragilidades institucionais presentes nesse sistema têm limitado sua efetividade, abrindo espaço para propostas ideológicas que buscam reduzir o papel do Estado na provisão de serviços e promover uma maior participação do setor privado.

O fortalecimento das ideias neoconservadoras e neoliberais tem incentivado a redução de gastos sociais, o que pode ter impactos devastadores em áreas como saúde, educação e assistência social, a conjuntura econômica instável e as ameaças à democracia tornam mais grave a situação. A diminuição dos recursos destinados a políticas sociais e de saúde em um momento de crise econômica pode resultar em desigualdades crescentes e no aumento das disparidades sociais, além disso, a ascensão de ideias políticas que minimizam a importância do Estado de direito e das instituições democráticas ameaça os próprios pilares da nossa sociedade.

As conquistas alcançadas após a promulgação da Constituição de 1988, que estabeleceu importantes direitos sociais e avanços na área da saúde, estão em risco de retrocesso, é fundamental que a sociedade esteja atenta e mobilizada para defender essas conquistas e resistir a iniciativas que possam comprometer ainda mais o bem-estar da população.

A preservação das garantias sociais e a manutenção de uma democracia sólida requerem esforços coordenados para enfrentar os desafios atuais e preservar as conquistas do passado, os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção.

A ascensão ao poder de governos de esquerda a partir de 2003 levantou expectativas de configuração de um modelo de desenvolvimento redistributivo, mas diversos problemas do sistema de saúde não foram equacionados, na saúde, foram adotados como marcos de governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) três programas: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular.

Os dois primeiros partiram de iniciativas prévias, e o terceiro introduziu no SUS o com pagamento por medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privados, como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser destacado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica.

No segundo mandato, diante do realce no debate desenvolvimentista e da estabilidade do Ministro da Saúde José Temporão, a agenda setorial aumentou por meio de iniciativas relacionadas ao complexo industrial da saúde, visando a fortalecer a produção nacional de insumos estratégicos para o SUS. Embora os programas e iniciativas descritos tenham sido relevantes para a expansão da cobertura e o intuito das ações em áreas críticas, problemas estruturais do sistema de saúde não foram adequadamente enfrentados no período, por exemplo, no âmbito do financiamento, das relações público-privadas, da força de trabalho e das desigualdades territoriais em saúde.

Enfim, os Governos Lula expressaram esforços de mudança no modelo de desenvolvimento econômico-social, tendo as políticas trabalhistas e sociais contribuídos de forma expressiva para a redução da pobreza, das desigualdades de renda e para a ascensão de parte da população trabalhadora, em círculo virtuoso entre fomento à demanda interna e desempenho econômico.

A política de saúde apresentou elementos de continuidade e inovações incrementais, não tendo sido uma área de destaque na agenda governamental, com persistência dos problemas estruturais do SUS, a política de saúde, por sua vez, foi marcada por continuidades em algumas áreas de atenção básica, vigilâncias e pela adoção de programas específicos como marcos de governo, sem que problemas estruturais do sistema fossem adequadamente enfrentados.

Durante o primeiro Governo Dilma, houve dois Ministros no cargo, com trajetórias na saúde pública e vinculadas ao PT, que dotaram-se como marcos governamental a expansão das Unidades de Pronto atendimento (UPA) - outro componente da rede de urgências – e o Programa Mais Médicos, programa este trouxe polêmicas e desgaste para o governo ao propor a contratação de médicos formados no exterior brasileiros ou estrangeiros sem a necessidade de validação de diplomas, com destaque para os médicos cubanos, cuja lotação foi feita mediante intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O programa previa a expansão de vagas de graduação e residência médica, mudanças curriculares e provimento de médicos em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais, a incorporação de médicos estrangeiros gerou intensa reação negativa da corporação médica, representada pelos conselhos profissionais.

Apesar do sucesso do programa no curto prazo, é difícil dimensionar seus custos políticos para o governo e efeitos para o sistema público de saúde em longo prazo, já que a substituição dos médicos estrangeiros seria necessária após três anos de contratação. Ainda ao final de 2014, uma medida polêmica sustentada pelo governo foi a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, inclusive na prestação de serviços, o que foi amplamente criticado pelos defensores do SUS.

Em 2015, sob a intensificação da crise política, novos acontecimentos repercutiram negativamente sobre a saúde, o Ministro da Saúde que estava no cargo desde fevereiro de 2014 foi substituído por um parlamentar do PMDB, visando a aumentar a base de sustentação do governo. Entre as medidas polêmicas do novo Ministro consta a nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, conhecido por posições contrárias à luta antimanicomial.

Do ponto de vista epidemiológico, o ano de 2015 ficou marcado também pela identificação do início da epidemia de Zika vírus e sua associação com microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês (na infecção contraída pela gestante), configurando-se como uma nova emergência em saúde pública.

Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu impeachment pelo Senado Federal em agosto de 2016. Em síntese, o período de 2011 a 2016, marcado por instabilidade política, sinalizou percalços e riscos de retrocessos para as políticas sociais e de saúde, cujos rumos são incertos, no entanto, limites histórico-estruturais e legados institucionais se expressaram fortemente no período, o caráter das relações Estado

mercado no capitalismo brasileiro e na saúde, e a marcante estratificação social limitaram as transformações necessárias à consolidação do SUS.

O Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual, diante do legado histórico-estrutural do sistema de proteção social, da persistência de fragilidades institucionais e do fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais, em um momento de instabilidade econômica e política, com ameaças à democracia brasileira, existem sérios riscos de retrocessos nas conquistas que haviam sido alcançadas na área social e na saúde no período pós-constitucional.

O Projeto de Reforma Sanitária vem perdendo o confronto para o Projeto Privatista, que responde aos interesses mercadológicos, é triste observar o desvio existente entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde atual, ao invés da operacionalização da proposta de um sistema público universal, o que se constata é a substituição destas por valores individualistas, que focalizam as ações e fragmentam todo o sistema.

## 1.2 A IMPORTÂNCIA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL

Além de buscar democratizar a saúde e realizar mudanças na forma como era tratada, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro se posicionou como agente de transformação em toda a estrutura da sociedade. As condições precárias de vida e saúde estimularam a organização e mobilização de uma parte da população com o propósito de reformular os sistemas de serviços sociais.

A estrutura e o modelo que orientaram a Política de Saúde estavam pautados na concepção que dominou na década de 1940, caracterizada posteriormente como o “círculo vicioso da pobreza e doença” [...] que, segundo uma visão equivocada da realidade, considerava que a solução do problema da doença resolveria automaticamente a pobreza.

(BRAVO, 2013, p. 146).

A importância dos princípios e diretrizes na implementação da política de saúde no Brasil é indiscutível, esse alicerce não apenas orienta o funcionamento do sistema de saúde, mas também reflete os valores e objetivos da sociedade brasileira em relação ao sistema de saúde.

A política de saúde no Brasil é regida por princípios e diretrizes que desempenham um papel crucial na garantia do acesso à saúde para todos os cidadãos. Estes princípios e diretrizes, estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), têm desempenhado um papel transformador na promoção do bem-estar da população brasileira, os princípios e diretrizes constituem a base ética e moral do sistema de cuidados de saúde, por exemplo, o princípio da universalidade afirma que todas as pessoas têm direito à igualdade de acesso aos cuidados de saúde, independentemente da situação econômica.

Representa um compromisso com a igualdade e a justiça social e garante que a saúde é um direito de todos os cidadãos e não um privilégio, a integridade, outro princípio orientador, também promove uma abordagem holística da saúde, tendo em conta não só o tratamento das doenças, mas também a promoção da saúde e a prevenção das doenças, a participação social é outro elemento-chave, permitindo que a população tenha voz ativa na formulação e monitoramento das políticas de saúde, fortalecendo a democracia e garante que as políticas de saúde, trazendo uma visão mais abrangente do bem-estar e enfatiza a importância dos cuidados preventivos e da saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, o envolvimento da comunidade é outra diretriz importante.

Os cidadãos devem participar ativamente nas decisões sobre as políticas de saúde assim como no planejamento e na avaliação dos serviços de saúde. Isto não só melhora a transparência e a responsabilização, mas também ajuda a garantir que os serviços satisfazem as necessidades reais das pessoas, os princípios da descentralização e do regionalismo promovem uma distribuição mais equitativa de recursos e serviços de saúde, ao mesmo tempo que reconhecem as características das diferentes regiões do país. Isto é especialmente importante num país vasto e diversificado como o Brasil, onde os requisitos de saúde podem variar amplamente.

Tornou-se comum entre nós utilizar os princípios e diretrizes do SUS para determinar as grandes linhas traçadas no texto da Constituição Federal: universalidade, igualdade, coesão, descentralização, participação cidadã e organização de redes locais e de serviços maneira hierárquica, estes princípios e diretrizes foram moldados pelas lutas do movimento de reforma do saneamento desde o final dos anos 70, este movimento criou, embora não de forma uniforme, um amplo consenso sobre os princípios básicos que devem orientar a ação nacional no domínio da saúde.

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, onde a saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a Seguridade Social. À saúde coube cinco artigos (Arts.

196-200) e nestes está inscrito que ela é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

(BRAVO; MATOS, 2009, p. 203)

Começa pela incontestável afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, em companhia de uma visão ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde, esse movimento também estabeleceu os princípios que deveriam guiar a construção de um sistema de saúde, sendo esses os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS.

Ao vincular a má qualidade da atenção médica às características das políticas governamentais de cunho tecnocrático, autoritário, centralizador e privatizante, o documento manifesta, implicitamente, a expectativa de que a qualidade se estabeleceria, com a mudança radical nesta política, com um processo de democratização possibilitado pela articulação entre a descentralização e a participação popular, e com o fortalecimento dos serviços públicos e a valorização dos profissionais de saúde que neles atuam.

O reconhecimento desse convívio entre o SUS e a saúde suplementar coloca questões importantes sobre os princípios da universalidade e, sobretudo, sobre o princípio da igualdade. Somos capazes de notar no texto constitucional, dois sentidos da universalidade: um geral, expresso na própria ideia de que todos têm o direito à saúde, o segundo, restrito ao acesso às ações e serviços de saúde.

A diferença entre esses dois significados está justamente na diferença entre as crenças sobre o que é o movimento pelo saneamento e a possibilidade de acordo nas reuniões, o problema pode ser formulado da seguinte forma: o direito à saúde é geralmente reconhecido como universal, mas ao especificar a obrigação do Estado de garantir este direito, a obrigação do Estado de promovê-lo é interpretada de forma muito clara, políticas econômicas e sociais que garantam o acesso universal aos cuidados e serviços de saúde.

O princípio do acesso universal aos cuidados de saúde assenta na proposição ética e política de que é injusto que seja negado aos indivíduos o acesso às atividades e serviços de cuidados de saúde necessários simplesmente por falta de rendimentos, é responsabilidade do Estado garantir e implementar de maneira eficaz os direitos relacionados a política da saúde.

Presumo que nós (profissionais do serviço social operam para a implementação dos direitos garantidos pela Constituição) deveríamos defender vigorosamente a tese ético-político embora ela seja uma pequena parte da luta por uma sociedade mais justa e

igualitária, embora ela se refira a apenas um dos componentes das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais.

A igualdade aparece no texto constitucional ao lado da universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, sobre a igualdade, cabe dizer que, no texto constitucional, ela aparece no capítulo da saúde exclusivamente referindo-se ao acesso.

Talvez fosse melhor denominá-la princípio do acesso igual às ações e serviços de saúde, novamente, há um déficit entre o ideal do movimento sanitário e o texto constitucional. Vivemos numa sociedade profundamente desigual, e sonhamos com as reduções da desigualdade, o texto da Constituição estabelece que o Estado deve garantir igualdade de acesso à saúde aos cidadãos brasileiros, no entanto, isso ainda requer comentários adicionais centrados no texto da Constituição, não são as atividades e serviços de saúde pública que compõem o corpo principal da Constituição, mas o Estado deve garantir acesso igualitário a todos os brasileiros às atividades e serviços de saúde necessários SUS.

Nesse sentido, a igualdade e a universalidade do acesso não são apenas princípios do SUS, mas também princípios mais gerais da ação estatal, portanto, a desigualdade de acesso entre os brasileiros, apesar de suas necessidades iguais, viola o princípio constitucional, nesse aspecto, é inaceitável distinguir entre o acesso no SUS e os chamados cuidados complementares.

O texto constitucional é influenciado pelas ideias defendidas ao longo dos anos pelo movimento de saúde, embora nem todas as demandas pudessem ser atendidas quando confrontadas com interesses empresariais ou setores do próprio governo, as principais questões sobre o financiamento do novo sistema não foram claramente definidas, não estabelecendo uma porcentagem em relação aos orçamentos de onde provêm os recursos.

Em relação aos medicamentos, apenas é mencionada a competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção, a saúde do trabalhador não considerou propostas como o direito do trabalhador de se recusar a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, além de ter informações sobre a toxicidade dos produtos manipulados.

Por conseguinte, sabemos que todos esses problemas sociais rebatem sobre a saúde, como demonstrado nos estudos sobre os DSS, mas, é preciso dizer que não são problemas desconexos entre si nem fragmentados da realidade que ganham autonomia, pelo contrário, constituem uma questão una, com sua base objetiva imbricada no processo de trabalho tal qual ele é desenvolvido no capitalismo. De fato, vemos que tais mazelas sociais emergem dessa base material, portanto, temos, no processo de acumulação capitalista, a determinação essencial para a problemática da saúde.

Finalmente, uma pontuação que deve ser priorizada dentro dessa discussão é a relação intrínseca entre a questão social e a determinação social. Se levadas em consideração todas as consequências das expressões da questão social para a vida e a saúde dessa parcela da população, que não tem suas necessidades atendidas, e muito menos no atual contexto político e social do Brasil, que defende o modelo neoliberal, minimizando as responsabilidades do Estado sobre a sociedade.

A inviabilidade do conceito de Seguridade Social fica evidente quando não há menção à necessária articulação com as políticas de assistência social e previdência social, outro aspecto desta questão diz respeito à falta de rearticulação do Conselho de Seguridade Social. A preocupação com o refinanciamento é a mais grave, pois está diretamente relacionada aos gastos sociais do governo e é determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos. Diante de toda essa exposição, pode-se afirmar que, após 33 anos de existência, o SUS ainda se encontra distante de sua concepção constitucional, apesar de alguns avanços alcançados. É lamentável observar a discrepância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema de saúde público atual.

O Projeto de Reforma Sanitária tem sido suplantado pelo Projeto Privatista, que atende aos interesses mercadológicos, ao invés de implementar um sistema de saúde público universal, o que se constata é a substituição desses valores por uma abordagem individualista, que enfoca ações específicas e fragmenta todo o sistema.

Conseqüentemente o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro desempenhou um papel fundamental na democratização da saúde no país, buscando transformações não apenas na área da saúde, mas em toda a estrutura social. As condições precárias de saúde e vida impulsionaram a mobilização da sociedade em busca de um sistema de saúde mais justo e eficaz.

Os princípios e diretrizes que orientam a política de saúde no Brasil desempenham um papel vital na concretização desse objetivo, eles não apenas guiam o funcionamento do sistema de saúde, mas também refletem os valores da sociedade em relação à saúde, a universalidade, igualdade, integralidade, participação social, descentralização e organização de redes locais são elementos fundamentais que moldam o sistema de saúde brasileiro.

No entanto, apesar desses princípios, ainda há desafios a serem superados para alcançar plenamente os objetivos do SUS, a coexistência do sistema público com a saúde suplementar cria questões sobre igualdade de acesso. É crucial defender a ideia de que o acesso à saúde é um direito de todos, independentemente de sua renda, além disso, é



importante destacar que o sistema de saúde deve ser mais do que apenas um conjunto de serviços médicos, deve abordar as necessidades das pessoas de maneira holística, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Em última análise, após mais de três décadas de existência do SUS, ainda existem desafios significativos a serem superados para que o sistema de saúde brasileiro atinja sua concepção constitucional, o caminho a seguir deve envolver a defesa dos valores originais do movimento sanitário, em oposição a uma abordagem privatista que prioriza interesses comerciais em detrimento da saúde pública.

## **CAPÍTULO 2: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA HOSPITALAR**

A história do setor de oncologia nos hospitais é marcada por avanços significativos ao longo das décadas, se faz importante retratar de que forma se deu historicamente a inserção do/a Assistente Social na saúde, expondo em que momento a área da saúde irá requisitar ao Serviço Social que seja parte integrante, levando em consideração que durante muitos anos a saúde era protagonizada apenas pelos saberes médicos, e o Assistente Social era visto como um auxiliar.

### **2.1 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA**

As primeiras resoluções adotadas para o tratamento do câncer no Brasil datam do início do século XX, enquanto os países desenvolvidos já haviam começado a constatar e reconhecer o câncer como uma questão de saúde pública e efetuavam providências em prol do seu controle, se constituindo em prevenção e tratamento, no Brasil ainda se enfrentava endemias as quais eram o foco das políticas de saúde, inicialmente, mais precisamente em 1920, passam a surgir alguns projetos governamentais para o enfrentamento do câncer no país, essas propostas consistiam somente na notificação obrigatória dos casos e seus registros como causa de morte.

Entretanto, foi produzido através dessas notificações e registros o perfil epidemiológico da doença, responsável pela construção de instituições de características exclusivas para o tratamento do câncer, essas unidades objetivavam, para além da intervenção clínica, a expansão do conhecimento da sociedade a respeito da sua prevenção, dito isso, após alguns anos, especificamente em 1937, durante o governo Getúlio Vargas, emerge uma regulamentação que cria o Centro de Cancerologia, no Estado do Rio de Janeiro, um centro público hospitalar designado unicamente para o tratamento e estudo do câncer.

Contudo, somente em 1941 surge o Serviço Nacional de Câncer, nomeado na atualidade por Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, responsável por organizar, orientar, fiscalizar e executar as atividades relacionadas ao câncer, em todo o país. Inúmeras medidas foram desenvolvidas objetivando a luta contra o câncer no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990.

De acordo com Barreto (2005) é possível afirmar que houve, durante esse tempo, uma expansão notória da quantidade de instituições destinadas ao seu tratamento. Um outro ponto a ser destacado, no que se refere à atenção oncológica, é a criação das ligas

para o combate da doença, como já anteriormente mencionado, viabilizada por meio de organizações sociais, a Liga Paulista foi a pioneira nesse sentido, sendo construída em 1934, causando então um movimento nacional em torno do combate à doença.

Dando o enfoque para o estado do Rio Grande do Norte, a Liga Norte Rio-grandense foi criada em 1949. Sendo então a instituição de referência e fundamental para prevenção e tratamento do câncer no estado. Em 1970, o primeiro médico especializado em oncologia do RN, Dr. Aluísio Bezerra de Oliveira, passou a atuar na instituição, marcando um período de muitas mudanças positivas na Liga Contra o Câncer.

A necessidade de ampliar as ações na luta contra o câncer levou à criação, em 1941, do Serviço Nacional de Câncer, cujos objetivos eram organizar, orientar e controlar a doença no País, no mesmo período, até 1946, diversos movimentos sociais originaram a Liga Bahiana Contra o Câncer e a Associação Paulista de Combate ao Câncer, que organizaram e desenvolveram atividades de grande relevância para a assistência aos portadores de neoplasias.

Em 1947, a Liga Paranaense Contra o Câncer teve papel de destaque nesse processo e, junto a outras campanhas, também obteve recursos financeiros, posteriormente, a Associação Paulista de Combate ao Câncer investiu considerável montante na construção, em São Paulo, do Instituto Central, inaugurado em 1953, atual Hospital Antônio Cândido Camargo.

Na década de 1950, a atenção governamental enfocou a modernização dos cuidados médico sanitários e o uso de medicamentos e equipamentos hospitalares em toda área de saúde, como consequência, houve o crescimento da indústria químico-farmacêutica e modificações de grande relevância na política de saúde, em especial as do câncer, em consequência da complexidade do seu diagnóstico e tratamento.

Nos anos 1960 surgiram alguns movimentos políticos que apontavam para o início de um processo objetivando estabelecer o conceito público de bem-estar social no País, mas o golpe militar de 1964, com a edição do Ato Institucional nº 5, no mesmo ano, interrompeu este projeto, culminando por favorecer a instalação e o crescimento das empresas privadas na área da saúde, sem o devido controle por parte das autoridades governamentais militares no poder, fato que contribuiu para a ocorrência de irregularidades na rede privada, cujos hospitais e clínicas recebiam financiamento da Previdência Social e mantinham ênfase na medicina curativa.

No bojo dos acontecimentos e visando dinamizar as atividades de cunho oncológico, o Serviço Nacional de Câncer decidiu institucionalizar a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, o que se efetivou em 1967. A CNCC teve como objetivos básicos intensificar e

coordenar, no território brasileiro, as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas, atuando nas áreas de prevenção, diagnóstico, assistência médica, formação de técnicos especializados, ação social, reabilitação e pesquisas relacionadas com a neoplasia.

Procurava-se, assim, reduzir a incidência e o índice de mortalidade por câncer, todavia, apesar da amplitude e importância do programa, e da ênfase dada à questão, os resultados desta batalha foram significativamente reduzidos pela falta de recursos financeiros. Em 1975, o convênio firmado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS) teve como fruto a proposta, no âmbito da Previdência, da criação de um Programa de Controle ao Câncer (PCC), universalizando os procedimentos relacionados à doença e instituindo Comissões de Oncologia em nível local, regional e nacional, com vistas a integrar as ações de controle do câncer.

A acentuada situação de crise financeira na Previdência Social acabou por conduzir a uma nova tentativa de racionalizar a assistência no setor saúde, levada a efeito pela criação, em setembro de 1981, do CONASP, através do Decreto nº 86.329, priorizando as ações primárias, com enfoque na assistência ambulatorial e na integração das instituições federais, estaduais e municipais com vistas a um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, constituindo-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

Como já explicitado anteriormente, em 1988 é promulgada a Constituição e após alguns anos é institucionalizado o SUS, como uma política pública que vai de encontro com a implantação de políticas neoliberais no país. Uma tensão que permeia até os dias de hoje, tendo em vista que as políticas de ajuste fiscal visam minimizar a participação do Estado na economia e a redução dos gastos públicos, tendo, dessa forma, relação direta com o desmonte e o refinanciamentos das políticas de saúde.

No que se refere à atenção oncológica, a regulamentação efetiva, na época, não atendia ao princípio de integralidade preconizado pelo SUS, levando em conta que o tratamento era responsabilidade apenas de hospitais especializados.

Dessa forma, é possível afirmar que de acordo com os avanços alcançados, as questões conjunturais do período entre 1940 e 1990, tais como a expansão da lógica privatista, médico hospital acêntrica e de medicina liberal especialmente após o golpe militar de 1964, não favoreceram a organização do sistema de saúde de forma satisfatória para um eficiente controle do câncer no Brasil.

De acordo com Barreto (2005), com a institucionalização do SUS, durante a década de 1990 algumas ações e políticas foram desenvolvidas para a atenção oncológica, sendo possível destacar a criação da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e

Prevenção Primária Do Câncer (CONTAPP) em 1996, o Programa Controle do Câncer de Colo Uterino – Viva a Mulher, fundado também em 1996, a regulamentação das portarias de nº3.535 e nº. 3.536 em 1998, que apesar das contribuições para o acesso integral do tratamento, com as criações de critérios e a definição de parâmetros para o planejamento da assistência oncológica, ambas eram limitadas no que se refere ao fluxo assistencial, tendo em vista o isolamento dos serviços e a focalização dos mesmos de forma regional e o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica no Brasil – EXPANDE, também em 1998.

Com a chegada dos anos 2000, o INCA torna-se responsável por desenvolver ações, não mais regionais, e sim nacionais, de controle do câncer, se tornando a referência no Brasil para A prestação de serviços e nos tratamentos das neoplasias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Somente por meio da Portaria GM/MS nº. 2.439, de 2005, que se instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, a percepção da integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer foi melhor explicitada nas normativas do SUS, incluindo em seu conjunto de ações – além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – a promoção e a prevenção, buscando dessa forma, superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência.

A PNAO descreveu a necessidade de garantir o cuidado integral do usuário por intermédio de mecanismos de referência e contra referência que permitissem acessar todos os níveis de complexidade, de modo a obter assistência às demandas advindas tanto do processo de confirmação diagnóstica quanto do tratamento (MIGOWSKI et al., 2018, p. 248).

A Política Nacional de Atenção Oncológica se configura como uma das maiores conquistas no que se refere aos serviços oncológicos no país, de acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU), em seu Relatório de Auditoria Operacional de 2011, as principais ações permitidas pela PNAO foram o desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos fatores determinantes e condicionantes das neoplasias malignas mais prevalentes e orientadas para o desenvolvimento de ações que promovam a redução de danos e a proteção da vida, de forma a assegurar a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades.

A organização de uma linha de Cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção Especializada de média e alta complexidade, e de atendimento contemplados pela política (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). A Constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, com estabelecimento

de fluxos de referência e contra referência, de forma a garantir o acesso e atendimento integrais.

A definição de critérios técnicos adequados para o funcionamento e para a avaliação dos serviços públicos e privados que atuam na atenção Oncológica, assim como sistemática para sua monitoração. A ampliação da cobertura do Atendimento aos doentes de câncer, de forma a assegurar a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica.

O fomento, a coordenação e a execução de projetos de incorporação tecnológica, por meio de estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade da atenção oncológica no Brasil, o auxílio ao desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da política, de forma a permitir o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações. A promoção do intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, de forma a aperfeiçoar a produção de dados e a democratização das informações. A qualificação da Assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a Implantação da Política, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

A Fomento à formação e à especialização dos recursos humanos para atuação na rede de atenção oncológica. O incentivo à pesquisa sobre a atenção oncológica; de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (BRASIL, 2011, p. 18-19). Em 1979, foi adquirida a primeira bomba de cobalto, peça fundamental no tratamento radioterápico. O primeiro acelerador linear chegou apenas oito anos depois, após uma campanha intensa promovida junto ao empresariado potiguar e o Governo do Estado.

Diante da necessidade de se implantar um programa continuado de ensino e pesquisa que contribuísse para trazer avanços para o tratamento Oncológico no RN, em 1989 foi fundado o Departamento de Ensino, Pesquisa e Educação Comunitária, o DEPECOM. O sucesso da iniciativa foi tanto que virou uma unidade de negócios nova, o núcleo de Ensino e Pesquisa da Liga, destaque absoluto na área (LIGA, 2021). Em 2002 a Liga recebeu através de doação um dos maiores Hospitais que havia na cidade de Natal, a policlínica, que hoje é a principal sede do estado.

Uma das características mais importantes da Liga Contra o Câncer é o trabalho interdisciplinar, na tentativa de abarcar todas as necessidades advindas da doença, buscando garantir para além do tratamento, a sua prevenção, bem como também o processo de pesquisa e estudos na área.

Aliado à política, o INCA por meio do Ministério da Saúde, desenvolve em âmbito nacional, ações e programas importantíssimos até os dias de hoje, no tratamento oncológico, no que se pode destacar, conforme disponibilizado pelo portal da instituição: Programa Nacional De Controle do Tabagismo, orientando a população sobre os males do tabagismo em escolas, empresas etc. Programas de Qualidade em Mamografia, aprimorando as tecnologias para a detecção do câncer em estágio inicial. Programas de Qualidade em Radioterapia, estimulando a realização da radioterapia de forma mais eficaz e segura. Expansão da Assistência Oncológica, para estruturar a integralidade da assistência oncológica.

De acordo com as informações ofertadas pelo INCA (2021), no que se refere à incidência estimada do câncer no Brasil em 2020, analisa-se que entre as mulheres o câncer de mama, e o de cólon e reto foram os dois que mais aumentaram na taxa de novos casos, com respectivamente 29,7% e 9,2%. Porém, quando se olha a taxa de mortalidade, o câncer de mama permanece como primeiro com 16,4%, mas o segundo passa a ser o de traqueia, brônquios e pulmões com 11,4%, o de cólon e reto fica em terceiro com 9,4%. Já no caso dos homens, as neoplasias malignas que expandiram o número de novos casos foram câncer de próstata, e o de cólon e reto, consistindo em respectivamente 29,2% e 9,1%.

Com relação à taxa de mortalidade, traqueia, brônquios e pulmões se configuram pelo maior percentual 13,8%, enquanto o de próstata fica em segundo com 13,1%, e o de cólon e reto em terceiro com 8,4%. Com a análise desses dados coletados, é possível observar que houve um avanço significativo na expansão da Assistência Oncológica no país, mérito que pode ser dado ao SUS, juntamente aos seus defensores, na luta infindável pelos princípios preconizados institucionalmente.

Embora persistam as tensões relacionadas ao seu financiamento, a partir dessa política foi possível viabilizar o acesso de forma universal ao tratamento do câncer. O desafio que se coloca à frente é a integralização das intervenções de saúde, levando em consideração que o tratamento oncológico depende de uma conexão entre todos os níveis de atenção, se constituindo em uma rede de referência para os seus usuários, o que ocorre muitas vezes é que, com o pouco investimento que existe, não há muitas instituições de referência para o tratamento oncológico.

Os municípios ficam a depender de serviços ofertados federalmente nas capitais, causando uma enorme fila de espera para o atendimento e tratamento, sendo essa a causa muitas vezes de não ser possível uma cura, tendo em vista o estágio avançado da doença no qual o usuário se encontra ao acessar o serviço.

Aliado a isso, com o desmonte das políticas de saúde no contexto neoliberal, também não fica viabilizada a garantia da continuidade do tratamento fora dos hospitais, levando em consideração a fragilidade da rede. Outra questão a ser levantada diz respeito a ausência de um diagnóstico precoce, tendo em vista o não acesso a rede que inviabiliza a realização dos exames de prevenção e diagnóstico.

Se torna então necessário que haja profissionais concatenados com SUS institucional, que consigam promover discussões acerca das políticas e da sua importância para a sociedade. É e sempre será um grande desafio a luta pelos direitos dentro do contexto do desmonte atual, dito isso, o trabalho profissional do Serviço Social em Saúde é de suma importância na política de saúde e nos hospitais, elencando as possibilidades e os desafios.

## 2.2 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E AS DINÂMICAS DA INSERÇÃO FAMILIAR NO DECORRER DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A história do setor de oncologia nos hospitais é uma demonstração de progresso notável ao longo das décadas, enquanto avanços científicos e tecnológicos transformaram o diagnóstico e tratamento do câncer, é igualmente importante compreender como a inserção do assistente social na saúde evoluiu historicamente. Esse processo revela uma mudança fundamental na abordagem da saúde, que antes era exclusivamente centrada nos saberes médicos, repelindo os assistentes sociais.

De acordo com Bravo et al. (2007), a partir dos anos 1990, com a implementação da gestão descentralizada da saúde, há um aumento da contratação de profissionais do Serviço Social na área, nesse período, a demanda por esse profissional aumenta em virtude da utilidade social do mesmo para a assistência das questões cotidianas envolvendo situações relacionadas com a saúde dos indivíduos.

A questão social na realidade brasileira refere-se a um conjunto de problemas e desafios que têm origem nas desigualdades socioeconômicas, na exclusão social e na falta de acesso a direitos básicos por parte das parcelas econômicas da população, essa expressão é frequentemente usada para descrever as manifestações de pobreza, desemprego, falta de moradia adequada, acesso limitado à educação, saúde precária, violência urbana e outros problemas que sofreram diversos efeitos da sociedade.

O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para



tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

(BRAVO; MATOS, 2009, p. 199).

Pode-se frisar, assim, que o trabalho profissional no campo da saúde naquele período, materializava-se, majoritariamente, como um apetrecho do saber médico, onde desenvolvia-se atividades que pudessem acolitar esse padrão hegemônico, além de, evidentemente, beneficiar as classes burguesas, ao fazer com que os trabalhadores se submetessem às condições do patronato, havia também um caráter confessional proeminente, já que se obteria maior êxito por meio do acolhimento emocional e psicológico dos sujeitos que eram atendidos.

Atuando na proteção dos direitos humanos e sociais, o assistente social em hospitais trabalha seguindo a Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, art. 196, que diz 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”. Todos os pacientes e seus familiares são acompanhados pelo profissional tendo como base esse artigo.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática.

(BRAVO; MATOS, 2009, p. 201).

Portanto, a Bravo argumenta que a modernização conservadora no Brasil forçou uma reavaliação do Serviço Social, isso aconteceu porque o Estado e o grande capital buscaram controlar a classe trabalhadora e reprimir movimentos sociais, ao mesmo tempo em que surgiram novos desafios sociais que requeriam uma abordagem mais burocrática, o assistente social teve que se adaptar a esse contexto, repensando sua atuação para atender às novas demandas e, ao mesmo tempo, lidar com um ambiente mais repressivo em relação aos direitos sociais e políticos.

O câncer é uma doença devastadora que pode afetar fisicamente qualquer parte do corpo humano, inclusive os ossos e o próprio sangue é silencioso e possivelmente fatal se não for tratado da condição apropriada, seus impactos são observados não apenas para o portador da doença, como a todos que estão à sua volta. As chances de cura são boas se houver um diagnóstico e tratamento precoce, porém, na maioria das vezes, o usuário só

consegue iniciar seu tratamento num estágio muito avançado da doença, minimizando as chances de cura, cabe então a necessidade de ações que consigam dirimir o sofrimento físico, psicológico e social do usuário oncológico e seus familiares durante esse processo.

De um modo geral, tendo em vista as sistematizações existentes e o novo conceito de saúde que havia surgido, as atividades realizadas pela profissão se ampliaram, passando dessa forma a ver o indivíduo também como membro de uma família e de uma comunidade. O enfoque antes feito apenas no individual, começou a se desenvolver para a adoção de abordagens grupais com usuário e família, portanto, é possível afirmar que houve uma diversificação na relação entre o assistente social e o “cliente”, passando então a existir duas formas de orientação, a Diagnóstica e a Funcional.

O diagnóstico considerava o “cliente” portador de anomalia, utilizando uma abordagem diretiva na qual a avaliação é realizada considerando-se o alcance ou não das metas previstas pelo assistente social. A funcional tomava o cliente como possuindo uma vontade interior e não o caracterizava como doente, [...], na qual o resultado a ser alcançado 18 é a consecução das metas previstas pelo cliente, através de sua capacidade de auto direção.

(BRAVO, 2013, p. 99).

A abordagem de diagnóstico direta é mais prescritiva e orientada para metas estabelecidas pelo assistente social, enquanto a abordagem funcional enfatiza a autonomia e a capacidade do cliente de tomar decisões sobre sua própria vida, a escolha entre essas abordagens pode ter um impacto significativo na forma como o assistente social interage com o cliente, na avaliação do sucesso e na dinâmica do processo de assistência social, cada abordagem tem suas vantagens e desvantagens, e a escolha depende muitas vezes da filosofia de trabalho do assistente social e das necessidades específicas do cliente em questão.

O Serviço Social preconiza o atendimento dos usuários que demandam seus serviços, defendendo a efetivação do Sistema Único de Saúde e dos direitos sociais, no sentido de contribuir para a prevenção, recuperação e promoção das condições de saúde da população, a integração da profissão nas equipes de saúde multidisciplinares é uma prática importante no campo da assistência social e da saúde, visando proporcionar um atendimento mais abrangente e eficaz aos pacientes e usuários dos serviços, essa integração é fundamental para lidar com as complexidades das necessidades sociais e de saúde das pessoas.

Algumas maneiras de como essa integração pode ocorrer com equipes de saúde multidisciplinar é as reuniões de caso são um espaço em que profissionais de diferentes áreas se reúnem para discutir casos individuais e desenvolver planos de tratamento ou assistência, o serviço social pode trazer sua expertise em questões sociais, como moradia, seguro de saúde, assistência financeira, etc.

O tratamento médico muitas vezes causa estresse, ansiedade e preocupação nas famílias, o assistente social está bem posicionado para oferecer recursos para lidar com essas emoções, podendo encaminhar famílias a grupos de apoio ou serviços de saúde mental quando necessário, o serviço social precisa considerar a diversidade de dinâmicas familiares existentes, pois cada família possui sua estrutura, crenças, valores e recursos próprios, portanto, é essencial que os profissionais adotem uma abordagem individualizada, adaptando seu suporte às necessidades específicas de cada família.

E quando o médico especialista responsável pelo paciente indicar quais as melhores opções para o seu caso e dará início aos procedimentos, que podem envolver medicações orais, radioterapia, quimioterapia ou cirurgias, neste período, a presença de um acompanhante pode ser muito benéfica para o paciente e sucesso do seu tratamento, normalmente dentro das instituições, o serviço social faz parte da Unidade Psicossocial, e atende aos usuários internos e externos de forma individual ou grupal, prestando serviços de âmbito social, mediando relações institucionais em defesa do acesso igualitário e universal aos serviços de saúde e da efetivação dos direitos sociais dos usuários.

Promover a educação Inter profissional é fundamental para que os profissionais de saúde e assistentes sociais compreendam melhor o papel um do outro e saibam como colaborar de forma eficaz, isso pode incluir treinamentos conjuntos, workshops e programas educacionais para que o paciente não se sinta desacolhido pela equipe. A integração do Serviço Social com equipes de saúde multidisciplinares é essencial para garantir que as necessidades sociais dos pacientes sejam atendidas de forma adequada, contribuindo para uma abordagem mais holística e centrada no paciente na prestação de cuidados de saúde. Isso pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes e a eficácia dos tratamentos.

Devem ser consideradas as condições emocionais, socioeconômicas e culturais dos pacientes e de seus familiares, porque é nesse contexto que emerge a doença, e é com essa estrutura familiar que vão responder à situação de doença, bem como o tratamento. Existe então a necessidade que os profissionais que atuam na área oncológica voltem sua atenção também à família, considerando o sofrimento desta, em toda a sua complexidade.

(CARVALHO, 2007, p.97).

A família de um paciente com câncer requer uma atenção especial, dada a natureza crônica e grave da doença, as consequências da doença se estendem para além do paciente, afetando a estrutura familiar e exigindo uma reorganização para lidar com as necessidades diárias e os cuidados com o enfermo, além disso, os relacionamentos interpessoais podem ser afetados.

A abordagem holística, que considera o paciente como parte de um sistema maior, pode melhorar a qualidade do atendimento e ajudar as pessoas afetadas pelo câncer a enfrentar a doença de maneira mais eficaz e compassiva, para um tratamento oncológico completo, é necessário levar em conta não apenas a consulta e os procedimentos realizados, mas também uma alimentação equilibrada e atividade física, o acompanhante não está apenas para dar apoio emocional e um observador e fiscalizador dos cuidados recomendados, bem como um auxiliar na manutenção da autoestima do paciente, bem como a definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Em suma, a inserção da família durante o tratamento médico de um paciente é muitas vezes crucial para o bem-estar geral do paciente e pode desempenhar um papel importante no processo de recuperação, exemplos de algumas maneiras pelas quais a família pode ser envolvida e seu papel durante o tratamento médico como dando apoio emocional a família pode oferecer apoio emocional ao paciente, ajudando-o a lidar com o estresse e a ansiedade associados à doença e ao tratamento.

O conhecimento aliado ao amor, ao carinho no cuidado que o familiar dispensa ao paciente oncológico, contribui inclusive na prevenção da lesão por pressão nos casos onde o paciente se torna incapaz de realizar alguns movimentos, principalmente quando estes pacientes estão em seus domicílios. Os familiares necessitam serem ouvidos por toda a equipe de profissionais responsáveis pelo paciente, a fim de compreender as suas necessidades e o grau de dificuldade encontrado para a realização da continuidade do cuidado em domicílio.

(SANTOS, 2016, p.196)

O apoio emocional vai além de somente uma palavra ela pode ser expressada quando a família auxilia o paciente a se esforça para a realização de atividades diárias, como transporte para consultas médicas, administração de medicamentos em casa, auxílio na alimentação, entre outros aspectos práticos. Em muitos casos, os médicos envolvem o

acompanhante nas decisões de tratamento, especialmente quando o paciente não está em condições de tomar decisões sozinho, a família pode fornecer informações importantes sobre o histórico médico e as preferências do paciente, desempenhando um papel fundamental na educação do paciente sobre sua condição médica e tratamento.

No entanto, é importante notar que o nível de envolvimento da família pode variar dependendo da situação clínica e das preferências do paciente, em alguns casos, o paciente pode desejar mais independência, enquanto em outros, a participação da família pode ser mais intensa e necessária, portanto, a comunicação aberta e a colaboração entre a equipe de saúde, o paciente e a família são fundamentais para determinar o papel apropriado da família no tratamento médico. Os profissionais desempenham um papel essencial ao reconhecer as particularidades de cada família, fornece apoio emocional, facilitar a comunicação e conectar a família a recursos vitais, com seu envolvimento ativo, o assistente social contribui para uma experiência de tratamento mais compassiva e eficaz para todos os envolvidos.

Como já citado anteriormente o enfrentamento do câncer pode acarretar uma série de implicações em diversos níveis, incluindo o físico, emocional, afetivo, profissional e financeiro do paciente. Além disso, pode comprometer as relações familiares, gerando estresse, tensão e conflito, de maneira significativa, a doença altera o papel social do indivíduo doente e a dinâmica familiar, resultando em um grande impacto nas vidas do paciente e de sua família.

Muitas vezes, isso leva ao surgimento de sentimentos de desamparo, para entender as reações diante da doença, é crucial considerar a história de vida de cada paciente e de seus familiares, bem como os contextos socioeconômico e cultural em que vivem, isso se torna especialmente importante devido às demandas de assistência que surgem em decorrência da doença e do tratamento.

A doença muitas vezes está ligada a determinantes sociais relacionados às condições de vida, o que torna o enfrentamento do câncer diretamente relacionado aos contextos socioeconômico e cultural em que os pacientes e suas famílias vivem. Isso destaca a existência de desigualdades sociais que afetam a saúde das pessoas e tornam o enfrentamento de uma doença grave como o câncer ainda mais desafiador.

No Instituto Nacional do Câncer, DSS muitos pacientes chegam em estágios avançados da doença, o que limita as opções de tratamento curativo. Isso resulta na transferência para unidades de cuidados paliativos, um momento que traz desafios

significativos, incluindo a perda de vínculo com os profissionais que acompanhavam o paciente. Para a família, essa transição pode ser traumática, pois representa a compreensão dos limites do tratamento para o controle da doença e a possibilidade de perda do ente querido.

Nesse contexto, os cuidados ao paciente recaem sobre a família, especialmente na internação domiciliar, exigindo a identificação de cuidadores. No entanto, a família pode não estar preparada para enfrentar essa situação, pois não teve a oportunidade de participar diretamente do processo de tratamento do paciente. Portanto, a inclusão da família ao longo de todo o processo de assistência é fundamental não apenas para os cuidados necessários ao paciente, mas também para permitir a expressão e a escuta do seu sofrimento e aprender a lidar com a situação.

É essencial reconhecer a realidade de vida do paciente e de sua família, incluindo a organização familiar, a qualidade das relações, as limitações na compreensão da situação, o papel do paciente na família, o impacto nas atividades laborativas dos potenciais cuidadores e as condições habitacionais e de renda. Somente assim é possível direcionar a intervenção da equipe de saúde de maneira a atender às necessidades únicas de cada paciente e família, levando em consideração que a experiência da doença é singular para cada usuário e familiar, e reflete as demandas coletivas decorrentes de determinantes sociais, econômicos e culturais que criam condições de vida desfavoráveis para certos segmentos da população.

Portanto, é crucial que os pacientes e suas famílias sejam reconhecidos pelos profissionais de saúde como atores sociais ativos e participantes no processo de tratamento, respeitando suas dificuldades emocionais, sociais, econômicas e culturais que podem limitar sua capacidade de enfrentar o câncer. Isso requer uma abordagem interdisciplinar e coletiva que busque compreender e atender às necessidades únicas de cada usuário, com o foco na melhoria da qualidade da assistência oncológica.

O atendimento ao paciente com câncer é feito através de uma equipe multidisciplinar, onde se encontram médicos oncologistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outras categorias profissionais, mas, especificamente em oncologia, Mejía (2004) explicita que o assistente social é o profissional apto a, num primeiro momento, identificar a fonte e o grau de recursos e flexibilidades sociais e financeiras da família, e, num segundo momento, identificar quais recursos podem ser acionados na rede para dar o suporte necessário com vistas à garantia do seu acesso aos cuidados propostos.

É importante destacar que a política de saúde oncológica evoluiu significativamente nas últimas décadas, como já exposto anteriormente a compreensão da complexidade do câncer, que não envolve apenas tratamento médico, mas também aspectos emocionais, sociais e econômicos, levou a mudanças positivas. O enfoque na atenção integral ao paciente, considerando não apenas sua doença, mas também sua qualidade de vida e bem-estar emocional, é um avanço notável.

No entanto, existem desafios a serem superados, um deles é o acesso equitativo aos serviços oncológicos, em muitas regiões, o acesso a tratamentos oncológicos de alta qualidade ainda é limitado, o que cria disparidades significativas na assistência aos pacientes, a desigualdade social e econômica é um fator determinante nesse cenário, o que torna a política de saúde oncológica uma área que exige ações direcionadas para diminuir essas desigualdades.

## **CAPÍTULO 3: ITINERÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS HOSPITAIS ONCOLÓGICOS**

A busca por equidade no acesso aos serviços, o fortalecimento das equipes multidisciplinares, o investimento em pesquisa e o suporte às famílias são áreas cruciais que requerem atenção contínua principalmente quando está relacionada ao setor oncológico. O serviço social além de facilitar o acesso aos tratamentos, mantendo um olhar crítico quando relacionamos a necessidade de suporte às famílias dos pacientes, pois o câncer afeta não apenas o paciente, mas também seus entes queridos, e a política de saúde deve considerar os impactos emocionais e sociais na família.

### **3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

A presente monografia, como parte do trabalho de conclusão de curso, adota uma metodologia qualitativa para analisar a experiência de pacientes oncológicos e seus familiares diante de uma nova rotina, e compreender o papel do assistente social na oncologia é crucial para avançar no tratamento, e a política de saúde deve enfatizar essa colaboração, beneficiando tanto os pacientes quanto suas famílias.

Para embasar essa pesquisa, foram realizadas extensas revisões bibliográficas em livros, artigos, relatórios e documentos governamentais relacionados ao tema. Essa revisão foi essencial para obter um entendimento mais profundo da questão e fornecer informações verídicas. A pesquisa conduzida neste trabalho é de natureza bibliográfica, com já citado anteriormente com uma abordagem qualitativa que se baseia em princípios descritivos. Desse modo, entende que acerca da pesquisa bibliográfica como sendo:

[...] elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa. Na pesquisa bibliográfica, é importante que o pesquisador verifique a veracidade dos dados obtidos, observando as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar.

(PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 54).



O objetivo principal da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato direto com todo o material já publicado relacionado ao tema de estudo. Isso implica em uma revisão abrangente da literatura disponível para entender o contexto e as perspectivas existentes sobre o assunto, assim permitindo uma análise mais ampla de materiais, dentro da sua complexidade de arquivos a serem utilizados, enriquecendo assim o corpo da pesquisa facilitando assim a elaboração da dissertação.

O objeto de pesquisa é os acompanhantes e pacientes em tratamento oncológico acompanhado de pesquisas bibliográficas sobre os direitos do usuário no setor hospitalar especificamente na oncologia e a importância do serviço social trabalhando juntamente com a equipe multiprofissional para uma superação da realidade atual. Barros e Lehfeld (2007), complementam trazendo que nesse tipo de pesquisa não existe a interferência do pesquisador, este apenas descreve os fenômenos a partir de estudos e observações de materiais, descrevendo o objeto da pesquisa, como os seus fenômenos ocorrem, a natureza, as características dentre outros.

A coleta de dados foi feita no período de oito meses, de agosto de 2022, a junho de 2023, nesse período começamos a pesquisar sobre a temática e a coletar os materiais necessários, essa coleta foi feita em sites de revistas científicas/periódicos online como livros físicos de bibliográfica básica do Serviço Social.

Os autores centrais para a discussão foram: Célia da Silva Ulysses de Carvalho; Celso Furtado; Maria Inês Souza Bravo; José Paulo Neto; Marilda Yamamoto; Ivanete Boschetti sobre temática que se propôs estudar, baseando-se na teoria clássica marxista, construção teórica essa que construir no decorrer dos anos de curso e no período de estágio supervisionado, com cada leitura e reflexão crítica diante do cotidiano de aluna e estagiária.

As plataformas e sites utilizados para o levantamento das pesquisas bibliográficas foram: Google acadêmico, plataforma Scielo, revistas eletrônicas como: Serviço social e sociedade; Temporalis; trabalho, educação e saúde da Fiocruz; psicologia e sociedade; como também o banco de dados de monografias e dissertações de mestrado e doutorado da Capes, tendo como base sempre o paciente, o acompanhante e a rede de apoio.

O critério de seleção usado para classificar os artigos e capítulos que seriam usados foi captar aqueles que melhor conseguiriam contemplar a temática, ajudando a articular o tema geral com o tema específico ao qual me propus investigar a partir desse trabalho. Classificamos os artigos por temática (saúde oncológica, direitos do paciente oncológico, trabalho multiprofissional na oncologia, e Serviço Social), e por ano de divulgação e publicação do material, ou seja, construindo uma trajetória histórica até os dias atuais para

um melhor entendimento do tema e uma discussão com um valor empírico mas elevado, faz-se importante destacar que alguns materiais são textos clássicos, e livros que fazem parte da bibliografia básica do Serviço Social, ou seja, obras atemporais. Com essa classificação procurou-se por conteúdos que conseguissem transpassar de forma clara as alterações da saúde no Brasil principalmente na oncologia, e as elevações de direitos sociais conquistados.

Nesse contexto, é essencial buscar referências teóricas adicionais que aprofundem a compreensão dessas questões e orientem a formulação de ações voltadas para o atendimento dos direitos fundamentais dos pacientes oncológicos. Uma compreensão mais profunda é fundamental, pois as questões sociais desempenham um papel central na prática do assistente social e é fundamental que nossa intervenção esteja embasada em sólidos fundamentos teóricos.

### 3.2 A RESOLUÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA ONCOLOGIA

De acordo com o CFESS (2014), as atividades e habilidades profissionais no âmbito do serviço social são norteadas e orientadas pelos direitos e deveres estabelecidos no Código de Ética Profissional da categoria e na Lei de Regulamentação da profissão. Essas orientações éticas e legais são essenciais para guiar o trabalho dos assistentes sociais, garantindo que ele seja embasado em princípios de justiça social, igualdade e respeito pelos direitos humanos. Além disso, tanto os profissionais do campo quanto as instituições empregadoras que contratam assistentes sociais devem seguir essas diretrizes éticas e legais, assegurando a qualidade e a integridade dos serviços prestados à comunidade.

Nos espaços de atuação, os profissionais exercem suas funções e habilidades, respaldadas por lei, algumas destas tarefas são:

[...] estudos socioeconômicos; orientação social a indivíduos, grupos e famílias; assessorias, consultorias e supervisão técnica; formulação, gestão e avaliação de políticas, programas e projetos; mobilização social e práticas educativas; instruções sociais de processos, sentenças e decisões; formulação do projeto de trabalho profissional e pesquisa; magistério, direção e supervisão acadêmica, que não têm tido a necessária visibilidade na literatura profissional recente.

(IAMAMOTO, 2019, p. 51)

No decorrer de sua atuação, o/a assistente social depara-se com situações únicas vivenciadas pelos indivíduos, seus familiares e diferentes grupos populacionais, permeadas

por questões de classe, raça e gênero, o desafio consiste em contribuir para uma melhor qualidade de vida desses sujeitos. Isso exige habilidades teóricas e metodológicas para compreender a realidade e destacar as interações entre o indivíduo e o coletivo. Além disso, é essencial incluir a pesquisa e o conhecimento do estilo de vida, do trabalho e das expressões culturais dessas pessoas. Esses requisitos são imprescindíveis para um desempenho profissional eficiente.

Uma das etapas realizadas pelos assistentes sociais no atendimento aos pacientes oncológicos consiste em reverter a situação de submissão em que muitas vezes os familiares os colocam, quando impedem que eles decidam sobre o tratamento ou até mesmo escondem a doença, assumindo assim o controle da vida do indivíduo, é imprescindível que esse sujeito se mantenha engajado e consciente dos seus direitos enquanto cidadão portador de neoplasia.

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

(FARIAS, 2007, p.100).

Destacado o papel do assistente social na formação da identidade do paciente que está passando por um processo de cisão ao utilizar os serviços de saúde, enfatizando como o assistente social deve considerar o paciente como um ser político com direitos, além de uma pessoa com um corpo doente, também menciona a importância de analisar como as ações diárias do assistente social podem impactar a capacidade do indivíduo doente de exercer plenamente sua cidadania, referindo-se ao conceito de "suspensão do exercício pleno da cidadania", com uma ideia central que é refletir sobre como o assistente social lida com os pacientes que buscam seus serviços no contexto da saúde, visando proporcionar uma abordagem humanizada.

Quando relaciona o serviço social a uma abordagem humanizada, requer o entendimento de que o envolvimento dos indivíduos no processo de tomada de decisões que afetam suas vidas é fundamental. Isso é essencial para que os assistentes sociais possam compreender melhor as necessidades, desafios e aspirações das pessoas que buscam seus serviços. Ao ouvir suas vozes e considerar suas perspectivas, os assistentes sociais podem criar intervenções mais eficazes e personalizadas, contribuindo para uma

superação dos obstáculos que esses indivíduos enfrentam, de acordo com o CFESS (2010) são empregados os seguintes com conceitos como fundamentais para a atuação dos assistentes sociais na saúde, sendo elas a concepção de saúde, integralidade, intersetorialidade, participação social, interdisciplinaridade.

Além disso, o serviço social desempenha um papel crucial na promoção da igualdade, da justiça social e da inclusão, os assistentes sociais trabalham para garantir que todos tenham acesso equitativo aos recursos e serviços necessários para melhorar sua qualidade de vida, independentemente de sua origem, status socioeconômico ou outros fatores, isso contribui para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Além das atribuições mencionadas, os assistentes sociais que atuam no campo oncológico desempenham um papel fundamental na assistência a pacientes e familiares que enfrentam o diagnóstico e o tratamento do câncer, incluindo como suas responsabilidades conduzem avaliações socioeconômicas e psicossociais para compreender a situação dos pacientes, identificar barreiras financeiras e sociais e determinar as necessidades específicas de apoio, auxiliar os pacientes a acessar os recursos e serviços necessários para seu tratamento, como encaminhando para programas de assistência financeira, auxiliando na obtenção de medicamentos e aconselhando sobre os processos burocráticos.

Os assistentes sociais também fornecem apoio psicossocial aos pacientes e suas famílias, ajudando a lidar com o estresse, o medo e as preocupações emocionais relacionados ao câncer, atuando como defensores dos direitos dos pacientes, trabalhando para garantir que recebam tratamento adequado e que suas necessidades sejam atendidas, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida, desempenhando um papel importante em reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados oncológicos, garantindo que todos os pacientes tenham a oportunidade de receber tratamento de qualidade, independentemente de sua situação socioeconômica.

A Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993) menciona no artigo 4º as competências do assistente social. Ao abordar a atuação na equipe de cuidados paliativos, é relevante ressaltar algumas delas: elaborar, implementar e avaliar planos, programas e projetos dentro do âmbito do Serviço Social, com a participação da sociedade civil; orientar indivíduos e grupos na identificação e uso de recursos para atendimento e defesa de seus direitos; planejar, organizar e gerir benefícios e serviços sociais; conduzir pesquisas que contribuam para a análise da realidade social e apoiar a prática profissional; realizar estudos socioeconômicos, entre outras atividades.

Da mesma forma, o artigo 5º desta lei trata das incumbências exclusivas do assistente social: coordenar, planejar, executar e supervisionar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área do Serviço Social; planejar e gerenciar programas e projetos em Unidades de Serviço Social; fornece assessoria e consultoria em Serviço Social; realizar perícias, elaborar laudos e pareceres relacionados ao Serviço Social; ministrar disciplinas e funções específicas do curso de Serviço Social no ensino; supervisionar estagiários em Serviço Social; dirigir e coordenar cursos de Serviço Social, além de liderar serviços técnicos de Serviço Social, entre outras atribuições.

A partir da análise dos artigos 4º e 5º, percebe-se que eles trazem de forma específica informações sobre as competências do Serviço Social e suas atribuições exclusivas. No artigo 5º, há uma clara definição do que é exclusivo do Serviço Social e, portanto, não pode ser realizado por profissionais de outras áreas. Por exemplo, a elaboração de pareceres e laudos na área do Serviço Social é uma competência exclusiva dos assistentes sociais, sendo proibida sua prática por outras profissões.

Iamamoto (2012) contribui para a reflexão sobre competências e atribuições exclusivas, chamando a atenção para o fato de que o trabalho em equipe não impede nem compromete as características profissionais individuais, a ocupação possui características específicas nesse contexto socioocupacional, conforme orientado por Bravo e Matos (2006), na área da saúde, o propósito do Serviço Social é a identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que estão envolvidos no processo de saúde-doença.

Consequentemente, na equipe de cuidados paliativos, a profissão mobiliza recursos para enfrentar esses aspectos e defender os direitos sociais, essa direção é essencial para compreender, nesse contexto socioocupacional, a contribuição do assistente social na atuação profissional, mantendo suas responsabilidades exclusivas e habilidades necessárias, logo, no contexto do serviço social em oncologia, as atribuições vão além das funções gerais e incluem a assistência direta aos pacientes para enfrentar os desafios específicos associados ao diagnóstico e tratamento do câncer, isso contribui para um cuidado mais abrangente e humanizado no campo da saúde oncológica.

O assistente social desempenha um papel fundamental ao oferecer atendimento abrangente às necessidades dos pacientes oncológicos e seus familiares, considerando a totalidade do indivíduo, este profissional leva em conta os aspectos sociais que envolvem o paciente, com o objetivo de proporcionar um acompanhamento baseado na realidade em que se encontra, executando atividades destinadas a melhorar as condições de vida dos pacientes assistidos.

A atuação multidisciplinar é necessária devido à complexidade da doença, envolvendo uma variedade de profissionais em diferentes etapas do tratamento, o que facilita o processo de recuperação, atendendo às diversas necessidades dos pacientes, o objetivo da abordagem em equipe vai além da simples cura do paciente, visando também a melhoria da qualidade de vida, a redução da taxa de recidiva e a adaptação às sequelas da doença. Uma característica específica da intervenção do assistente social é a visão holística do usuário, enxergando não apenas um corpo biológico que receberá tratamento químico, mas uma pessoa cujas condições de vida serão afetadas, mesmo que temporariamente, e reconhecendo que essas mudanças podem ser desafiadoras.

Similarmente é importante notar que "não tratar" não implica na falta de cuidados ou no controle da dor e de outros sintomas do paciente, em determinadas situações, pode ser apropriado não oferecer tratamentos específicos, como quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, modificando a abordagem da equipe multiprofissional, isso é uma decisão sensível, mas os profissionais a tomam com responsabilidade, esgotando todas as possibilidades de recuperação das condições do paciente, desse maneira, em certos casos, a melhor opção é contraindicar o tratamento, pois forçá-lo poderia prejudicar o paciente, colocando-o em risco e diminuindo sua expectativa de vida devido aos riscos associados aos tratamentos oncológicos existentes, a concepção de saúde trazida pelo documento do CFESS é:

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

(CFESS, 2010, p.19)

Para analisar e debater os aspectos relacionados às populações vulneráveis no contexto do paciente oncológico em cuidado paliativo, é essencial compreender a importância do adequado suporte familiar, já que a família é considerada um núcleo primordial das práticas que influenciam a esfera de reprodução social, é necessário identificar os fatores que tornam uma pessoa ou população vulnerável, ou seja, em uma condição de vulnerabilidade intensificada, necessitando de medidas especiais de proteção, como é o caso de muitos pacientes e suas famílias induzidos em programas de cuidados paliativos, porém em um estado de abandono com perda total de laços sociais, incerteza em relação ao futuro, inacessibilidade aos serviços, óbito de pessoas destituídas, invisibilidade social e muito distante de uma vida e de um fim dignos.

Além das resoluções do conjunto CFESS/CRESS, protagonizaram a construção dos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, importante instrumento para qualificar a atuação da categoria no campo da saúde, sabe-se que os assistentes sociais têm que basear as suas ações a partir da realidade dos sujeitos que passam pelo seu atendimento, na publicação do CFESS (2010) é trazida uma citação de Miotto (2006) sobre como se caracteriza a ação profissional “se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas”.

Como um profissional de saúde, o assistente social possui habilidades para intervir nos aspectos socioculturais que influenciam a melhora da qualidade de vida de indivíduos em cuidados paliativos oncológicos, a organização sistemática das experiências vivenciadas no dia a dia dos serviços é tão crucial quanto o planejamento das atividades relacionadas às responsabilidades e aptidões profissionais, por ser um dos principais instrumentos de avaliação do trabalho e compor uma abordagem prática capaz de organizar os processos de trabalho em conjunto com outras áreas.

O papel do profissional no acompanhamento dos pacientes envolve a avaliação do contexto social, fornecimento de orientações sobre o tratamento da doença e implementação de ações educativas, contribuindo para um trabalho significativo no âmbito do suporte aos pacientes, especialmente àqueles que enfrentam impactos e mudanças na rotina de vida, o trabalho passa a ser ainda mais complexo quando o tratamento não permite mais chances de regressão da doença, demandando o tratamento paliativo exclusivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerra-se este trabalho, sem a intenção de encerrar a discussão, sobre a relevância da rede de apoio para a eficácia do tratamento. A sociedade é o resultado de inúmeras transformações ao longo dos anos, um processo contínuo que persistirá, como resultado, o serviço social é intrínseco à sociedade, constantemente se reinventando. Trata-se de uma profissão dinâmica com o propósito de intervir na realidade cotidiana, por meio de uma análise crítica, com o objetivo de possibilitar ações que promovam a emancipação humana.

O assistente social, como profissional da área de saúde, lida com as diversas expressões sociais, sendo que na área da saúde oncológica, estas expressões estão relacionadas a aspectos como dor, sofrimento, o sentimento de iminência de morte/perda, bem como dificuldades financeiras, exclusão do mercado de trabalho e a convivência consigo mesmo, familiares e a opinião que a sociedade impõe após o diagnóstico de uma doença como o câncer, a abordagem abrangente é essencial para promover a resiliência e a qualidade de vida durante o enfrentamento do câncer.

Em síntese, a análise da saúde oncológica sob a perspectiva do serviço social revela um panorama complexo e desafiador, onde a importância da rede de apoio emerge como fator crucial para a eficácia e prestimosidade do tratamento, ao longo desta investigação, exploramos as intrincadas dimensões físicas, emocionais, sociais e econômicas enfrentadas por pacientes e suas famílias diante do diagnóstico de câncer. Inicialmente, analisaremos a conquista e retrocessos até chegarmos a história da doença no Brasil, examinando as ações e políticas voltadas para o combate de enfermidades no contexto histórico.

Em seguida, destacaremos o câncer e a inserção do serviço social nessa área, é importante lembrar os momentos em que a doença era desconhecida, passando pelas primeiras descobertas, congressos sobre o assunto e os primeiros métodos de tentativa de cura. Chegaremos ao momento em que o câncer se torna um problema de saúde pública, abordando a política mais recente, conhecida como Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), também analisaremos as Ligas de combate ao câncer que surgiram no Brasil.

A rede de apoio, entendida como um entrelaçado de suportes profissionais, familiares e sociais, destaca-se como um alicerce fundamental para a jornada do paciente oncológico, o papel do assistente social nesse contexto é essencial, não apenas na mitigação de desafios práticos, mas também na promoção de bem-estar emocional e na defesa dos direitos individuais no cenário sociocultural.



Explorando a questão de enfrentar a doença, tanto pelos doentes quanto por suas famílias, o câncer é uma doença que traz incerteza, medo de morrer, recidiva, medo da queda de cabelo, dor, preconceito consigo mesmo, rejeição familiar e isolamento social. Isso ocorre porque receber o diagnóstico positivo da doença é uma situação que mexe com a existência, trazendo implicações físicas, sociais, sexuais e psicológicas, essas situações são destacadas em várias publicações sobre o assunto, que foram analisadas.

Próximo ao terceiro momento, aborda-se o serviço social atuando na oncologia, trazendo um breve histórico sobre a inserção do assistente social nos espaços de saúde, passando pelo acontecimento da 8ª CNS, o advento do SUS, a intenção de ruptura, chegando aos desafios postos à profissão, destacando a oncologia. A dinâmica de trabalho nessa área realiza-se por processo de cooperação, pelo qual o usuário não apenas se beneficia do efeito final do trabalho, dos insumos ou dos medicamentos aos quais tem acesso.

Faz-se importante destaca a participação ativa do usuário (paciente) no processo de trabalho em saúde, especialmente no contexto de cuidados oncológicos, ressaltar que o usuário não é apenas um receptor passivo de serviços médicos, mas desempenha um papel ativo ao fornecer informações cruciais para a definição do diagnóstico e colaborar na execução do plano terapêutico.

A frase de Farias (2007) "A ação do profissional incide sobre o processo saúde-doença, e não sobre coisas" destaca a natureza do trabalho em saúde como centrada nas relações e dinâmicas que influenciam o estado de saúde das pessoas, ao invés de simples objetos ou procedimentos isolados. Isso implica que a atuação do profissional, como o assistente social mencionado no contexto, está mais voltada para compreender e intervir nas complexas interações que afetam a saúde, levando em consideração aspectos sociais, emocionais e culturais.

Enfatiza que o que é consumido no processo de cuidado não são apenas procedimentos ou ações isoladas, mas sim o efeito presumido dessas ações na promoção da saúde ou tratamento da doença. A imprevisibilidade dos resultados surge da complexidade e singularidade de cada situação de saúde, que envolve variáveis individuais, sociais e biológicas. Essa compreensão destaca a importância de abordagens flexíveis e adaptáveis no campo da saúde, reconhecendo a diversidade de respostas e necessidades dos usuários.

No trabalho com a família procura-se a conscientização dos direitos sociais, da importância do tratamento, da prevenção, do diagnóstico precoce, buscando também junto à equipe multiprofissional o apoio social às famílias, para que todas as fases percorridas

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

Segundo Farias (2007) o assistente social interfere nas questões sociais do paciente e de seus familiares. É incumbência desse profissional promover uma ação educativa com o objetivo de instigar uma reflexão, a fim de possibilitar uma participação ativa no processo de tratamento do câncer, além de prevenir e detectar precocemente essa doença maligna.

Foi possível identificar e analisar as demandas feitas pelos pacientes e suas famílias às assistentes sociais que atuam na oncologia, aguardando do profissional questionamentos, reflexões, análises e discussões, surgidas nessa monografia, a fim de surgirem temas de reflexão para repensar a prática e encontrar alternativas para continuarem fazendo o que já existe de positivo e buscar melhorias para as deficiências do cotidiano desse profissional diante das demandas apresentadas. Com base no prazo estabelecido para a conclusão deste estudo, tornou-se possível realizar uma pesquisa documental/bibliográfica.

A abordagem crítico-analítica adotada ao longo deste estudo permitiu desvelar não apenas os aspectos dos obstáculos enfrentados, mas também a resiliência e a capacidade transformadora da rede de apoio. A análise ética e política aplicada pelo assistente social, ao considerar as limitações e obstáculos cotidianos, ressalta a importância de uma prática profissional comprometida com valores que transcendem o âmbito clínico.

Em última análise, a conclusão a que chegamos é que a saúde oncológica não pode ser adequadamente compreendida e abordada sem uma apreciação profunda da relevância da rede de apoio, pois para a prestimosidade do tratamento não se limita apenas à esfera médica, mas está intrinsecamente ligada à qualidade do suporte social proporcionado. Dessa forma, o serviço social, ao desempenhar um papel ativo na construção e fortalecimento dessa rede, contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida e a promoção da resiliência nos indivíduos afetados pelo câncer.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2005. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/historia\\_inca.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/historia_inca.pdf)

BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. (Orgs.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.29-60

BAPTISTA TWF. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público* 1998; 49:101-22.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócios históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza.; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf)

BRAVO, Maria Inês Souza.; MENEZES, Juliana Souza Bravo. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Lei n. 8.662, de 13 de março, 1993. Dispõe sobre o Código de Ética do assistente social. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, DF.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 54, n. 1, p. 87-97. 2007. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v01/pdf/revisao\\_7\\_pag\\_97a102.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf)

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

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

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

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma Agenda Para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

SCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

FARIAS. T. S. D. O Cotidiano do (a) Assistente Social frente às Demandas Apresentadas pela Paciente Portadora do Câncer de Mama em Tratamento no Hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN. 2007.

FREITAS R. C. S, BRAGA C. D, BARROS N. V. Famílias e Serviço Social: Algumas Reflexões para o Debate. In: DUARTE, M. J. O; ALENCAR, M. M. T. Família e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas. Rio de Janeiro. Lumen Juris Editora. 2011.

FURTADO, Celso. O longo amanhecer: ensaios sobre a formação do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1999.

IAMAMOTO, Marilda. A questão social no capitalismo. Temporalis, Brasília, n.3, 2001.

IAMAMOTO, Marilda. Estado, Classes Trabalhadoras e Política Social no Brasil. In: BOSCHETTI, Ivanete.; et al. Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: CFESS. Atribuições privativas do/a assistente social em questão. 1. ed. ampliada. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>.

LIMA, NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Manuel

Suárez J, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 27-58.

MEJÍA, A. M. P. Proposta de Intervenção do serviço social em cuidados paliativos em oncologia pediátrica. 2004. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Serviço Social em Oncologia) - Coordenação de Ensino e Divulgação Científica, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2004.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: Uma Análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p