O CÂNCER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: reflexões sobre a intervenção do assistente social na Oncologia

Bruna Barbosa Araújo[1]

Lyvia Geovanni Melo Santos[2]

Marlene Corrêa Torreão[3]

RESUMO: Discute-se o trabalho do assistente social, buscando levantar questões sobre as especificidades dessa intervenção na oncologia. Aborda-se o trabalho profissional, compreendendo que sua ação se materializa nas manifestações da questão social, tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais em que as determinações da saúde, comparece como uma expressão. A metodologia adotada foi embasada na pesquisa bibliográfica, documental e na observação participante estabelecida pelas pesquisadoras, por intermédio do Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Oncologia, no Hospital de Câncer do Maranhão. Como resultados percebe-se que o trabalho profissional no hospital tende a ser desenvolvido centralmente visando o atendimento as demandas assistenciais dos usuários e de suas famílias.

Palavras-chave: Saúde Pública, Câncer, Questão Social, Prática Profissional

ABSTRACT: The work of the social worker is discussed, seeking to raise questions about the specifics of this intervention in oncology. Professional work is approached, understanding that its action is materialized in the manifestations of the social issue, as expressed in the lives of social individuals in which health determinations appear as an expression. The adopted methodology was based on bibliographic and documental research and on participant observation of the relationship established by the researchers, through the State Program of Multiprofessional Residency in Oncology, at the Cancer Hospital of Maranhão. As a result, it can be seen that the professional work in the hospital tends to be developed centrally, aiming to meet the care demands of users and their families.

Keywords: Public Health, Cancer, Social Issue, Professional Practice

[1] Assistente Social. Especialista em Atenção à Oncologia. Mestranda do Programa de Políticas Públicas da UFMA. Email: araujo_as@hotmail.com.
[2] Assistente Social. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Especialista em Atenção à Oncologia. Email: lyvia.geovanni@hotmail.com
[3] Assistente Social. Especialista em Psicologia Hospitalar. Doutoranda do Programa de Políticas Públicas da UFMA. Foi Tutora do Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Oncologia do Maranhão. Email: marlenetorreao@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

O artigo discute sobre a atuação do Assistente Social na linha de cuidado em oncologia, com o intuito de refletir sobre os aspectos fundamentais da intervenção profissional, levando em consideração as principais demandas, requisições e desafios, diante da problemática da questão oncológica.

Esta análise foi desenvolvida a partir da inserção das pesquisadoras por intermédio do Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Oncologia, no Hospital de Câncer do Maranhão, no período de 2018 a 2020. Desenvolveu-se o interesse pela realização da pesquisa, a partir do contato com o objeto pesquisado e da inquietação diante do déficit de pesquisas e produções científicas relacionadas a esta temática, frente a crescente absorção de profissionais de Serviço Social nas unidades de referência oncológica.

A metodologia adotada, foi embasada na realização de pesquisa bibliográfica, de pesquisa documental do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), bem como, da realização da observação participante, a partir da inserção por um período de dois anos no Programa de Estadual de Residência Multiprofissional em Oncologia. Como objetivo desse estudo, buscou-se analisar a especificidade do trabalho do Assistente Social na oncologia, elucidando as principais atribuições requisitadas ao profissional.

Buscou-se analisar o câncer enquanto uma questão de saúde pública que se desenvolve a partir de aspectos associados as expressões da Questão Social refletida nos índices de pobreza, desigualdades sociais e aspectos regionais que vão impactar diretamente no processo de saúde-doença e na requisição do trabalho profissional do assistente social.

2 DETERMINANTES SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER

A realidade situacional do câncer nas últimas décadas ganhou uma dimensão mais ampla, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda (INCA, 2011).

Atualmente, o câncer já representa a segunda maior causa de morte no Brasil. Dados do Instituto Nacional de Câncer (2009), apontam que o câncer é o principal problema de saúde e já está, entre as quatro principais causas de morte prematura na população, em pessoas com menos de 70 anos na maioria dos países. Fatores associados ao desenvolvimento humano, modos de vida, condições socioeconômicas, índices educacionais, saneamento básico, relações trabalhistas e sociais, possuem influência direta no desenvolvimento de doenças crônicas como o câncer.

É possível verificar uma transição entre os principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento e um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros) (INCA, 2020, apud BRAY et al., 2018). Ainda segundo esse estudo[4],

> a mais recente estimativa mundial, ano 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões

[4] Ver mais em: Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Epub 2018 Sep 12.

> excluindo os cânceres de pele não melanoma). O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). A incidência em homens (9,5 milhões) representa 53% dos casos novos, sendo um pouco maior nas mulheres, com 8,6 milhões (47%) de casos novos. Os tipos de câncer mais frequentes nos homens foram o câncer de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%). Nas mulheres, as maiores incidências foram câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%) (INCA, 2020, p.20, apud BRAY et al., 2018)

A associação entre câncer e o Índice de Desenvolvimento Humano[5] – IDH é apontado como fator determinante nas alterações tipológicas e desenvolvimento da doença a partir de regiões ou países de acordo com suas especificidades socioeconômicas. É observado que em países com maior Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, as taxas de incidência foram de duas a três vezes maiores, que as dos países de médio ou baixo IDH. De acordo com Bray (2018):

> Em homens, os cânceres de pulmão e próstata apresentaram as maiores taxas, independente do IDH. Em países de médio e baixo IDH, a maior incidência é o de cólon e reto, e nos países com alto IDH e o de lábio/cavidade oral nos países de médio e baixo IDH. Já nas mulheres, as taxas de câncer de mama predominam independentemente do IDH. O câncer de cólon e reto apresenta as maiores taxas nos países com alto IDH; enquanto, nos países com baixo e médio IDH, o câncer mais incidente é o câncer do colo do útero (BRAY et al., 2018).

Dados do INCA para o Brasil, apontam uma estimativa para o triênio 2020-2022 de 625 mil casos novos de câncer – 450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma. O câncer de pele – não melanoma aparece como o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). Há cálculo global de 260, corrigido para o sub-registro, apontando a ocorrência de 685 mil casos novos (INCA, 2020).

Outro aspecto importante sobre esta análise, são as subnotificações em países subdesenvolvidos, ou em desenvolvimento, como o Brasil, acarretando impactos

[5] O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH é um indicador comparativo usado para estudar os países desenvolvidos, com elevado desenvolvimento humano; em desenvolvimento, que apresenta desenvolvimento humano médio; e subdesenvolvidos, cujo desenvolvimento humano baixo. O cálculo do IDH é composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto (PIB) per capita (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2012).

sobre as pesquisas sobre a incidência do câncer e a prevalência de especificidades nas regiões, uma vez que há dificuldades que podem dificultar ou mascarar os registros sobre os casos de câncer em determinadas regiões, como o exemplo da região norte, onde há dificuldades específicas como a situação das populações ribeirinhas, indígenas, afastadas dos grandes centros, bem como na região nordeste onde há centralização de populações, quilombolas e indígenas distantes das sedes municipais onde concentra-se os serviço de saúde.

Estas particularidades se estendem, considerando a prevalência de determinadas tipologias de canceres como: pulmão, cavidade oral e esôfago nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, consideradas áreas industrializadas e com maior prevalência de tabagismo (INCA, 2004), em contraste, com a predominância nas regiões norte e nordeste, de outros tipos de canceres associados a doenças infecciosas como HPV e Hepatites, que podem ocasionar o câncer de colo de útero e fígado, respectivamente.

O Estado do Maranhão é considerado o líder mundial de câncer de pênis[6], com o maior índice de casos no Brasil, isto se deve aos determinantes de ordem socioeconômica, educacional, e em relação, a questão de hábitos e cuidados com a higiene íntima.

A Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (2008) aponta que as condições socioeconômicas, ambientais e culturais de uma sociedade, geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais diversas, as quais por sua vez, provocam diferenciais na saúde.

Os determinantes sociais da saúde são considerados aspectos importantíssimos no desencadeamento e tratamento de doenças em suas várias dimensões. Em outras palavras, a “distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos” (BRASIL, 2008).

[6] Estudo do hospital da Rede Ebserh. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/noticias/-/asset_publisher/IWOL3KQUThwm/content/id/3182690/2018-06-maranhao-e-lider-mundial-de-cancer-de-penis-aponta-estudo-do-hospital-da-rede-ebserh

Tais características evidenciam que os fatores sociais e econômicos possuem relação direta com câncer, com impactos tangíveis sobre sua manifestação e desenvolvimento, e com reflexo na qualidade e continuidade do tratamento, o que manifesta a importância sobre a discussão da Questão Social e do desenvolvimento social, como pressupostos importantes para a política de saúde.

A Questão Social é uma categoria que compreende o conjunto de desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturas, refletindo diretamente na vida dos sujeitos inseridos no modo de produção capitalista. As expressões da Questão Social se revelam através do desemprego estrutural, precariedade no trabalho, fome, analfabetismo, miséria, dentre outras, que se encontram no bojo do processo de desigualdade ocasionada pelo sistema capitalista. Para Iamamoto (2001), a Questão Social é entendida a partir do:

> [...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado que tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (IAMAMOTO, 2001, p. 16)

As expressões da Questão Social vão afetar diretamente as condições materiais de vida, bem como, as condições de acesso aos serviços públicos. Conforme apontam Leal & Xavier (2014), os componentes estruturais da sociedade, como condicionantes do processo saúde-doença, são importantes elementos na forma como a sociedade acessa o trabalho, a alimentação, o sistema sanitário (água e esgoto), educação, moradia entre outros. (LEAL & XAVIER, 2014)

Desse modo, com o avanço do capital, a Questão Social assume novas roupagens em decorrência dos processos históricos que a redimensionam, aprofundando suas contradições. As mudanças radicais nas relações entre Estado e sociedade civil, orientadas pela política de ajuste fiscal, recomendada pelos organismos internacionais, vão atingir a economia, a política e as formas de sociabilidade (CFESS, 2010). Isso traz impactos importantes para as políticas públicas, na perspectiva de desmonte de direitos sociais, privatização e sucateamento dos serviços públicos como SUS.

Dessa forma, situa-se a Questão Social como objeto de intervenção dos assistentes sociais, cuja base de fundamentação, como afirma Iamamoto (2000, p. 62) se manifesta nas suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta pela terra etc. Essas expressões da Questão Social são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional.

Também, nessa direção, Yazbeck (1999, p. 91) afirma que a Questão Social "é a matéria – prima e a justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e na construção/atribuição da identidade da profissão".

Compreende-se, portanto, que o desvelamento das condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da Questão Social em seu desempenho profissional (IAMAMOTO, 2002).

Tais elementos vão substanciar o arcabouço interventivo do Assistente Social, enquanto profissional da saúde, que de modo específico compõe a equipe de Assistência Oncológica, responsável pela materialidade às respostas das demandas sociais dos pacientes na rede de saúde.

3. O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DE CANCER DO MARANHÃO: principais demandas e requisições profissionais

Para situar a interlocução sobre a intervenção profissional do assistente social na oncologia, embasa-se na afirmação de Yazbek (2009) que explicita que o Serviço Social tem uma atuação dialética diante das demandas e das necessidades dos usuários, produzindo resultados consolidados nas condições sociais, materiais, políticas e culturais na vida da população com a qual trabalha, através da viabilização de recursos e bens, na perspectiva de garantia de direitos.

Desse modo, a atuação do assistente social na política de saúde, sobretudo na oncologia, é objetivada pela apropriação das demandas postas pelos usuários, seus familiares, e outros profissionais, cuja ação está voltada para análise social,

investigação, encaminhamentos diversos e articulações para dar respostas aos processos demandados à profissão, e que, muitas vezes, mostram-se desafiadores, tendo em vista as barreiras institucionais, políticas-estruturais que circundam a vida dos usuários nas mais diversas expressões da Questão Social.

É neste quadro, que o Serviço Social vai desenvolver sua atuação profissional, observando as alternativas que deve percorrer, as articulações que são necessárias, dentro das condições efetivas de infraestrutura que lhe são oferecidas e dos limites impostos pela precarização que atinge as condições do seu trabalho.

O Serviço Social do Hospital de Câncer do Maranhão, realiza suas atividades nos seguintes setores: Serviço de Pronto Atendimento – SPA, Oncologia I – Hematologia, Oncologia II e Cuidados Paliativos, nas Clínicas Cirúrgicas, Salão de Quimioterapia, Ambulatório e Unidades de Terapia Intensiva I e II.

O profissional tem sido requisitado a viabilizar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, a assistência integral aos pacientes com câncer**,** com base em uma atuação na perspectiva do direito e na "viabilização de condições que fomentem a promoção da saúde e o acesso aos serviços, o que se torna matéria prima do exercício profissional na saúde, implicando no fortalecimento de uma saúde pública universal" (COSTA, 2009).

Como especificado pelos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2010), um dos eixos de atuação, é o atendimento direito aos usuários, possibilitando reconhecer a pluralidade que cercam os pacientes oncológicos, com respeito à diversidade sexual, religiosa e étnica.

Quanto a diversidade ética, destaca-se o atendimento à população indígena, que segundo dados do IBGE até o ano de 2019, havia 22 terras indígenas no Maranhão, composta de variadas etnias.

Esse atendimento exige uma atenção redobrada do Serviço Social, devido a necessidade de comunicação efetiva, das requisições para manifestações de rituais religiosos, sobretudo nos casos de óbitos, onde há realização de cultos específicos, que vão requerer do assistente social um acompanhamento direto e interlocução junto a equipe multiprofissional, as coordenações dos setores e direção da unidade, para assegurar que seja garantida a liberdade religiosa e as manifestações culturais, sem

discriminação, assim como manter o contato direto com as instituições de acompanhamento e proteção aos povos indígenas no Maranhão, como a Casa do Índio.

Outrossim, os atendimentos direcionados aos acompanhantes/familiares, deve preconizar pelo respeito à diversidade, estendendo-se também, no âmbito das mais diferenciadas composições familiares, visando o levantamento de questões como: conflitos familiares, negligências, sinais de violência, ou situações que de alguma forma reflitam na condição de saúde ou tratamento do paciente, buscando dialogar sobre a rede de apoio familiar e quais os limites encontrados nesse processo de acompanhamento, considerando que o tratamento oncológico exige uma reorganização da dinâmica familiar para incorporar as atividades cotidianas do hospital.

Nessa leitura, é possível identificar questões socioeconômicas importantes como renda e moradia, sobretudo no que concerne à manutenção financeira da família que muitas vezes é garantida unicamente por um membro da família, em geral o acompanhante – que pode também ser a única pessoa responsável pelo paciente. A provisão econômica, também pode ser do próprio paciente que, em decorrência do tratamento, acaba se afastando da atividade laboral.

Nestes casos, quando da identificação de vínculo empregatício pelo usuário, é possível evoluir para orientação acerca do acesso à benefícios previdenciários, mas que são extremamente demorados, devido a atual precarização dos serviços do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), atrelado as recorrentes negativas de acesso, em virtude do desmonte que a política pública de previdência social vem atravessando nas últimas décadas. Entretanto, o mais comum, são pacientes sem vínculo empregatício, em condições de trabalho informal e sem garantias trabalhistas.

Um aspecto importante, dada a realidade maranhense, é o grande número de pacientes procedentes do interior do estado, na maioria lavradores e pescadores que em muitos casos, não possuem comprovações sobre essas atividades, ou não são sindicalizados, o que reflete nas barreiras para o acesso ao Regime Geral da previdência social.

Essas dificuldades, são acentuadas pela fragilidade no acompanhamento e encaminhamento desses pacientes procedentes do interior do estado, pelas secretarias de saúde municipais, referentes ao Tratamento Fora de Domicilio – TFD[7], benefício que têm sido, muitas vezes inviabilizado, o que impacta diretamente no tratamento desses pacientes, tendo em vista que, em muitos casos, eles conseguem se deslocar até a capital para a realização de consultas e procedimentos cirúrgicos, mas não conseguem dá continuidade, as linhas de tratamento.

Diante disto, nota-se como uma das principais rotinas e requisições presentes na atuação do assistente social no hospital, as demandas por serviços socioassistenciais junto aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e órgãos de defesa de direitos como os Conselhos, Defensorias Públicas; Promotorias, Casas Institucionais, Casa do Índio, Instituto de Identificação, INSS, Fóruns, Cartórios e outras Unidades de Saúde.

Entre os serviços, o mais requisitado pelos usuários e familiares, tem sido a orientação para viabilizar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC[8], para aqueles pacientes que não possuem vínculo empregatício e que não se enquadram na qualidade de segurado[9]. Este benefício possui caráter assistencial, mas vem sendo ameaçado constantemente, com perspectiva de cortes e redução,

[7]O Tratamento Fora de Domicílio (TFD), instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica às unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/index.php/campanhas-institucionais/29-centros-de-apoio/saude/paginasestaticas/11964-tratamento-fora-do-domicilio-tfd

[8] O Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.742 de 1993 (LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social). Os pacientes com câncer, assim como outras morbidades previstas em lei, possuem o direito ao benefício. Todavia, somente se estiver elegível em critérios de renda, idade ou se incapacitado para o trabalho. Disponível em: https://revista.abrale.org.br/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc/

[9] Qualidade de **segurado** é a condição atribuída a todo cidadão filiado ao INSS que possua uma inscrição e faça pagamentos mensais a título de Previdência Social. Disponível em: https://www.inss.gov.br/orientacoes/qualidade-de-segurado/

proveniente da lógica de ajuste fiscal do Estado através da redução com as políticas públicas de corte social.

O levantamento dessas demandas, é realizada pelo atendimento social através entrevista social, importante instrumento técnico da ação profissional, que consiste na análise do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica como habitação, trabalhista e previdenciária (CFESS, 2010).

Além dos encaminhamentos institucionais e das análises referente ao contexto de vida dos usuários, o Serviço Social desenvolve ações de cunho socioeducativo, que tem se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social (CFESS, 2010). Elas devem ter como intencionalidade a dimensão da construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializando-os para elaboração de estratégias coletivas (CFESS, 2010).

Essas ações são marcadas principalmente por campanhas de prevenção, combate e controle do Câncer, assim como na realização de palestras e oficinas nas salas de espera, com vistas a socialização de informações sobre os direitos previdenciários, socioassistenciais, sobre as configurações do TFD, dentre outras temáticas e, ainda, desenvolver atividades em grupos e redes de apoio ao paciente com câncer.

Na perspectiva educativa, o Serviço Social também atua nas campanhas de captação de sangue, atividades realizadas principalmente nas Clínicas Cirúrgicas e na Clínica Oncológica I, que atendem pacientes com câncer hematológico – Leucemias, Linfomas e Mielomas – um trabalho de sensibilização quanto à necessidade das doações e reposições das bolsas de sangue, devido o déficit dos bancos de sangue da unidade, que possui o uso elevado e grande demanda de pacientes do interior de estado que não conseguem fazer a reposição por questões de deslocamento e falta de hemocentros nas cidades de origem.

Outro aspecto importante, na atuação do assistente social na oncologia, principalmente nas Clínica Oncológica II (Cuidados Paliativos) e nas UTI´s, é a

intervenção Multiprofissional através das visitas multiprofissionais junto aos leitos e a realização dos *Rouds*, que são utilizados para analisar as particularidades de cada paciente pela equipe multiprofissional, onde cada categoria identifica as demandas necessárias à sua abordagem e quais são os mecanismos de intervenção a serem utilizados a médio e longo prazo, para melhoria na qualidade de vida desse usuário.

Entanto, cumpre tecer uma consideração *importante*, quanto a centralização médica na condução dos *Rounds*, bem como uma espécie de hierarquização entre os profissionais que desenvolvem os cuidados com o paciente.

Isto não desmerece a relevância dos *Rounds* para a equipe multiprofissional, apenas abre margem para o diálogo sobre as configurações desse espaço. A partir dos *Rounds*, por exemplo podem ser feitas intervenções relevantes como avaliação da Alta Social[10] realizada pelo Assistente Social em casos de situações sociais que impeçam o paciente de retornar à residência, como por exemplo o uso de alimentação enteral (via nasal) e parenteral (endovenosa), cujo valor das bolsas podem exceder a realidade financeira do paciente e da família, ou ainda a falta de estrutura habitacional para recepção do paciente com câncer. Estes são exemplos de situações a serem avaliadas para alta social, em detrimento da alta médica, que de acordo com os Parâmetros para atuação do assistente social na área da saúde,

> devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica hospitalar sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe (CFESS, 2010, p. 48).

Em relação a atuação profissional na equipe de Cuidados Paliativos[11], esta deve ser pautada por uma intervenção voltada para a garantia da dignidade humana.

---

[10] A alta social dá-se nos casos em que usuários internados na unidade hospitalar encontram-se aptos à alta clínica hospitalar, de acordo com a equipe médica responsável, porém, durante sua internação, apresentam demandas sociais, que interferem no seu retorno ao domicílio, na continuidade do tratamento e, portanto, na reabilitação da sua saúde (LEAL; XAVIER, 2014).

[11] Abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002)

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos exigem uma abordagem que garanta a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e de seus familiares, visando a prevenção e o alívio do sofrimento, tornando possível uma morte com dignidade. Nesse sentido, torna-se importante uma abordagem ampliada de saúde, com intervenções que considerem as esferas biológica, psicológica e social (WHO, 2002).

Neste sentido, a atuação do assistente social nos cuidados paliativos envolve: o acolhimento e acompanhamento social para suporte de longa internação; atenção ao acompanhante que muitas vezes se encontra exausto no cuidado com o paciente; interlocução e atendimento à família; ou em situações de abandono familiar do paciente oncológico, que requer realização de estudo social e encaminhamentos para serviços institucionais de acolhimento, ou de busca ativa da família extensa.

Há também requisições profissionais que englobam e visam a realização de desejos do paciente como oficialização de situações conjugais – casamentos e união estável – contatos com familiares distantes, em relações de abandono, ou até mesmo na antecipação de problemáticas que talvez impactem no processo pós-morte desses pacientes, como por exemplo pendências documentais – para requisições de benefícios previdenciários.

Outra intervenção profissional necessária nos cuidados paliativos e no processo de terminalidade da vida é o acompanhamento e suporte familiar no óbito nos casos particulares de hipossuficiência social, onde as famílias não possuem os meios financeiros para um sepultamento digno e há necessidade de articulação com a rede de Política de Assistência Social dos municípios para assegurar o direito ao auxílio-funeral.

4. CONCLUSÃO

A partir da análise realizada nesse contexto, foi possível levantar questões pertinentes sobre a atuação profissional, refletindo sobre as especificidades dessa intervenção e dos desafios postos ao Serviço Social na oncologia, que remetem a uma análise conjuntural que abarca desde as necessidades advindas do contexto

social dos pacientes, até a lógica das condições materiais de desenvolvimento da atividade profissional no hospital de câncer do Maranhão.

Diante do quadro exposto, podemos sintetizar que a atuação do assistente social na oncologia pressupõe o reconhecimento da dignidade humana dos sujeitos e de seus familiares, em um exercício que, segundo Iamamoto (2010), consiste em relações com os usuários que visem um trabalho que resultará em um legado material e intelectual. Material na medida em que constitui resposta às necessidades de sobrevivência dos usuários, isto é, ao viabilizar o acesso aos direitos, serviços e benefícios; e intelectual em uma perspectiva ética e política com vistas ao “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (BRASIL, CFESS, 2012, p. 23).

Tais elementos são fundamentais para entender a atuação do assistente social na oncologia, tendo em vista as especificidades e particularidades que são próprias no tratamento oncológico e que requisitam uma atuação profissional articulada e mediadora, possibilitando uma análise sobre os aspectos sociais e sobre a totalidade a qual se encontra esses pacientes, ultrapassando as barreiras das unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. Serviço social: Direitos sociais e competência profissionais. CFESS/ABEPSS, ed. 1, Brasília, 2009

_____. Parâmetro para a Atuação de Assistentes Socias na Política de Saúde. Brasília, 2010

CHAVES, A. R. M.; OLIVEIRA, L. F. Rebatimentos sociais do tratamento oncológico: reflexões do Serviço Social na clínica de Hematologia. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Rio de Janeiro, 2014. p. 147-152. (Cadernos de psicologia, 2).

COSTA. M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais apud. BRAVO Maria Inez 2009.Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.

IAMAMOTO, M. V. Renovação e conservadorismo no serviço social. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

____. Questão Social no capitalismo. Revista Temporalis, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 9-31, 2001.

____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do(a) assistente social. Brasília: Cfess, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. p. 7 e 23. Disponível: https://www.inca.gov.br/ . Acesso em: 18 ago de 2020

____. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. INCA, Rio de Janeiro. 2004.

____.Relatório de Gestão 2009. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/ . Acesso em: 20 de set de 2020.

____.Oncologia: Manual de bases técnicas. 13. ed. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/ . Acesso em: 29 set. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (Brasil). Qualidade de Segurado. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://www.inss.gov.br/orientacoes/qualidade-de-segurado/ . Acesso em: 12 set de 2020.

LEAL, R. A. S; XAVIER, A. Alta Hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde. [Tese] Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

YAZBEK, Maria Carmelita. Classes Subalternas e assistência social. 2. ed. – São Paulo: Cortez, 1999.