

OS IMPACTOS DO CÂNCER DE LARINGE NA VIDA DO PACIENTE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NESTE CONTEXTO

THE LARYNX CANCER IMPACTS ON PATIENT'S LIFE AND SOCIAL WORKER WORK IN THIS CONTEXT.

CATIUCHE DA SILVA CAMPOS*
DÉBORA RICARDO**
MARIA DVANIL D'ÁVILA CALOBRIZI***

RESUMO

O presente estudo foi realizado no Hospital Amaral Carvalho de Jaú, uma área de atenção terciária e teve como objetivos conhecer os impactos que o câncer de laringe causa na vida dos pacientes, investigando se as dificuldades interferem no processo de tratamento, desvelando como estes visualizam a doença, buscando conhecer o papel da família e sociedade no processo de tratamento, e visualizando o trabalho que o profissional de serviço social desenvolve junto a esta demanda. Caracterizando-se como pesquisa quali-quantitativa, sendo realizada com 18 dos 31 sujeitos, perfazendo a amostra de 58%, a coleta de dados aconteceu através do uso de formulário com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa ocorreu de fevereiro a novembro de 2009. Como resultados foram identificadas diferentes dificuldades que abalam a vida do paciente oncológico e família, chegando a interferir no processo de tratamento, e que se faz necessário a continuidade do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, a fim de fortalecer os vínculos afetivos, para garantir a participação da família, pois ela é entendida como fundamental para a reabilitação do paciente.

Palavras-chave: Oncologia. Família. Serviço Social.

*Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Maria Dvanil D'Ávila Calobrizi.

**Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestre Maria Dvanil D'Ávila Calobrizi.

*** Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001), graduada em Serviço Social – pela Instituição Toledo de Ensino (1989). Atualmente é assistente social - Escritório Jurídico- ITE/FUNDATO e professor titular - Instituição Toledo de Ensino.

ABSTRACT

The following study was conducted at Amaral Carvalho Hospital tertiary healthcare area in Jaú, The aim was to determine the impact of laryngeal cancer on the life of patients, to investigate if difficulties interfere in the treatment process, to reveal how they face the disease, to define the role of family and society in the treatment process and to visualize the position of the Social Services professional during this process. Classified as a qualitative research using 18 out of 31 subjects or 58%, the data was collected through a form containing open and closed questions. As a result, several difficulties, which disrupt the lives of oncology patients and family and interfere in the treatment itself, were identified, making it necessary for Social Services to continue accompanying patients in order to strengthen affective bonds and ensure the family's participation, as this is considered essential for rehabilitation

Key words: Oncology. Family. Social Service

I INTRODUÇÃO

O estudo foi realizado com os pacientes do grupo de apoio de laringectomizados do Hospital Amaral Carvalho de Jaú. Este é um hospital, de natureza privada, vinculado ao Estado, especializado na área oncológica, sem fins lucrativos, cujo objetivo é garantir o acesso aos serviços de saúde com qualidade.

O câncer de laringe, embora seja um assunto pouco abordado na sociedade, é um tipo de doença que afeta grande parte da população. Esta doença se aloja nas cordas vocais e quando é diagnosticada, já está em processo avançado, sendo necessária a intervenção cirúrgica. Este tipo de câncer está relacionado a fatores hereditários; ao uso e abuso de substâncias psicoativas como álcool e o cigarro.

Diante deste contexto, com as dificuldades que surgem durante e após o processo de tratamento para o paciente e família, evidencia-se a importância da atuação do assistente social na área da saúde, a fim de que este profissional de forma capacitada e pautada no projeto ético-político desenvolva ações individuais e coletivas que minimizem as dificuldades que fragilizam e tornam os sujeitos e suas relações pessoais vulneráveis.

Devido ao estágio realizado no Hospital Amaral Carvalho de Jaú, através dos atendimentos realizados no Serviço Social é que despertou o interesse pelo tema "Os impactos do câncer na vida do paciente e o trabalho do assistente social neste contexto". Através de uma leitura crítica da realidade, pautada no conhecimento científico, possibilitou o aprofundamento teórico sobre o tema.

Como objeto de estudo, abordou-se os impactos do câncer de laringe na vida do paciente.

Viu-se a necessidade do estudo realizado devido à maior dificuldade de reinserção de pacientes laringectomizados no convívio social, e a partir da pesquisa, pôde-se conhecer o cotidiano desses pacientes, permitindo que o Serviço Social tenha condições de traçar novas alternativas de intervenção que efetivem os direitos sociais dos sujeitos. Quanto ao campo de estágio, a pesquisa irá proporcionar um novo olhar profissional a esta demanda, pois o assunto é interessante, relata o estado físico, emocional e financeiro dos pacientes, o que torna mais fácil visualizar as expressões da questão social que vitimizam esses sujeitos. Também a pesquisa se faz necessária ao campo, pois através dos relatos dos sujeitos é que é possível

promover mudanças necessárias de forma que o serviço social possa ser visualizado com maior clareza nas ações que desenvolve.

Para que o estudo fosse realizado com eficiência e eficácia, foi necessário conhecer a realidade de cada sujeito da pesquisa, desvelando assim os medos, as expectativas, dificuldades, os componentes que contribuem e os que atrapalham o processo de recuperação e emancipação desses sujeitos.

Para tanto levantou-se como problema: Quais os impactos causados na vida do paciente com câncer de laringe após o diagnóstico da doença e as ações do assistente social neste contexto.

Traçou-se como hipótese as fragilidades dos pacientes ao serem diagnosticados, e frente a essa problemática, a atuação do assistente social.

Foi possível notar que as relações interpessoais são importantes para os indivíduos, seja essas relações familiares ou sociais, e quando uma dessas relações é insatisfatória, o indivíduo acaba se desequilibrando emocionalmente.

De acordo com o artigo de Fonseca (2008):

Relação interpessoal diz respeito a todo o contato entre pessoas. Nesse âmbito encontra-se um infindável número de variáveis como: sujeitos, circunstâncias, espaços, local, cultura, desenvolvimento tecnológico, educação e época. As relações interpessoais ocorrem em todos os meios, familiar, educacional, social, institucional, profissional; e estão ligadas aos resultados finais de harmonia, avanço, e progressos ou na estagnações, agressão ou alienamento.

Verifica-se que as relações interpessoais visam a comunicação, a troca de experiência, a partir de interesses compartilhados. No entanto, quando um indivíduo se sente aceito em algum grupo social, é possível notar o seu desenvolvimento com melhores resultados.

Para evidenciar os resultados, observou-se que a pesquisa quali-quantitativa seria a ideal para abordar o universo da pesquisa, que são os participantes do grupo de apoio, pois esse tipo de pesquisa permite que os sujeitos expressem melhor os seus sentimentos e pensamentos além da exatidão na informação de alguns dados objetivos sobre os sujeitos. A pesquisa teve como universo 31 sujeitos que participam do grupo de apoio de

laringectomizados, sendo apenas 18 os sujeitos válidos da pesquisa, equivalente a 58% da amostragem. O período estabelecido para a realização do trabalho foi de fevereiro a novembro de 2009, sendo que a coleta de dados ocorreu de junho a julho de 2009.

Buscou-se a contextualização do sistema de saúde no Brasil, além de especificar o que é câncer, os tipos e as causas que este se apresenta. Procurou-se focar como a sociedade reage com a reinserção de pacientes oncológicos no convívio social e as atribuições do assistente social em suas ações interventivas que efetivam direitos e buscam a promoção da equidade social. A pesquisa também trata sobre o método utilizado para que ela fosse realizada e os resultados obtidos. Enfim, o trabalho apresenta a conclusão, buscando a relevância das questões abordadas no decorrer do estudo, desvelando as potencialidades dos sujeitos depois de emancipados.

2. ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A SAÚDE

A Saúde é entendida como a ausência de doenças, é um bem estar físico e mental.

A visão da Saúde que na totalidade tem suas ações direcionadas para a proteção, promoção e recuperação, porém há séculos atrás, a saúde não era priorizada, e os hospitais que existem há muito tempo, tinham funções como abrigo de crianças, idosos, cuidava de peregrinos. Já na idade média, além de abrigamentos, realizavam atendimentos religiosos e socorriam os doentes.

Nos hospitais passaram a ser introduzidas as luvas cirúrgicas, evitando os índices de infecções hospitalares que causavam os óbitos, e a partir do séc. XVIII é que os hospitais introduzem o cientificismo da medicina com a função de tratamento e recuperação dos doentes.

A partir do séc. XX, os hospitais atuam nos modelos contemporâneos, os médicos passam a atuar em equipe, e devido à tecnologia moderna é possível controlar a dor, adiar o óbito dos enfermos.

De acordo com Ribeiro (1993, p. 45): É doente o portador de um mal conhecido que ela classifica. Para o reconhecimento do mal e da condição de portador, há exigência do exame e do diagnóstico médico.

A intervenção na higiene e saúde pública, tinha como foco a prevenção das doenças, e como estratégias de controle destas, os cidadãos eram obrigados a se vacinarem. Também se tornou obrigatório que os órgãos da saúde comunicassem a população as doenças

contagiosas. Essas medidas ocorreram de forma autoritária, gerando revoltas sociais. A medicação autoritária era destinada a classe com baixa situação sócio econômica, para torná-los aptos ao trabalho e menos perigosos às classes mais ricas.

Em 1966 é que foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), surgindo sucessivamente o Sistema Único de Saúde (SUS), com mudanças que reforçariam a regionalização e descentralização das ações da Saúde.

A Saúde está condicionada à falta de alimentação adequada, que gera desnutrição e doenças oportunistas, consequência do saneamento básico precário, o meio ambiente em que habita, falta de renda, falta de acesso aos bens e serviços.

O SUS então criou estratégias como a Educação Permanente em Saúde, regulamentada em 2003 com a finalidade de promover transformações efetivas e interferir na formação de recursos humanos da Saúde.

Segundo Bertani (2008 p. 200): A educação permanente na saúde pode transcender o pensamento tradicional, ainda vigente na prática dos serviços de saúde, e assim promover a reflexão.

Se as pessoas fossem educadas, e compreendessem a importância de adquirir uma vida saudável, elas passariam a cuidar da higiene pessoal, do ambiente em que vivem, enfim, se tornariam menos dependentes dos serviços da saúde Pública, e assim não teriam insuficiência na mão de obra para atender as inúmeras demandas nessa área.

Os Serviços de Atenção Primária à Saúde surgiram de forma a amenizar as insatisfações da população e também baratear os custos dos serviços de saúde, porém essas ações foram denominadas por medicina comunitária. Esses serviços foram descentralizados por meio dos postos de saúde dando possibilidade de acesso à classe econômica baixa.

A partir dos anos 80, a saúde passa a ser elemento da Seguridade Social, que compreende um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde. Nessa mesma década, o SUS passa a ser reconhecido como a mais importante e avançada política social, e sua essência demonstra o interesse da sociedade civil e de profissionais comprometidos com o alcance de um atendimento de qualidade e humanizado.

O Projeto de Reforma Sanitária teve início no final da década de 70, porém só culminou após a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propondo que o Estado assumisse seu papel e garantisse o direito à saúde dos cidadãos, além de integrar ações de assistência médica com ações de promoção e proteção voltadas à população. Propõe também a universalização do acesso; sistema único de saúde, descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento efetivo e a democratização do poder

local – Conselho de Saúde. A preocupação central é que o Estado atue em função da sociedade. Uma das estratégias da Reforma Sanitária é o SUS e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular.

Outras medidas foram criadas anteriormente a Reforma Sanitária, que visavam aos trabalhadores ferroviários assistência médica, além de aposentadoria e pensões, no decorrer dos anos, obtinha esses direitos somente os trabalhadores de algumas categorias, trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais. Até então, os cidadãos que precisassem de assistência médica, e não estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho, pagavam diretamente por ela ou procuravam atendimento nas unidades filantrópicas.

Os componentes na qualidade da atenção à saúde são: técnico, que envolve a aplicação da ciência e tecnologia médica com o objetivo de maximizar os benefícios sem aumentar o risco à saúde do paciente, e o componente da relação interpessoal que envolve o manejo da interação social e psicológica entre o paciente e o profissional de saúde.

Os profissionais ao atuarem na área da saúde estão comprometidos com a sua produção, através das diversas dimensões como prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz a ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

No Brasil, os profissionais e demais trabalhadores não estão preparados para trabalhar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe.

Foi implantada a PNH de Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, que valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Essa política implica no protagonismo dos indivíduos, na co-responsabilidade entre eles, na autonomia, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão e no estabelecimento de vínculos,

Pontua o Ministério da Educação (2009):

A saúde deixa de ser avesso ou imagem complementar da doença, expressando-se na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida. E a vitalidade física, mental e social para a atuação frente às permanentes transformações pessoais e sociais, frente aos desafios e conflitos, expressa esse potencial. Saúde é, portanto, produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo.

As pessoas nos dias atuais estão aumentando a longevidade, e isso ocorre devido às melhorias nos recursos tecnológicos, recursos que proporcionam maior bem estar.

O governo brasileiro financia a saúde diretamente ou indiretamente, através das pesquisas que desenvolve, do suporte, embora mínimo de verbas destinadas à hospitais públicos, enfim o governo ao investir na saúde, conta com os impostos dos contribuintes, assim, o seu dever em garantir atendimento digno nos hospitais públicos deveria ocorrer de forma compromissada.

De acordo com o artigo Direito à Saúde(2009):

A saúde é um direito de todos por que sem ela não há condições de uma vida digna, e é um dever do Estado por que é financiada pelos impostos que são pagos pela população. Desta forma, para que o direito à saúde seja uma realidade, é preciso que o Estado crie condições de atendimento em postos de saúde, hospitais, programas de prevenção, medicamentos, etc., e além disto é preciso que este atendimento seja universal (atingindo a todos os que precisam) e integral (garantindo tudo o que a pessoa precise).

A Lei nº 8.080, LOS, promulgada na década de 90, refere-se p. 263:

Art. 2º A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família das empresas e da sociedade.

Os Conselhos de Saúde, regulamentados na Lei Orgânica da Saúde de 1990, são órgãos permanentes de caráter deliberativo, existentes nas três esferas de governos e dotados de poderes legais, possuem representação paritária em relação aos representantes do governo prestadores de serviços e profissionais da saúde.

De acordo com Lottenberg (2007, p.1)

Saúde é um dos pilares sobre o qual se apóia o bem-estar e a segurança de uma população. Investir nesse setor e propiciar condições dignas de vida às pessoas são medidas essenciais para que as múltiplas gerações convivam harmoniosamente ao longo do tempo. No entanto, a saúde certamente será também um dos maiores desafios que o Brasil e o mundo terão de equacionar no futuro próximo.

A saúde na contemporaneidade significa muito mais que disponibilidade de serviços, ela deve ser entendida em seu mais amplo sentido, como implementação de medidas que corrijam as disparidades sociais, para elevar o nível de vida da população e facilitar o acesso aos serviços. É o resultado de políticas públicas do governo, constituindo parte integrante do tripé da seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social, e não mais como uma simples assistência hospitalar curativa e preventiva, e assim a saúde não é mais uma simples política de assistência.

O processo de envelhecimento, de um membro familiar que possui o estado de saúde debilitado, ocasionado muitas vezes do complicado convívio familiar, tem se tornado comum nos dias atuais, gerando insatisfações e dando ênfase no abandono e fragilidade dos vínculos.

Um dos fatores que pode ser considerado para o alto índice dos idosos com o estado de saúde frágil, é a saída deste do mercado, pois o indivíduo ao diminuir seus contatos sociais, muitos por não estarem mais empregados, acabam passando por privações na alimentação e necessidades fisiológicas, e acabam sendo vitimizados pela baixa auto-estima. Também as condições adversas que foram submetidas até chegarem à transição para a velhice, muitas vezes com vários problemas acumulados, também é um fator relevante que justifica a quantidade de idosos que necessitam da saúde pública.

2.1 Considerações sobre o câncer:

O câncer é uma doença que está entre as três primeiras causas de morte no Brasil, a cada ano milhões de pessoas em todo o mundo recebem o diagnóstico de câncer, que se relaciona a hábitos, herança alimentar e fatores diversos. Segundo Monteiro (2009): “estima-se que uma em cada três mulheres e um a cada dois homens tem, teve ou terá a doença”.

O homem possui em seu organismo meios de defesa que o auxiliam na continuidade da vida, cada segmento possui sua função específica, bem como as células, que também atuam a partir de uma organização constante para garantir o funcionamento de cada peça do corpo humano. As células passam por renovação constante, passam por um processo de divisão, este chamado de ciclo celular, podendo ter como duração normal o período de alguns dias a alguns meses, sendo que cada proliferação se dá em um tempo diferente dentro de um mesmo corpo, quando uma célula morre, ela pode ser rapidamente substituída. Levando em conta que cada célula se desenvolve com um papel específico, quando há uma desorganização da mesma, o organismo passa a sofrer os reflexos, podendo este ser

considerado uma anomalia genética, mas contudo elas continuam em sua proliferação, se dividindo em células filhas. Segundo Younes (2001, p. 15): “Estudos científicos tem demonstrado que o tumor maligno deriva de uma única célula-mãe, que se divide sem parar”.

O tumor é causado por essa desorganização celular que acaba por afetar as células boas, acarretando o mau funcionamento do organismo. Vale ressaltar que nem todo tumor é câncer, pois existem o do tipo maligno e o benigno. Entretanto existem graus de diferenciação entre eles, já que o maligno possui maior resistência, e maior tendência de se renovar, também garante maior probabilidade de metástase, que nada mais é do que vários órgãos do corpo acometidos pela doença, também chamada de metástase visceral, que acontece quando as células malignas caminham pelo sistema sanguíneo até encontrarem um novo órgão para proliferação.

O tumor maligno pode ser caracterizado como:

- Carcinomas, que se originam no epitélio, ou seja dos tecidos que revestem o corpo, bem como a mucosa que envolve estomago, intestino, pulmões e pele.
- Sarcomas, que se originam dos tecidos que sustentam os órgãos, sendo estes as veias, os ossos, os músculos , a gordura e o tecido conjuntivo.
- Linfomas, que se originam do sistema linfático de qualquer órgão do corpo , ou seja ínguas que podem surgir no pescoço, baço, pulmão e intestino.
- Leucemia, que se originam das células formadoras de sangue, e caminham pela corrente sanguínea do paciente, se dá no baço e na medula óssea.

Segundo Younes (2001, p. 12-13):

Câncer é uma palavra conhecida desde a antiguidade. Deriva do grego karcinos (como se lê em Hipócrates, 500 a. C.), que quer dizer “caranguejo”. Desde o final do século 15, a palavra é ligada á descrição de tumores malignos.

“Câncer” não se refere a uma doença única: pelo contrário, o termo abrange mais de 150 diferentes doenças ou tumores, que podem se originar em qualquer órgão do corpo humano. O câncer se caracteriza basicamente pela proliferação exuberante de células anárquicas, rebeldes, capazes de produzir uma massa ou um tumor, Além da capacidade de crescimento desenfreado e descontrolado, o câncer apresenta duas características celulares fundamentais, que o tornam agressivo e muitas vezes fatal: a invasão dos tecidos vizinhos e a disseminação para outros órgãos. O câncer e desenvolve a partir de uma célula do próprio corpo; portanto, não é uma doença contagiosa que se pega de outras pessoas, mas nasce em decorrência de um problema presente no próprio tecido.

O câncer é uma doença que por si só não faz distinção de sexo, raça ou etnia, assim como comprovados por diferentes tipos de pesquisa, afeta toda uma sociedade. Hoje é visível o crescimento da uma população jovem acometida pela doença. Sua rápida expansão em seus diversos tipos trouxe uma demanda de atendimento especializado, os médicos procuraram a capacitação, para assim oferecer atendimento de qualidade a essa população, mas vale lembrar que o médico ainda é visto como um Deus pela família, na qual possui o papel de levar a cura, e não como um indivíduo suscetível às mesmas doenças de seus pacientes.

Pode se dizer que já houve um grande avanço a partir de novos aparelhos e até medicamentos voltados para o tratamento oncológico, bem como a quimioterapia e a radioterapia que são tratamentos de última geração muito utilizados com pacientes oncológicos. A radioterapia é um método de tratamento local, é realizada através de radiações ionizantes, Há dois tipos que são a de teleterapia, na qual o paciente recebe a radiação externa, através de aparelhos específicos e a braquioterapia que se dá através de isótopos radioativos inseridos dentro do corpo, e se diferencia por afetar muito pouco os órgãos próximos; A quimioterapia utilizada com pacientes oncológicos é muito conhecida como quimioterapia antineoplásico, são drogas aplicadas isoladamente ou não a corrente sanguínea, afetam todas as células, mas causam maior dano as células malignas, e exige constante acompanhamento, geralmente aplicada por profissionais de saúde, este feito em enfermarias na qual o paciente encontra-se internado ou em setores ambulatoriais, na qual os pacientes recebem o tratamento e podem voltar para a casa. Este tratamento ainda assusta, sua dosagem e as sessões vão se dar conforme a exigência de cada caso, portanto o tratamento acaba sendo diferente de paciente para paciente, pois cada organismo responde de uma maneira. Os reflexos acabam não sendo regra, mas no geral os efeitos colaterais mais comuns se apresentam como queda do cabelo, náuseas e vômitos, perda de apetite, diarreia e constipação intestinal, febre, anemia, diminuição de glóbulos brancos e plaquetas, fadiga, aftas nas bocas, infertilidade, atraso menstrual, dor e inflamação no local de aplicação.

O câncer é diagnosticado a partir de exames específicos, feitos por laboratórios, clínicas, hospitais que possibilitam avaliar o estágio da doença, e possível tratamento a ser aplicado, mas é importante destacar que vários cânceres como o de mama, o de cólon de útero e o de próstata podem ser identificados já no início através de exames de prevenção oferecidos pelos municípios. Portanto é imprescindível destacar que a falta de políticas públicas de atendimento a saúde ainda não suprem a grande demanda, bem como há falta de cultura por parte das pessoas que desconhecem os meios de prevenção, ocasionando uma maior rotatividade nos serviços terciários e quaternários, uma população que está voltada para o curativo.

A prevenção ainda é o melhor remédio, muitos tipos de câncer demoram anos para se manifestar, e os exames de rotina, e acompanhamento médico são imprescindíveis, já que nenhum método pode ser considerado 100% eficaz no tratamento oncológico. Segundo a cartilha: “Informe-se. Previna-se” Câncer se descoberto no início, 9 em cada 10 casos tem chance de cura”. Pode se perceber que houve um crescimento significativo de estudos e reportagens que revelam a importância de uma vida saudável, bem como buscam alertar a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de várias doenças, entre eles podem se destacar a má alimentação, o alcoolismo e o tabagismo.

A alimentação, fator de grande relevância, vem em contraponto ao modelo de sociedade capitalista contemporâneo, a qual oportuniza o acesso a produtos processados, cada vez mais presentes nas gôndolas dos mercados, facilitando o consumo e colocando a população em aflição, por trazer através da mídia ao nosso cotidiano o consumo do orgânico e do verde, na qual também deve se refletir sobre a população menos favorecida, que não possui o acesso aos mínimos sociais, e que dificilmente sem o estabelecimento desta base, poderá haver uma promoção e possível consolidação de saúde entre as famílias.

Sociedades como a da França já estão em alerta, segundo reportagem: “Taça diária pode causar câncer”, destruiu-se o mito de que o vinho, bebida consumida diariamente pela população era totalmente benéfica, o estudo foi fundamentado por pesquisas que detectaram o grande aumento de indivíduos com a doença, essa notícia veio como choque cultural, e que desde 1960 vem decaindo a ingestão da bebida, mas ainda é um dos países que possui um nível elevado do consumo do produto.

Fazer uma sociedade constituída para o crescimento do mercado, mudar seus valores e deixar de agir conforme a música capitalista, demanda tempo. O tabaco e o alcoolismo são produtos de fácil acesso, comercializado em diversos pontos, e mesmo sendo os maiores desencadeadores do câncer, não assustam, ou pelo menos não conseguem atingir o bom senso do homem que tende a se destruir a cada dia mais. Segundo a cartilha: Cigarro apague essa idéia. “O cigarro, aliado a ingestão de bebidas alcoólicas aumenta em até 150 vezes o risco de contrair câncer”

Segundo: Neto (2009):

Mascar fumo ou tabaco não é uma alternativa inofensiva, muito pelo contrário, diga-se de passagem. É verdade que assim você não aspira monóxido de carbono, mas os níveis de nicotina são igualmente elevados, aumentando o risco de desenvolver pressão alta e doenças cardiovasculares e sem falar, é claro, do risco dos temidos câncer bucal, na laringe, na faringe, no esôfago e até no cérebro, que pode chegar a um nível 50 vezes maior do que uma pessoa que não faz

uso do fumo.

As complicações do uso do álcool e cigarro são visíveis, uma demanda que se apresenta em todas as idades, já que o consumo destes produtos é facilmente acessado até por crianças, as quais muitas têm que se submeter a tratamentos que duram anos até pela imprudência de mães que fumam na gravidez, ou por pessoas que acreditam não prejudicar aqueles que estão a volta quando fumam, crendo que o cigarro só fará mal a quem dele usar, grande engano, no entanto não devem ser vistos como fatores isolados para o desencadeamento de doenças, há também o risco por poluição química ambiental ou industrial.

Segundo Martinelli (2006, p.25):

O alcatrão, o amianto e alguns minerais são apontados como causadores de câncer de pulmão. As radiações atômicas, do tipo Chernobyl ou de Hiroshima, podem estar na origem de casos de leucemia. Os raios-X dos exames são considerados livres de riscos graças ao desenvolvimento da técnica e redução das doses, mas podem ser nocivos em caso de alta exposição. Os raios solares ultravioleta A e B são apontados como causadores de alguns cânceres de pele após exposições intensas e constantes ao sol.

Ao que se pode perceber não estamos livres de adquirir doenças como o câncer, pois o mundo sofreu grandes alterações, o neoliberalismo veio como mola propulsora para o desencadeamento de novos valores. O desmatamento, o consumo desenfreado, o aumento de indústrias, bem como os automotores em excesso são fatores que contribuem para o processo de poluição ambiental, a qual trazem reflexos pertinentes à humanidade que não se conscientiza da importância de se constituir um ambiente propício e saudável para se viver. Esta pode ser entendida como contraste desta realidade capitalista, podendo ser considerada responsável pela constante desigualdade existente, em que uma sociedade desassistida de direitos sociais se apresenta em grande número, na busca da garantia de uma política não igualitária, a qual não pode ser cobrada já que serviços como o de saneamento público nem sempre são oferecidos a toda população.

2.1.1 Conhecendo melhor o câncer de laringe

O câncer de laringe é um tipo de doença que afeta grande parte da população, um mal que atinge as vias digestivas superiores, se alojando nas cordas vocais, geralmente é descoberto em processo já avançado em que os primeiros sintomas se apresentam como dor de garganta, conhecida como odinofagia, bem como rouquidão, alterações na qualidade da voz, e a dificuldade na deglutição de alimentos, devido à instalação do tumor nas cordas vocais ou em sua proximidade, causando grande desconforto, geralmente o sinal de que chegou a hora de enfrentar o médico.

Quando detectado precocemente possui grandes chances de cura. Pode-se dizer que além de fatores hereditários, o álcool e o cigarro estão relacionados ao câncer de laringe. Segundo publicações do INCA (2007): “o câncer de boca acomete em especial homens com mais de 50 anos, sendo seus principais fatores de risco o tabagismo e o etilismo”. Mas é importante ressaltar que há um crescente índice de mulheres atualmente acometidas por esta doença, e vem a ser uma preocupação pública, já que a população tem como hábitos modernos o consumo de substâncias psicoativas, estas ilícitas ou não.

O tratamento se dá através de quimioterapia, radioterapia e a laringectomia parcial ou total, que é um procedimento cirúrgico para a retirada da laringe, na qual encontra-se a neoplasia. Devido à retirada da laringe o ar não passa pela boca, nem pelo nariz, e sim pela via do traqueostoma, abertura cirúrgica feita na traquéia, lugar a qual é introduzido um tubo de metal chamado cânula traqueal, a qual se fazem necessários cuidados e higienização diária, bem como a esterilização, pois há grande facilidade de infecção, devido ao contato externo e ao fácil acúmulo de secreções nos primeiros meses, uma vez que obstruída, o ar não passa, seu uso não é definitivo, sua utilização se dá para garantir a cicatrização da abertura realizada, contudo sua retirada se dá após avaliação médica. O paciente também passa a se utilizar de uma rede de crochê amarrada ao pescoço, que serve como proteção, dificultando a entrada de poeira no traqueostoma.

Essa abertura do traqueostoma nos casos de laringectomia total se torna irreversível, o paciente passará a respirar pelo orifício feito no pescoço, bem como não mais possuirá olfato.

Após a cirurgia o paciente passa a se alimentar por sonda durante um período pré determinado, para que ocorra a cicatrização dos tecidos lesados.

A cirurgia de laringectomia total é um procedimento muito utilizado atualmente nos hospitais especializados em oncologia, pois alcançam grandes resultados, e trazem ao indivíduo a oportunidade de levar uma vida saudável.

A cirurgia de laringectomia total está atrelada a perda da voz, mas esta não pode ser vista como uma situação definitiva. A reabilitação da voz é hoje possível através de

profissionais como o fonoaudiólogo, que realiza junto aos pacientes um trabalho com exercícios vocais, buscando o aperfeiçoamento da comunicação a partir da voz esofágica, usando a via digestiva para emissão do som, já que as cordas vocais em geral são retiradas ou se encontram comprometidas quando esta é parcial.

A voz esofágica é produzida pela expulsão do ar, em que os sons são emitidos a partir das vibrações que acontecem na parte superior do esôfago, se transformando em sílabas, depois em palavras, até conseguirem a formação de frases.

O eletrolaringe é também um método muito utilizado por pacientes laringectomizados que ainda não possuem voz esofágica, sua utilização se dá a partir de um contato do aparelho no pescoço, movimentando a boca e língua, que dá um som mecânico, sua utilização é recomendada por tempo determinado, ou seja, até a conquista da voz esofágica, mas muitos vêm como melhor alternativa e optam por ter, aprender e se comunicar através do aparelho.

O eletrolaringe é um aparelho de difícil acesso, devido ao seu custo elevado; É mantido por baterias, essas geralmente não recarregáveis, de duração imprevisível, já que dependerá do tempo de utilização diária a qual for submetido.

O tratamento pode durar anos, e o acompanhamento é de grande importância, pois há tendência de renovação do câncer. Muitos pacientes mesmo após a cirurgia não conseguem abandonar o vício do cigarro, e trazem o cigarro através do traqueostoma, afetando o tratamento e contribuindo para o desenvolvimento da neoplasia em outras áreas da boca, bem como no esôfago, devido a sua proximidade.

2.1.2 O tabagismo e seus reflexos

Tabagismo é o nome dado a todo produto que contenha tabaco, ou seja, cigarros, charutos, cachimbo, fumo de rolo e rapé, na qual cada tipo possui um modo a ser consumido, podendo ser usado na forma de inalação, aspiração e mastigação, em que as substâncias tóxicas chegam até o organismo podendo causar grandes alterações metabólicas. A nicotina é um exemplo de toxina responsável pela dependência a qual ficam quem deste faz uso, pois causa a sensação de prazer, e segundo o INCA em suas publicações sobre tabaco nos mostra que a dependência da nicotina foi incluída pela organização mundial de saúde na classificação internacional de doenças, sendo este CID- 10ª revisão.

A fumaça inalada tem destino certo, alcança primeiramente os pulmões na qual se

distribui para todo o organismo, chegando até o cérebro com rapidez, atingindo o sistema nervoso central, estimulando o desejo pelo fumo, dando a sensação de satisfação.

O Cigarro passa uma imagem de beleza, é muito relacionado à sensação de liberdade e independência. Este é hoje um dos maiores produtos comercializados em todo o mundo, gera milhões e por isto se torna de fácil acesso, e de difícil controle daqueles que não querem ver seus filhos envolvidos com o vício, ou mesmo daqueles que buscam se libertar desse mal.

É estimado pela OMS que cerca de 100 mil crianças tornam-se fumantes em todo o planeta, em que milhões de pessoas morrem por ano vítimas do uso do tabaco. Um número preocupante que se não controlado pode crescer, alcançando 10 milhões de mortes até 2030. Esta também afirma que “o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo”. Segundo a doutora em oncologia e coordenadora do Grupo de Apoio ao tabagista do Hospital A.C. Camargo, Célia Lídia da Costa em declaração para a folha de São Paulo (2009): “O cigarro não causa apenas câncer de pulmão, da qual todo mundo se lembra, São 11 tipos diferentes, como câncer de boca, de colo de útero e da bexiga”.

A difícil luta contra o abandono do tabaco fez com que diversos programas de apoio fossem desenvolvidos para amparar aqueles que querem se desvincular do vício e precisam de suporte emocional. Em geral são grupos em que os próprios envolvidos com esta realidade relatam suas experiências no enfrentamento dessa batalha que deve ser contínua, expressam as lutas, quedas e alcances na qual o interesse deve partir do próprio usuário, e este deve receber ajuda da família e sociedade para que esta ocorra de forma menos traumática.

Também foi estabelecida uma data para coibir o uso do cigarro. O dia nacional de combate ao fumo acontece todo ano na data de 28 de agosto, estabelecida como Lei Federal 7.448, e que segundo Anna Elliza Furich “Essa iniciativa também é praticada em todo mundo no dia 31 de maio, conhecida como o Dia Mundial sem o Tabaco, que movimenta todos os países na luta contra o vício”, um sinal de que há pessoas buscando uma mudança, pois sabem que são também prejudicados pelo fumo passivo, ou seja, respiram um ar poluído, assim como muitos bebês que ainda no útero absorvem todo tipo de substância prejudicial e correm o risco de nascerem prematuros, com problemas respiratórios, e até virem a óbito antes mesmo do parto.

Com vistas em uma demanda emergente é que a assembléia legislativa de São Paulo aprovou por 63 a 18 votos o projeto de lei que proíbe o fumo em ambientes fechados e parcialmente fechados independente destes serem públicos e privados. A lei que começou a valer a partir do dia 08/08/2009 foi alvo de polêmicas pelo país, causando divergência de opiniões.

O atual governador José Serra se posicionou a favor desta lei tendo como base o grande número de doenças e agravantes em decorrência do uso do tabaco, que segundo revelação do Instituto Nacional do Câncer, 22 pessoas morrem vítimas do cigarro por hora no país, considerando o grande arrombo nos cofres públicos na destinação de verbas para o tratamento de pessoas com câncer, que de acordo com a reportagem do Estadão o investimento chega a ser de 373 mil por dia, a preocupação é de defender a saúde e a vida de todos, já que muitos são fumantes passivos e que comprovadamente são afetados pela poluição deixada no ar pelo fumo.

Contudo esta atitude tende a alcançar resultados a médio e longo prazo, já que o objetivo é de conscientização, e este vem sendo realizado a partir de reportagens, debates, ou seja, uma divulgação que busca a mobilização social contra o tabaco. Favorecendo a diminuição de seu consumo por parte da população e a defesa do direito a respirar um ar mais limpo. Mas esta não foi a primeira medida como alternativa para transformar esse contexto. Em 2001 fabricantes de cigarros foram obrigados a imprimir alertas fotográficos nas embalagens, como forma de impacto aos usuários, fazendo uma alerta das conseqüências causadas pelo uso contínuo do produto. Em 2003 estas foram alteradas por fotos ainda mais impactantes, como um indicador de que o cigarro mata. A grande realidade é que este não trouxe grandes resultados, pode se perceber que a visualização da imagem gera certos desconfortos, mas não faz com que haja conscientização.

O consumo e comércio do cigarro eletrônico passou a ser proibido no Brasil, o veto da Anvisa que passará a vigorar a partir de publicações da resolução em Diário oficial da União ainda em 2009, foi uma medida para evitar maiores danos aos consumidores, já que o produto se inseriu no mercado com a promessa de ajudar as pessoas a pararem de fumar, mas não mostrou resultados, e análises em laboratórios fizeram com que a Anvisa se posicionasse, impedindo a compra e venda, pois vê que o produto se apresenta como ilusório.

Segundo Botelho (2009):

O aparelho funciona com pilha ou bateria. Tem na ponta um cartucho recarregável e preenchido com refis de nicotina e aromatizantes. Quando o fumante traga, um nebulizador joga o ar nas gotículas de propileno glicol, fazendo com que a nicotina seja vaporizada.

Quem possui o cigarro eletrônico, não mais poderá dele fazer uso, pois a agência Anvisa em constatações, verificou “o produto contém nicotina e outras substâncias

cancerígenas - ao contrário do que alegam os seus fabricantes chineses. Sendo que as empresas que realizarem a entrada ilegal do produto estarão sujeitas a multa de R\$: 2.000 a R\$: 1,5 milhão, e quem for pego fazendo uso, poderá ser impedido de consumi-lo por autoridade policial ou pela própria Anvisa. Uma demonstração da necessária intervenção dos órgãos para a defesa dos interesses da população.

2.1.3 O alcoolismo e suas complicações

Alcoolistas são pessoas que fazem uso do álcool de forma abusiva, é uma doença que a pessoa tem dificuldade de parar de beber, e conseqüentemente acaba deteriorando a saúde, as relações pessoais na família, no trabalho e no círculo de amizades.

Pessoas que fazem uso do álcool ainda que não constantemente, porém abusivamente, podem ter problemas de saúde tão graves quanto a um dependente do álcool.

A absorção de bebidas alcoólicas é uma questão cultural, pois a bebida é a droga mais antiga utilizada pelos homens, e na década de 30, 40 ainda era comum que crianças começassem a ingerir bebidas alcoólicas incentivadas pelos pais, como uma forma de provar sua sexualidade, pois a bebida é associada a poder e virilidade, para os homens. No entanto, nos dias atuais, o que se observa são senhores, reproduzindo as cenas de seus pais, chegando alcoolizados em suas casas, algumas vezes violentos, outras carregadas por outras pessoas e até mesmo inconscientes.

De acordo com Jorge (2007):

O alcoolismo é um conceito completamente diferente. É uma doença, um vício, devendo ser tratado como tal. Acredita-se que seja causado principalmente por predisposição genética, segundo achados mais recentes, e em menor parte pelo ambiente (mas as pesquisas e opiniões divergem muito sobre essa questão), não podendo ser considerado de modo algum falha de caráter. Mesmo sendo importante a quantidade do álcool ingerido, essa é uma conseqüência. Para definir uma pessoa como alcoólatra é mais significativo analisar o impacto do álcool na sua vida e se já tentou parar e não conseguiu.

Os efeitos do álcool podem não só abalar emocionalmente as pessoas que convivem com um alcoolista, mas principalmente abalar o dependente do álcool, devido aos malefícios conseqüentes, pois foi comprovado por médicos especialistas no assunto, que as bebidas

alcoólicas estão associadas a uma maior incidência de câncer na boca, faringe, laringe, estômago, fígado e possivelmente de mama.

As pessoas começam a ingerir bebidas alcoólicas também devido às dificuldades do cotidiano, como uma forma de refúgio dos problemas, alguns bebem para esquecê-los, outros para sentir coragem para enfrentá-los.

O álcool causa sensações como segurança, os usuários se sentem desinibidos e soltam suas emoções, porém de acordo com a quantidade ingerida, no decorrer das horas essa sensação dá espaço à falta de coordenação motora, sonolência e algumas vezes irritação.

Algumas pessoas, após o diagnóstico do câncer, dão início ao tratamento oncológico, porém sentem dificuldade em mudar seus hábitos, como por exemplo, deixar de beber, mesmo sabendo que a doença é consequência da bebida. É comum ainda ouvir de pacientes após serem advertidos por estarem bebendo, conscientes de que os medicamentos que ingerem são fortes e podem causar reações que atrapalhem o desenvolvimento do tratamento, que já estão doentes e por isso deixar de beber no momento é indiferente. Quando isso acontece, é necessário estar atento, pois esses pacientes sinalizam que precisam de um tratamento psicológico e muitas vezes um tratamento para desintoxicação.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde (2006, p. 263):

Art. 2º § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Para qualquer tipo de tratamento, é importante que a pessoa envolvida esteja de acordo com o tratamento, pois assim, o processo torna-se mais fácil e com maiores resultados. No entanto, os pacientes têm dificuldade em reconhecer que possuem uma dependência das bebidas alcoólicas e que precisam de ajuda especializada.

Existem casos em que a família por medidas de segurança, ou por simplesmente não suportar mais a situação de um membro familiar viver alcoolizado, busca recursos para que seja feita a internação compulsória deste, contra a vontade dele. Esta situação torna-se delicada, pois ao ser realizado este procedimento, a família priva este cidadão de sua liberdade de ir e vir, passando por cima de suas vontades e direitos, e de encontro com os direitos deste cidadão, está o direito da família, em viver em segurança, desprovida do medo de qualquer agressão, garantindo ainda a esse membro da família que vive constantemente alcoolizado, um tratamento que vise à melhora de sua saúde, tanto física quanto mental.

Na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão firma-se:

Art. 4º A liberdade consiste em poder fazer tudo que não prejudique o próximo: assim, o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem por limites senão aqueles que asseguram aos outros membros da sociedade o gozo dos mesmos direitos. Estes limites apenas podem ser determinados pela lei.

É importante que o diálogo entre os membros familiares prevaleça antes que seja tomada qualquer decisão, e principalmente em casos em que o dependente está em tratamento oncológico, é importante que a família compreenda este paciente em sua totalidade, porém é competência dos profissionais da saúde como assistentes sociais, psicólogos trabalhem em equipe de forma interdisciplinar, proporcionando grupos de apoio que atenda esta demanda, favorecendo o fortalecimento das famílias e evitando a ruptura dos vínculos.

Segundo a lei n. 8.662 (2006, p. 32):

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

V- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VII- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais.

Em clínicas de desintoxicação, em casos de pacientes que estejam em tratamento oncológico, é importante que o profissional em Serviço Social esteja articulado com o hospital onde o paciente está em tratamento, para garantir que o tratamento oncológico junto com o tratamento da dependência alcoólica seja realizado da melhor forma possível, garantindo o bem estar do paciente.

2.2 Os impactos do câncer de laringe no paciente.

Receber uma notícia como a de estar infectado por uma doença como o câncer, não pode ser consideravelmente de fácil aceitação, esta é hoje uma das mais temidas doenças

entre a sociedade que ainda possui uma visão micro das possibilidades de cura existentes para o tratamento dos diversos tipos de câncer, ou seja, passa afetar o indivíduo em todas as suas áreas, devido a associação do câncer à morte, visão de sofrimento, e relação com a perda.

Se pararmos para pensar, chegaremos a conclusão de que vivemos cada vez mais para o trabalho, estudamos para trabalhar, trabalhamos para sobreviver, mas qual é o ponto para análise, quando conseguimos perceber que é necessário parar e olhar para si mesmo, e sentir as reclamações do corpo.

Os reflexos deste mundo capitalista são muito aparentes, as exigências são sempre maiores, o estresse e as ansiedades entram em destaque, assim como a depressão, comumente presenciado na realidade de muitas famílias contemporâneas, isto está muito relacionado ao modo de encarar a vida, mas não é só isso, pode se agravar com a descoberta de uma doença, deve se levar em conta que uma doença nunca vem sozinha, quase sempre traz ao sujeito diversas complicações, muitas vezes econômicas, físicas e até psicológicas, cada especificidade da doença possui seus traços, e deve ser entendida e trabalhada, respeitando a individualidade e o posicionamento de cada pessoa frente à situação de doente.

Segundo Coppe e Miranda (1998, p. 69):

Nessa situação de emergência, o corpo passa a ser definido por sensações de dor e diante dela o paciente tem medo do que ela possa representar: medo da morte, de ter que se submeter a uma cirurgia, de seqüelas físicas e psicológicas.

Podemos dizer que o contexto no qual cada indivíduo está inserido é fator relevante para avaliação.

Segundo Leite e Quirino (2003 p. 11).

Todas as representações da doença só ganham significado quando postas num contexto social específico, utilizando-se de lógicas locais, por assim dizer, de entendimento, que são comuns, coletivas e do imaginário de alguns pacientes entrevistados. Muitas vezes o corpo lhes aparece como uma máquina bem articulada na qual as pressões da vida fazem as peças começarem a falhar.

O câncer é uma doença muito comum na sociedade contemporânea, muitos viveram em

seio familiar um caso, presenciaram a situação de um vizinho ou até mesmo a de um amigo, mas o ponto chave está em aceitar que somos seres suscetíveis a adquirir doenças.

O diagnóstico é para cada indivíduo interiorizado de forma diferenciada, cada reação dependerá da aceitação; O diagnóstico pode ser um choque, tanto para paciente quanto para familiares ou envolvidos com a questão, na qual os sentimentos se confundem, conflitos internos que se dividem entre o acreditar nas possibilidades, e no enfrentar o tratamento como uma consequência natural da vida, ou simplesmente se entregar, pois a morte é fato. A grande maioria tem uma reação de negação ao diagnóstico, mecanismo de defesa, que traz ao paciente a visão de fuga, como alternativa para a dificuldade ali vivenciada. Uma forma de enfrentamento, em que a fuga serve como válvula de escape para uma situação de extrema complexidade na qual as alterações no corpo decorrentes do tratamento podem, contudo afetar a mente do sujeito.

A maioria dos pacientes chega para tratamento especializado em período avançado da doença, as suspeitas agora constatadas levam o médico a tomada de imediatas alternativas, visando atuar com as possibilidades a fim de alcançar o objetivo de cura. A cirurgia entra como alternativa, mas não única, podendo estar associada a tratamentos quimioterápicos e radioterápicos.

A notícia da passagem pelo setor cirúrgico é uma grande consequência que tem como benefícios recuperar a saúde do indivíduo. Momento em que o *flash* da vida passa, pois sua fraqueza física, ou seja, sua debilitação devido à dificuldade de alimentação são fatores que contribuem para que o paciente não consiga visualizar as possibilidades, não tem perspectivas, encontra no medo um aliado, a qual a depressão passa a ser parceira de muitos pacientes oncológicos, que se entregam muitas vezes sem lutar. Segundo Silva (2006 p. 33): “O medo é um sentimento universal: todos sentem e diversos estudos demonstram ser uma emoção primária (inata) do ser humano, necessária para proteção e perpetuação da espécie”.

Deve-se pensar que se o medo faz parte da vida, e que este deve estar subdividido em possíveis estágios, pois as características do paciente que lida com uma situação de câncer, ou seja, o medo da morte, não pode ser comparado ao simples medo de andar de montanha-russa, pois se diferenciam, apesar de serem obstáculos a serem enfrentados.

A verbalização destes sentimentos não é regra, muitos encontram o silêncio como aliado, e tende a piorar quando o paciente no tratamento quimioterápico passa a sentir os efeitos colaterais, como o fato de ter que se alimentar por sonda, um ponto que deve ser observado, pois leva o paciente a perda de peso. O medo de ser visto como “doente”, favorece o desligamento do paciente com o convívio social, pois em série ficam sujeitos ao preconceito, a falta de compreensão de uma sociedade, ou seja, expostos ao julgamento.

Segundo Santo (apud SOUZA, 2007, p.36):

O câncer remete ao medo de mutilações e desfiguramento, a perspectiva de tratamentos dolorosos e de muitas perdas provocadas pela doença, Essa situação de sofrimento conduz a uma problemática psíquica com características de sofrimento.

O medo do julgamento é uma evidência, já que o câncer de laringe acomete em sua maioria pessoas que fizeram uso do álcool e do tabagismo. São vistos como responsáveis já que não conseguiram ser mais fortes que o próprio vício.

O preconceito só afirma a doença, fomenta a fraqueza do indivíduo que no momento necessita de apoio e compreensão, muitas vezes de ajuda profissional, pois afeta o homem no seu aspecto motivacional, fica estagnado, praticamente não existe em sua visão a perspectiva de melhora, um bloqueio de percepções, em que não vê em si potencialidades, não acredita nos investimentos que o tratamento pode possibilitar.

O trabalho para o homem é algo muito importante já que ele ainda possui a visão de provedor, se sente na obrigação do sustento familiar, o não exercício do trabalho leva o indivíduo a se sentir incapaz e isto ainda tende a piorar se o paciente era realmente o provedor do sustento do lar, pois a doença acarreta custos, a família geralmente não está preparada, bem como o depender de cuidados mesmo que temporário, causa a sensação de impotência.

Segundo Santo (apud SOUZA, 2007, p.34):

Trata-se assim, de uma doença complexa, que pode ser de longa duração e que compromete significativamente a vida dos indivíduos nas dimensões biológica, social e afetiva, exigindo assistência especializada de diferentes profissionais.

É importante lembrar que os profissionais envolvidos com esse trabalho são peças-chaves, a doença causa ao sujeito momentos de fragilidade e deve ser encarado por todos com respeito. O carinho, as palavras, e até o toque transmitem ao paciente segurança, ninguém gosta de viver sozinho, e o enfrentamento é um desafio novo para quem adquire a doença e um trabalho a ser constantemente avaliado pelos envolvidos, bem como um necessário trabalho junto a família. Muitos profissionais se sentem despreparados para atuar junto a esses usuários, mas vale lembrar que o adquirir experiência pode se dar através da determinação, perseverança e tempo.

O câncer de laringe por dificultar a comunicação causa aos pacientes o sentimento de tristeza, muitos profissionais desconhecem a doença e não sabem lidar com essa demanda, esse acontecimento pode causar o desequilíbrio emocional, afetando ainda mais o paciente, que em sua fragilidade não consegue compreender, sentem vergonha

Já que o contexto traz grandes alterações no modo de vida da população. Esta vem sendo uma demanda estudada pelas instituições que atualmente oferecem serviços de suporte emocional, físico e psíquico para o paciente em tratamento e recuperação na área oncológica que em geral constitui uma equipe preparada para o atendimento desses pacientes, que atuam com a visão de totalidade, na qual o mesmo passa a ser assistido em seus diversos aspectos. Pode se analisar que o *stress*, a ansiedade, também são fatores que estão sendo estudados, pois a máquina corpo não é vista mais como algo isolado, é analisada de forma integrada, físico e psíquico, para tanto se percebeu que se essas patologias não desenvolvem a doença, podem de alguma forma alterar o sistema imunológico.

Segundo Lopes (2005. p. 31):

Pela importância da incidência do câncer , em nível mundial ele é estudado, buscando-se suas causas e seus tratamentos. No campo da Psicossomática, que estuda a repercussão orgânica das alterações emocionais, a pesquisa americana enfatiza as noções de estresse, ansiedade e imunidade diminuída; a francesa aborda a falha das funções mentais a certo. A aproximação psicanalítica é apresentada em termos de uma sucessão de trabalhos de pesar, dor, aflição, sobre a verbalização da palavra “câncer”, da possível perda de um órgão do corpo, da morte próxima e, finalmente, o trabalho da morte em si mesma.

O preconceito também deve ser analisado, este pode ser de certa forma confundido com a curiosidade de uma sociedade a qual em parte desconhece o real significado do câncer de laringe. Interpretar essas demandas que se apresentam, exige uma análise do processo a qual a população desassistida por políticas de educação se encontram. O desconhecido pode se tornar uma curiosidade, esta pode ou não ser compreendida por alguém que vivencia ou vivenciou a doença.

2.2.1 O medo, a insegurança, e as possibilidades.

Ao estudar mais a fundo o que vem a ser medo se entrará em um grande debate, pois todo e qualquer ser humano já viveu este sentimento ao qual não estamos livres em nenhum momento da vida, é intrínseco do homem, em que se deve aprender a lidar e reconhecer que este cotidianamente surge e pode trazer consigo a insegurança, tristezas e até o desespero.

É importante trazer a tona que há uma diversidade de medos que se apresentam em diferentes formas, mas que em geral decorrem de um ponto de descontrole emocional. Uma pessoa pode chegar a ter fobia de ir ao dentista, de sair à rua, até por possíveis históricos de violência, seqüestro, em que se tornam alienadas, presas, pois acreditam que a todo momento possam ser novamente alvos, situação em que a pessoa não consegue enxergar as possibilidades, perde o equilíbrio, podendo adquirir um transtorno que pode ser entendido como o de pânico.

O homem idealizado por Deus chega a sofrer grandes alterações em seu cotidiano, tendo uma capacidade enorme de se adequar a um novo ambiente, quase sempre por necessidade, e mesmo que essas mudanças cheguem a causar algum tipo de desconforto, o mais comum é que se crie uma barreira para que estas não aconteçam com frequência, e sim somente quando programada, ou seja previsíveis, sempre boas notícias, obter o controle sobre sua vida, e sobre o que acontece a volta é o que geralmente se busca, mas nem sempre isto é possível.

O medo do desconhecido passa a ser frustrante para algumas pessoas, podendo acarretar seqüelas físicas e psíquicas até que ocorra o controle da situação, esta quando não visualizada, interpretada pelo paciente condiciona-o a pensamentos negativos frente às determinantes.

De acordo com Silva (2006. p.85): “O primeiro e decisivo passo para superar a ansiedade e o medo excessivo é reconhecer e aceitar os seus próprios medos. Todos, sem exceção, têm medos - grandes ou pequenos”.

Os pacientes oncológicos são um grande exemplo de pessoas que enfrentam o medo, diariamente, mesmo que não expressados, pois viver uma doença na qual sabemos que ocasiona dor, sofrimento e que leva milhares de pessoas à morte, se fazendo necessário um acreditar diário. *A priori* quando não se tem claro a que tipo de tratamento este será submetido, gera um desconforto, em que se é pesada a coragem de lutar pela vida, e o medo de enfrentar o tratamento, já que este pode trazer resultados a longo prazo.

De acordo com Chiattonne, (1996, p.74): “A maioria das doenças está na dependência de fatores emocionais quanto físicos. Você é uma unidade mente- corpo. Suas emoções são fenômenos físicos e cada alteração fisiológica tem o seu componente emocional”

Este sentimento vai se dar de pessoa para pessoa com uma diferente intensidade, e alguns são amparados por amigos, familiares, e mesmo chegam a recorrer a diversos tipos de crenças, forças superiores, fé que transcende as incertezas e traz ao paciente a segurança de que enfrentar é o não desistir, é acreditar, tendo a certeza de que as situações serão contudo ultrapassadas. Devendo haver sempre o respeito pela decisão do paciente, pois este tem o direito de optar pela não adesão ao tratamento.

Silva (2006. p.30) nos mostra que:

O corpo humano talvez seja a mais criativa e surpreendente invenção de todo o universo . Nosso corpo parece ter sido planejado para salvar e nos ajudar a lidar com todo tipo de perigo. Em pequenos fatos do dia-a-dia podemos ver o quanto essa máquina é programada para nos manter em equilíbrio.

A psicologia Hospitalar passa a ocupar um grande papel junto aos pacientes oncológicos, buscando resgatar a auto-estima, já que chegam em série imbuídos de um grande desânimo, este sofrimento emocional também pode estar relacionado a não idealização de sonhos, e a insegurança frente a possível impossibilidade de concretizá-los. Escutar é um papel fundamental a qual todos os profissionais de saúde devem estar dispostos e atentos, pois a partir do diálogo que muitos se mostram em suas carências, tristezas, buscando compreensão e atenção, pois o desamparo e a solidão chegam a ser grandes indicadores de possível depressão, um mal que cresce mediante uma sociedade que vive seu momento individualista, e de alterações em seus valores, tendo como consequência um grande número de suicídios.

Segundo Ciampa (1987 p. 231):

Na origem, uma organização, como qualquer instituição, é sempre uma solução para um problema humano.

As organizações e instituições também precisam sofrer suas metamorfoses, evidentemente, para preservar sua racionalidade(não a racionalidade da *desrazão*...)

Mediante toda essa complexidade pela qual passa o paciente oncológico de escolhas, decisões, também se torna relevante ressaltar que a ansiedade pode se apresentar em todos os estágios do tratamento, este mesmo após alta médica pode viver o medo diário de regeneração do câncer, que a partir de qualquer dor ou sintoma, que se apresente, abala seu emocional, algo que deve ser trabalhado, para que este tipo de sofrimento emocional venha a

ser controlado.

A real possibilidade de cura está muito relacionada ao tempo com que o câncer se manifestou, pois o tratamento quando no início alcança grandes resultados positivos. Como estratégia de enfrentamento percebe-se que, a prevenção, os cuidados com a alimentação, com o corpo, e com a mente se tornam essenciais, nem sempre nos vemos no controle da nossa própria mente, para isto são indicados ajuda de profissionais especializados para que o paciente se fortaleça enquanto sujeito, podendo assim diante desta realidade obter um posicionamento, tendo a clareza dos possíveis resultados, diante de sua escolha frente ao tratamento.

2.2.2 Enfrentando as dificuldades e o preconceito.

No mundo contemporâneo no qual se vive, pode-se observar que os meios de comunicação estão tecnologicamente avançados, e que fica cada vez mais difícil acompanhar toda essa transformação na qual somos submetidos, novos produtos, novas exigências de trabalho. Em contrapartida, vemos uma população desassistida de políticas públicas que vive em condições mínimas de sobrevivência, em locais que sequer possui água encanada.

Mesmo com o grande investimento, percebe-se que a igualdade, equidade e justiça social são direitos que demoraram a ser alcançados, e diante deste context se encontra uma população que se classifica como população de baixa renda, sem escolaridade, desprovida de recursos que promovam uma autonomia e uma qualidade de vida.

Percebe-se que diante deste descontrole político e social, a população sofre os reflexos, passa a ser alvo das expressões da questão social, que geram grandes necessidades e demandas, como a de conhecer uma realidade como a do câncer. Esta doença é por muitos entendida somente como uma triste e terrível doença, sendo que esta se distingue em seus diferentes tipos, se vê necessário um trabalho de educação junto a população, mas como fazê-lo para que as informações venham a atingir a sociedade, promovendo as questões de prevenção, e diminuindo o grade número de pessoas com a doença. que segundo estatísticas cresce a cada ano. Esta falta de investimento para garantir a eficácia das políticas tem gerado um grande número de pessoas que passam a ser assistidas pelo INSS, como forma de garantir sua sobrevivência, um desfalque no cofre público, que afeta ainda mais a possibilidade de uma boa administração vir a ocorrer.

Contudo o que chega a ser preocupante dentro da realidade oncológica a partir de

análise, é que o preconceito é muito presenciado pelos pacientes, que além de estarem condicionados a um difícil tratamento, são muitas vezes julgados, ofendidos e às vezes maltratados, pois percebe-se que há uma dificuldade em se compreender o outro.

O paciente laringectomizado traz consigo, em sua maioria, um histórico de fumantes ou usuários de álcool, isto só basta para que se tornem alvos de comentários comuns como o de que é responsável, pois buscou passar por aquilo. Para eles esta conotação, faz com que se vejam fracos, pois é importante para todo ser humano ser bem avaliado, e nem sempre são entendidos em suas escolhas, não param pra pensar na dificuldade que este possui em abandonar o vício, não é realmente entendido em suas limitações.

Segundo Rúdio (1990, p. 41):

O homem é um ser que dá significado as coisas. Assim, por exemplo, não apenas eu vejo a pessoa que está diante de mim, mas ao mesmo tempo que vejo, dou-lhe um sentido: é amiga, gosta de mim, dedica-se por mim; ou, em caso oposto, é inimiga, odeia-me, fará tudo para me prejudicar etc. Assim, tudo que eu vejo, avalio. E as avaliações que faço, pelos significados que dou, despertam em mim uma emoção, levando –me a considerar o que vejo, como atraente ou repulsivo, como agradável ou desagradável.

A dificuldade de se comunicar, também pode favorecer o desligamento de vínculos sociais antes existentes, logo em pós operatório, este já não mais consegue dialogar normalmente e a impaciência e até mesmo o desconhecimento do que aconteceu com o paciente, faz com que as pessoas se afastem. Acontece de pacientes não saberem escrever, o que complica ainda mais a expressão de suas necessidades. O gesticular é uma saída até o alcance da voz esofágica ou mesmo da correta utilização do aparelho de eletro-laringe.

O paciente quando no uso do traqueostoma passa a ter freqüentes tosses, e durante um longo período estes geram secreções, isto se torna desconforto para o paciente e para algumas pessoas, , sendo um dos motivos que muitos se afastam.

Há pessoas que desconhecem o que é câncer, os tipos de prevenção e até chegam a pensar que este se adquire a partir do contato físico.

De acordo com Martinelli (2006, p. 135):

É absolutamente seguro dizer que não existe contágio de câncer. O câncer resulta das “mutações” de alguns genes iniciadas por uma ou várias causas. Essas lesões ocorrem muitos anos antes da manifestação do câncer e as células transformadas não podem se transferir de uma pessoa para outra.

Sem conhecer, alguns optam pelo não relacionamento direto com estes pacientes, que em sua situação de fragilidade, nem sempre conseguem analisar a situação, sofrem com a indiferença, mas quem tem culpa?. Cabe aos grupos de apoio existentes nestas instituições especializadas oferecer suporte ao paciente, orientá-los sobre as dificuldades de acesso que parte da população está inserida, sendo afetada e não assistida em seus diversos níveis. Cabe a cada cidadão ser um educador político, levando a orientação, para que haja maior abrangência dessas informações, buscando cessar todo tipo de indiferença e preconceito existente.

2.2.3 Uma nova maneira de viver.

O paciente laringectomizado a partir da cirurgia passa a viver uma nova vida, suas necessidades podem ser alteradas, deixa de viver sua antiga rotina e passa a conviver com determinadas limitações. A não possibilidade de trabalhar devido ao acompanhamento hospitalar que dura anos, pode vir a causar a sensação de impotência, e isto pode se agravar se este tinha a responsabilidade de provedor familiar. Devido a cirurgia ser um pouco evasiva, movimentos bruscos podem causar falta de ar, podem apresentar dificuldade para dormir devido a passagem do ar se dar pelo traqueostoma..

A alimentação também passa a ser mais restrita, pois há maior facilidade de se engasgar a partir da ingestão de determinados produtos, e o traqueostoma precisa estar sempre muito bem protegido, pois qualquer entrada de pó prejudica a respiração.

Outras preocupações como a entrada de água, não permitem que os mesmos entrem em piscinas, pequenas restrições que passam ser de extrema importância para garantir que o paciente alcance um bom resultado em seu tratamento.

Segundo Melo (2009, p. 55):

É interessante descobrirmos os caminhos sugeridos pelos limites. Na fraqueza que experimentamos, há sempre uma força sendo gestada. Esta regra está nos jardins. No silêncio da terra, as sementes precisam se entregar ao duro movimento da morte para que possam se transformar em frutos.

Essas transformações que os pacientes oncológicos sofrem, são entendidas e adaptadas ao dia-a-dia de cada um, e esta adesão é uma forma de garantir a continuidade da

vida. Pode se dizer que estas situações de alta complexidade pelas quais passam estes pacientes, chegam a causar alterações de valores e princípios, em alguns casos estes passam a compreender a vida com outros olhos, e muito do que lhe era importante passa a perder o valor, sendo substituído em geral, por coisas que todo ser humano tem acesso, ou seja o carinho, o respeito, e o simples fato de estar vivo.

Diante do sofrimento, as pessoas ficam vulneráveis, fragilizadas, e ignorar o sofrimento é uma forma de fuga. O sofrimento faz parte da condição de ser humano. Assim, também é comum do ser humano se martirizar com o problema em questão, buscando motivos que justifiquem o porquê que ele está vivenciando determinada situação.

Quando uma pessoa em tratamento oncológico não consegue administrar o sofrimento que a doença lhe causa, este tem maior dificuldade no processo de reabilitação, pois o corpo é território de dor, não só física, mas também psicológica, e uma pessoa que diante de suas atuais limitações consegue encontrar alternativas para superar suas dificuldades, consegue saborear a vida.

Existem casos de pacientes que enquanto esperam pelo soro quimioterápico, aprendem a fazer trabalhos manuais, artesanatos, enfim ocupam a mente aprendendo novas atividades, que depois se transformam em habilidades que geram lucros e contribuem com a renda familiar.

As pessoas possuem em si o fracasso e o sucesso, ambos na mesma medida, porém vence o que melhor for alimentado.

2.3 O papel da família e da sociedade no processo de tratamento do paciente oncológico.

Vivemos em uma sociedade de consumo, onde são priorizados os indivíduos produtivos, já que o valor social prioritário é o poder econômico. No entanto, quando uma pessoa passa, por motivos de doença, a não mais produzir, este é logo afastado da empresa que trabalha para que possa fazer um tratamento, e quando se sente em condições de voltar ao trabalho, muitas vezes se depara com outra pessoa exercendo sua função, e este que já está abalado com o diagnóstico de uma doença que é assemelhada à morte pela sociedade, torna-se também vítima do desemprego.

A família diante deste contexto tem um papel fundamental, pois ela é o refúgio, é o porto seguro, que as pessoas quando fragilizadas procuram abrigo.

O conceito de família mudou muito até os dias de hoje, pois na década de 80, de acordo com Silva (1987), a família é conceituada como um grupo de pessoas ligadas por laços de parentescos e que deve envolver uma série de sentimentos.

Com o decorrer do tempo, o conceito de família passa a ser visto de forma mais ampla. De acordo com Silva, Stanisci e Baccheto (1998), a família pode ser entendida como um conjunto de relações sociais, baseadas em elos de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecida.

A família é caracterizada por pessoas que moram juntas e que definem responsabilidades em comum, ou seja, ocorre divisão de orçamento, compartilham dos mesmos valores, ideais.

A sociedade sofreu grandes transformações, o casamento tradicional que definia a família, passa a não ser mais referência na construção familiar, os filhos passam a ser reconhecidos, sendo esses adotivos ou biológicos, e as uniões consensuais passam a ser reconhecidas.

A relação que se cria ao construir uma família, seja esta programada ou não, é a relação de troca, os pais criam os filhos, cuidam deles, porém criam a expectativa de que na velhice, na enfermidade, estes cuidarão e irão ampará-los, mas nem sempre isso acontece. O fato dos filhos não saberem lidar com a situação, ou simplesmente não assumirem as responsabilidades de um cuidador, pessoa que assume integralmente a responsabilidade pelo bem estar de seus pais, gera frustração e fragilidade de vínculos.

Segundo Caldas (1998 p.194-195):

Assim como existem familiares que monopolizam a função do cuidador e não aceitam ajuda de ninguém ou, quando aceitam, colocam ressalvas, pois são os únicos que sabem fazer as coisas, existe também àqueles que simplesmente fazem de conta que nada acontece e se afastam para evitar o sofrimento ou pelo medo de ter a doença e o mesmo fim. O cuidador contratado precisa entender que muitas dificuldades apresentadas pelos familiares não derivam da doença atual; tem uma anterioridade.

Em algumas situações como o adoecimento de um dos membros da família a responsabilidade de cuidar dessa pessoa é atribuída a uma instituição pública. Quando um membro familiar encontra-se enfermo, ocorre uma crise familiar.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (2006, p.263):

Art 2º § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O processo de culpabilização é comum entre as pessoas que enfrentam problemas familiares. Uma família em condições precárias, vulnerabilizada, às vezes quando inserida em programas de geração de renda, sente-se fracassada, culpada pelo seu processo de saúde e doença, gerando desistência no atendimento e até abandono da família no programa em que está inserida.

Os indivíduos precisam de referências para viverem em sociedade, e a família é a primeira referência, pois ela colabora na construção da identidade, é papel da família a inserção de seus membros nas relações sociais.

Filho (2002): constata que o desenvolvimento familiar e humano estão ligados. Sendo a família um lugar indispensável para a sobrevivência de seus membros familiares, é importante que essas tenham seus direitos garantidos, e tenham acesso aos serviços que propiciem um melhor bem estar social, independente do arranjo familiar ou da forma em que está estruturada.

Em toda família, os membros ocupam determinada posição, exercendo seus papéis e impondo sua autoridade no meio familiar. Assim como os papéis de cada membro, também são implícitas as funções de cada um, porém ao longo do tempo, em algumas famílias, é assumida ou renunciada a função de proteção e socialização de seus membros.

Segundo Mattoso (apud KALOUSTIAN, 2005, p.41):

Na África, ser primo ou irmão não implica qualquer vínculo consanguíneo. Os membros de uma mesma etnia consideram-se geralmente irmãos. Ser primo é sobretudo ser amigo. [...] O que define a família africana é o antepassado comum. Se a descendência se faz numerosa demais, um ramo separado constitui nova família. As sociedades africanas fundamentam-se, pois, na linhagem.

Hoje no Brasil, instituições como a igreja, grupos religiosos, psicólogos que trabalham com terapias de casais, entidades educacionais, centros de empreendimentos familiares, servem de apoio no fortalecimento dos vínculos familiares, além de serem instrumentos importantes para o regate dos vínculos.

O Assistente Social, embasado no Projeto Ético Político, com sua capacitação para trabalhar com essas famílias fragilizadas, consegue resgatar os vínculos afetivos que foram estabelecidos ou não ao longo dos anos, tornando o tratamento desses pacientes mais fácil, pois quando o paciente sente-se encorajado, para enfrentar seus medos e percebe que tem a família como suporte e a compreensão das pessoas que o cercam, mesmo que por algum momento pensem em desistir do tratamento, depois vem a necessidade de dar continuidade, até mesmo para não decepcionar essas pessoas que o apóiam.

Esses trabalhos de resgate dos vínculos familiares podem ser desenvolvidos pelo Assistente Social, de forma interdisciplinar, junto com um psicólogo, pois o diagnóstico do câncer gera traumas, angústias, medos, sentimentos de culpa, o trabalho interdisciplinar ao mesmo tempo em que trabalharia o psicológico abalado dos pacientes e seus familiares, também trabalharia quanto às informações sobre os recursos disponibilizados pelo hospital onde o paciente efetuará o tratamento, quanto aos direitos e benefícios que estes têm enquanto cidadãos.

O profissional em Serviço Social para atuar na contemporaneidade deve reforçar a vinculação entre ética, política, vida social, vida profissional, pois a sociedade é complexa e exige um posicionamento embasado no PEPSS, que é o suporte que tem a finalidade de garantir a prática profissional.

Assim, ao trabalhar de forma comprometida, priorizando o bem estar dos pacientes e o bom convívio familiar, estima-se que a redução de abandonos dos pacientes em hospitais, além de fatores que atrapalham o desenvolvimento do tratamento oncológico diminuirá, porém é necessário trabalhar também a importância familiar com a sociedade, educando-a de forma que a sociedade também priorize o convívio familiar de seus membros.

2.4 O Hospital Amaral Carvalho de Jaú

O Hospital Amaral Carvalho como nos refere Freitas (2005): surgiu em 1915, como um estabelecimento de maternidade denominada Maternidade de Jaú, sendo o proprietário do terreno onde seria construído o estabelecimento o coronel Domingos Pereira de Carvalho e sua esposa Ana Marcelina de Carvalho, com o objetivo de seu filho doutor Antônio Pereira do Amaral Carvalho assumir as responsabilidades da maternidade, já que este tinha conhecimentos na área da saúde.

Assim foi criada também a Associação de Damas de Assistência à Maternidade e à Infância.

O terreno só passou a ser focado com o objetivo de se tornar realmente a maternidade, quando houve uma crise e as plantações nas fazendas, inclusive o café não gerava mais lucro aos fazendeiros.

A Maternidade do Jaú deu início a seu funcionamento em 22 de março de 1936, sendo feito o atendimento dos casos mais simples na Policlínica, deixando para a sede da Maternidade as cirurgias mais importantes.

As moças da região passaram a ser treinadas até se tornarem profissionais em enfermagem.

Com a morte de Antônio Pereira do Amaral Carvalho, a Maternidade por sugestão da esposa e viúva de Antônio, passa a ter um novo diretor clínico, o senhor Pedro Brandão. E na mesma Assembléia em que este foi nomeado a diretor, a Maternidade passa a ser renomeada como Hospital e Maternidade Amaral Carvalho, em 1954.

Assim, os procedimentos médicos foram modernizados e outros profissionais de outras especializações passaram a atender no Hospital.

Em 1937 o presidente Vargas criou no Rio de Janeiro o Centro de Cancerologia, que em 1961 se transformou em Instituto Nacional do Câncer, que propiciaria a formação de recursos humanos especializados para todo o país. O Brasil na década de sessenta recebeu a adoção de radioterapia, porém devido a elevada radiação, causava graves seqüelas como queimaduras e comprometimento de outros órgãos, não sendo possível obter índices de cura superiores a vinte por cento dos casos.

Devido às mudanças ocorridas nessa década, o médico Montenegro especialista em oncologia passa a trabalhar no hospital, dando início à especialização do Hospital e Maternidade Amaral Carvalho em Oncologia Médica, firmando um convênio com o sistema público de saúde para atendimentos oncológicos, logo após conseguir o equipamento convencional de radioterapia.

Outros médicos especialistas em determinadas áreas oncológicas passaram a trabalhar no hospital, ampliando a equipe médica e os leitos, tornando-se o maior hospital oncológico de todo o interior paulista com repercussão estadual, e em 1975, o hospital passou a ser denominado apenas como Hospital Amaral Carvalho, exercendo somente atendimentos oncológicos.

A população usuária da Fundação Amaral Carvalho era e ainda é composta por pacientes com neoplasia maligna, de toda faixa etária, de ambos os sexos e em grande maioria de classe sócio-econômica baixa de Jaú, região e todo o estado de São Paulo e outros

estados, sendo que o Hospital Amaral Carvalho atende principalmente pelo SUS.

Somente na década de noventa, com a necessidade de oferecer um suporte a essa população que estava em tratamento no hospital e seus familiares, houve o processo de estruturação de voluntárias brasileiras de apoio a assistência à saúde, contando com mais de três mil e quinhentos voluntários.

Em 1996 foi implantado no hospital a Coordenação de Assistência Social da Fundação Amaral Carvalho, encarregada de fomentar o surgimento e coordenar a atuação de associações formais ou informais de voluntários na região, a fim de promover o apoio aos pacientes oncológicos carentes e suas famílias, oferecendo um novo modelo de atuação em prol da saúde.

Também foram dinamizadas três entidades já mantidas pela Fundação Amaral Carvalho, sendo essas: a Entidade de Assistência Social Anna Marcelina, a Casa de Apoio Ignês de Carvalho Montenegro e a casa de Apoio a Infância Maria Augusta do Amaral Cesarino, sendo que a primeira foi criada para dar suporte aos pacientes hospitalizados e as outras para dar hospedagem, alimentação e cuidados aos pacientes vindos de outras cidades. Surgiram depois cinco outras casas de apoio.

Hoje o Hospital Amaral Carvalho de Jaú é uma entidade de natureza privada, vinculada ao Estado, especializada na área da saúde, e mantida pela Fundação Antonio Prudente, sem fins lucrativos, que tem por finalidade a prestação de serviços especializados em oncologia, a quem dela necessitar a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde com qualidade, oferecer acompanhamento integral aos pacientes oncológicos e atendimentos especializados como: odontológico, fonoaudiológico, terapêutico, nutricional, psicológico e social. Um hospital conceituado e reconhecido como um dos principais centros de diagnóstico, ensino e pesquisa sobre câncer da América Latina, que possibilita a formação de oncologistas e o alcance de novas técnicas de especialidades, considerada hoje a melhor do Brasil.

A Fundação mantém o hospital com atendimento de cerca de 90% SUS e 10% particular e convênios. O hospital realiza cirurgias para o tratamento especializado de neoplasia maligna, atendimento em ambulatórios e enfermarias de TMO, hematologia, pediatria, oncologia, ginecologia e urologia, oferecendo também para pacientes ambulatoriais, internados ou como prestadora de serviços como raio x, tomografia, exames de medicina nuclear, radioterapia, braquioterapia, quimioterapia, entre outros. É realizada doação de medicamentos, refeições e encaminhamento à Casa de Apoio para pacientes SUS que residem em outras cidades e fazem tratamento diariamente. Também mantém o acompanhamento integral aos pacientes oncológicos, incluindo o tratamento de hepatite,

anemia, hitotripsia, odontológico, fonoaudiológico, fisioterapêutico, nutricional, psicológico e social. O Hospital Amaral Carvalho conta com setor especializado em transplante de medula óssea - TMO, sendo reconhecido como uma referência nacional.

A Instituição nos dias atuais ampliada, e referenciada por todo o estado brasileiro, disponibiliza não mais treinamentos e especialização apenas aos médicos, mas também aos funcionários na área da gestão administrativa.

É um hospital que por toda a sua história, conseguiu ser reconhecido como um hospital capacitado e com recursos modernos para tratar os pacientes que dele necessitam. Como qualquer outro órgão, passou por crises, porém as superou, não deixando que a qualidade do tratamento dos pacientes fosse afetada. Mudou alguns objetos desde a data em que foi construído o hospital até os dias atuais, porém o foco permanece o mesmo, que visa o bem estar dos pacientes e sua melhor qualidade de vida, proporcionando meios para que estes tenham um tratamento humanizado e com qualidade.

Talvez essa visibilidade em proporcionar um tratamento adequado aos pacientes é que faz a diferença e distingue a Fundação Amaral Carvalho de todos os outros hospitais.

2.5 O Serviço Social na saúde

O Serviço Social que na contemporaneidade é uma profissão técnica- operativa, teórico metodológica, sofreu grandes transformações da década de 30 até os dias atuais, pois quando surgiu a profissão, ela tinha como propósito o enfrentamento da questão social, contando com o suporte da igreja católica, responsável pela formação dos primeiros Assistentes Sociais no Brasil, com o objetivo de amenizar as lutas sociais que eram crescentes nesse período. Os Assistentes Sociais realizavam ações assistencialistas, religiosas e filantrópicas. Só em 1960 é que ocorreu a reconceitualização do Serviço Social, e os profissionais da área, passam a trabalhar com as demandas da população visualizando os usuários das políticas públicas em sua totalidade.

A saúde pública que até então era predominante, a partir dessa década deu espaço a medicina previdenciária, que veio substituir as Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas pelos proprietários de indústrias, que garantia aos seus trabalhadores medicamentos, assistência médica, aposentadoria e pensão. Com essas mudanças, tinha direito a medicina previdenciária todo cidadão que contribuísse com a previdência.

Com a reconceitualização, surge o Projeto Ético Político, que é um conjunto de componentes como investigação, normatização, recursos políticos- organizativos que

direcionam os profissionais em suas ações. Este projeto foi compreendido como a implantação de medidas que corrijam as disparidades sociais para elevar o nível de vida da população.

De acordo com Iamamoto (2005, p. 146):

É fundamental, ainda, que os projetos de trabalho elaborados estejam calçados em dados e estatísticas disponíveis, munidos de informações atualizadas e fidedignas, que respaldem a capacidade de argumentação e negociação dos profissionais na defesa de suas propostas de trabalho.

A Reforma Sanitária que teve início em meados dos anos 70 propõe que os Assistentes Sociais trabalhem na democratização do acesso as unidades e serviços de saúde, humanização nos serviços, interdisciplinaridade entre profissionais da saúde, acesso as informações, enfim, propõe qualidade no atendimento dos usuários da saúde.

Após a Constituição Federal, passam a ser integradas a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, formando um tripé, cujo direito é de todos e o dever de garanti-los é do Estado.

De acordo com a Lei da Seguridade Social (2006, p. 182):

Art. 194- A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à Saúde, a Previdência e à Assistência Social.

Ao ser regulamentada a lei, entende-se que haja harmonia entre os setores, de forma que as políticas sociais que garantem os mínimos aos cidadãos sejam substituídas.

Em 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, que permitiu a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências.

Na saúde, devido às expressões da questão social, o Assistente Social é chamado para atuar, de forma a administrar as demandas dos usuários e a insuficiência dos recursos disponíveis na prestação dos serviços requeridos.

O Assistente Social ainda trabalha amenizando as desigualdades, onde os direitos sociais são ameaçados, principalmente o direito à vida.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde, (2006, p. 263):

Art. 3º- A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A sociedade assimila o adoecer com o não produzir capital, e assim, esse indivíduo passa logo a ser excluído, para que os que trabalham com esse doente não fiquem sobrecarregados, diminuindo o nível de produção. O papel do hospital diante dessa realidade é recuperar quando possível esses indivíduos, e devolvê-los à sociedade na sua situação anterior. Porém, nem sempre é possível, pois quando um paciente após o diagnóstico de sua doença tem que mudar todo o seu hábito, em função de um tratamento, ele se sente fragilizado, e preocupado, pois a incerteza de como irá reagir ao tratamento e se após o mesmo terá o seu emprego de volta, causa grandes abalos na vida dessas pessoas, fazendo com que algumas tenham mais dificuldade de aceitação quanto ao diagnóstico, enquanto outros, em situações extremas interrompem o tratamento.

Com a inserção do Assistente Social na saúde, a integralidade e a intersetorialidade das ações passaram a ser asseguradas. O profissional ainda desenvolve ações educativas, voltadas para a prevenção e controle do processo saúde/doença. Porém ao realizar o seu trabalho, o profissional trabalha nas contradições existentes no Sistema Único de Saúde, onde existem as precariedades na qualidade dos serviços e recursos.

Os Assistentes Sociais que atuam na área da saúde vendem sua força de trabalho e assumem em contrapartida o mandato social de cuidar para que os enfermos tenham um melhor bem estar. Também informa a família dos pacientes que vão a óbito, proporcionando à família melhor maneira possível de transpor o processo de luto.

É exigido pela Constituição (art. 196) o acesso universal e igualitário às ações e serviços que garantam a promoção, recuperação e proteção da saúde, porém esse direito que deveria ser garantido a todos que necessitam de atendimento, devido à distância onde ocorre à prestação dos serviços, dificulta o acesso aos usuários. Cabe ao profissional de Serviço Social criar medidas que atendam às descentralizações dos serviços prestados.

No exercício da profissão do Assistente Social é que são reconhecidos os subsídios que este profissional é capaz de fornecer à equipe interdisciplinar na visão socioeconômica e cultural dos pacientes, pois além de instrumentalizar a ação profissional ainda permite colaborar com a equipe no tratamento do paciente com base na realidade de cada um. É necessário ainda que o profissional de Serviço Social construa alternativas profissionais que superem as atividades técnico- burocráticas e focalizem a ação técnica política, com o objetivo de viabilizar a participação popular, a elevação da consciência sanitária e a

ampliação dos direitos sociais.

2.5.1 O trabalho do assistente social junto ao paciente oncológico

O assistente social é considerado atualmente um profissional dinâmico que em pouco tempo conquistou espaço e se insere em diferentes campos de atuação, busca a partir de seu agir, garantir a efetivação dos direitos da sua população usuária a fim de disseminar o trabalho atualmente embasado teoricamente já que profundas alterações ocorreram na categoria no decorrer dos anos, no propósito de extinguir a visão paternalista, de simples carreira filantrópica. Tem como objetivo as ações junto às respectivas instituições, sendo reconhecido como pesquisador, capacitado para a execução, monitoramento e avaliação, pois possui comprometimento ético, analisa criticamente a realidade, visualizando possíveis aspectos relevantes de trabalho.

O assistente social foi designado para a área da saúde a fim de promover a garantia dos direitos, faz parte da seguridade social, e hoje uma política e deve ser entendida como direito.

De acordo com a LOAS (2005, p. 85)

Art 1º- A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realiza através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento as necessidades básicas.

O setor de Serviço Social da Fundação Amaral Carvalho tem como objetivo principal contribuir com a promoção do atendimento humanizado, viabilizar o acesso aos benefícios disponíveis aos pacientes oncológicos, através de ações que propiciem a garantia dos direitos visando a superação das dificuldades apresentadas diante do diagnóstico, recuperação de sua saúde e qualidade de vida. O trabalho é desenvolvido com o paciente e sua família visando sempre o reestabelecimento e inclusão social. O Serviço Social busca minimizar as dificuldades sócio-econômicas decorrentes do sistema capitalista através da compreensão e ação frente às demandas oriundas das expressões da questão social, buscando intervir na realidade bio-pisico-social dos usuários, propiciando a sua emancipação e tendo uma atuação pautada no código de ética do Assistente Social, buscando incessantemente efetivar e garantir seus princípios fundamentais frente a esse contexto. Os projetos que são

desenvolvidos pelo Serviço Social em conjunto com outros profissionais prioriza ao paciente melhor qualidade de vida e a continuidade do atendimento prestado junto à uma equipe multidisciplinar de forma a contribuir para a realização do tratamento médico.

A equipe do Departamento de Serviço Social do Hospital Amaral Carvalho é constituída por 8 assistentes sociais, 2 recepcionistas e 1 telefonista.

O Projeto Ético Político é a base para uma boa formação e atuação acadêmica, significa o compromisso com a competência que perpassa o agir profissional, diante do contexto social apresentado o profissional tem que criar estratégias e abrir caminhos para o enfrentamento das demandas emergentes, pois dessa forma existe a possibilidade de responder com eficácia e competência às demandas que são postas no dia à dia, independentes de serem tradicionais ou emergenciais. O profissional deve estar pautado nos princípios do Código de Ética, garantindo aos pacientes acesso aos seus direitos, sejam eles: previdenciários, trabalhistas (baseada na legislação), institucional e serviços públicos

O Serviço Social atua na efetivação dos direitos sociais de cada usuário, possibilitando a informação e orientação, rompendo com o posicionamento de subalternidade, oportunizando acesso aos serviços, e estabelecendo parcerias para o alcance da emancipação. Realiza um trabalho junto a uma equipe interdisciplinar, diversidade de conhecimentos e que exige dos profissionais envolvidos uma postura, e se torna um desafio de crescimento da equipe, favorecendo a realização de um trabalho humanizado, na qual o usuário passa a ser reconhecido como sujeito de direitos, garantindo assim maior qualidade na prestação de serviços aos pacientes oncológicos.

O Assistente Social tem como comprometimento a elaboração de estratégias de enfrentamento da expressão da questão social na qual se apresentam como a ausência de saúde, fator relevante, já que a cultura da sociedade contemporânea se volta para a questão curativa, sendo que não são possibilitados meios de prevenção que atenda toda uma população, desfavorecendo os que não possuem recursos econômicos ao acesso que deveria ser igualitário já que é de primazia do Estado a efetivação destas políticas, que não são supridas e acarretam demandas. Outro reflexo também pode ser a falta de informação que decorre em sua maioria da falta de escolaridade, visto que se vivem uma condição educacional que não propicia o crescimento do indivíduo, pois não é despertado o interesse pela leitura e pesquisa, o que favorece a uma alienação, não construindo conhecimento e nem o vivenciar da análise e da crítica.

A maioria das expressões da questão social que se apresentam em campo advém da pobreza, expressão esta que serve como base de análise ao profissional, constatada através de estudo socioeconômico, pois em sua população alvo fica visível que grande parte da

população de baixa renda é analfabeta ou possui baixa escolaridade.

Compete ao serviço social proporcionar a efetivação dos direitos sociais, principalmente o direito à saúde, garantir o atendimento humanizado do paciente oncológico, buscando condições para proporcionar um tratamento digno, visando a reestabilização do paciente, exercitar o instrumental técnico-operativo do Serviço Social, sistematizando de acordo com sua intencionalidade, refletir sobre as dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo sobre o cotidiano do trabalho profissional, relacionando a teoria com a prática.

Tendo como competência teórica, objetivos de formação profissional como:

- Desenvolver capacidade de propor, gerir e executar propostas criativas e inovadoras que respondam as demandas sociais colocadas à profissão;
- Fundamentar a teoria e metodologia aprendidas na graduação, nos atendimentos diários das demandas;
- Proporcionar o desenvolvimento da capacidade de liderança, versatilidade, capacidade de negociação, de argumentação, resolutividade, além da habilidade para o trabalho interdisciplinar;
- Desenvolver atividades que irão ao encontro com a real proposta do Serviço Social, com a postura embasada no código de ética;
- Proporcionar abertura a medidas de trabalhos entre equipes interdisciplinares, visando melhor resolução das demandas postas;

A população atendida é composta por pacientes portadores de neoplasia maligna, provenientes de Jaú e região, Estado de São Paulo e de outros Estados; em que busca se conhecer a realidade e o contexto de cada sujeito.

Esses contextos podem ser elucidados em:

- Diagnóstico (doença);
- Situação Sócio econômica;
- Idade;
- Sexo;
- Escolaridade;
- Função Profissional;
- Função Social;
- Problemas apresentados;
- Habitação;

- Lazer;
- Naturalidade;
- Efetivação da cidadania;

As demandas apresentadas nos Hospitais Oncológicos são inúmeras, porém o Assistente Social precisa estar capacitado para atender demandas desde as mais emergentes como as mais tradicionais.

Tradicionais:

- Falta de informação;
- Baixa situação socioeconômica;
- Falta de vaga na casa de apoio;

Emergentes:

- Fragilização de vínculos;
- Falta de capacitação dos cuidadores;
- Dificuldade na agilização de transporte;

O Assistente Social realiza atendimento a óbito, e a família é informada sobre os procedimentos exigidos, bem como o registro em cartório de Jaú, avalia o paciente, e, quando necessário, solicita acompanhante para que o mesmo não fique sozinho na casa de apoio, constata a necessidade de atestados, e orienta paciente e familiares sobre direitos a serem acessados, sugere junto à equipe a possibilidade de transferência do paciente para cuidados clínicos em município de origem quando a família não possui condições para o cuidado domiciliar. Na indisponibilidade de cuidadores, procura articulação junto às redes de combate ao câncer, e serviços como o PSF, que acompanha casos domiciliares e possibilita a contra-referência sobre estes cuidados e o estado do paciente em recuperação. Tem como parcerias o Conselho Tutelar, o qual aciona quando diagnosticada a vulnerabilidade, maus tratos e a negligência frente ao tratamento da criança e/ou adolescente.

Diante das demandas, o Assistente Social procura promover serviços que visem a articulação com as políticas sociais e políticas públicas. Considerando que cada especificidade da doença possui seus traços, e cada paciente em seu contexto possui sua necessidade, ou seja, estas se apresentam de diferentes formas, para a atuação e articulação junto aos serviços que promovam e garantam o acesso do paciente. A partir do que lhe é apresentado, busca esgotar as possibilidades para alcançar o objetivo de garantir um atendimento qualitativo.

Segundo Faleiros (1999 p. 31):

A articulação das mediações particulares, individuais ou coletivas, exigidas pelo trabalho cotidiano, com as exigências do contexto econômico, político, imaginário, ideológico é que vai permitir a construção de estratégias no tempo social, familiar e específico colocado pelos usuários na relação com a intervenção profissional/institucional. Esta perspectiva, que esteve sempre implícita em nossos trabalhos, não descarta o papel ativo dos atores sociais nem as condições em que atuam. Esta imbricação entre sujeito e estrutura/conjuntura/situacional é que se define o objeto da intervenção.

O assistente social na área oncológica realiza o papel de educador político, no qual tem como responsabilidade mostrar os pertinentes caminhos para a adesão aos serviços e benefícios aos pacientes como forma de inseri-los nas políticas do tripé da seguridade social, promovendo assim a disseminação desses direitos.

2.6 O grupo de apoio aos pacientes laringectomizados no Hospital Amaral Carvalho.

Grupo pode ser entendido como uma reunião de pessoas a fim de uma interação, com fins de um objetivo em comum, na qual se expandem em seus diferentes tipos de grupos sociais, como grupos familiares, grupos vizinhos, ou seja de vizinhos, grupos religiosos como igrejas, grupos educativos que geralmente acontecem em instituições educacionais, grupo de lazer, grupo profissional e grupo político que envolve políticos e partidos.

As características de um grupo vão sendo formadas a partir das contribuições de cada envolvido, este é constituído com a finalidade de atingir um objetivo, exige a organização, um líder, para garantir a funcionalidade e a ordem a partir de uma ação sistematizada e coerente, acerca das necessidades a serem trabalhadas.

Segundo Wikipédia:

Grupo é um sistema de relações sociais, de interações recorrentes entre pessoas. Também pode ser definido como uma coleção de várias pessoas que compartilham certas características, interajam uns com os outros, aceitem direitos e obrigações como sócios do grupo e compartilhem uma identidade comum — para haver um grupo

social, é preciso que os indivíduos se percebam de alguma forma afiliados ao grupo.

Alguns grupos nos remetem à visão de pertencimento, pois as interações chegam a ser tão afinadas que ultrapassam o puro e simples contato com o outro, no qual prevalecem os laços mais afetivos e as relações passam a ser mais fortes, e às vezes de dependência.

Um grupo pode ter em seu eixo vários objetivos inseridos, alcançá-los, remete ao profissional uma postura, exige responsabilidade, articulação e conhecimento teórico, que serve de embasamento para a prática, e que vai sendo aperfeiçoada em campo nas determinantes exigências de cada realidade grupal.

A interação dos envolvidos deve acontecer de forma natural, mas o trabalho junto a diferentes pessoas se constituem de diferentes costumes, pode se dar em longo prazo, dependerá do posicionamento de cada indivíduo, da aceitação, características a serem trabalhadas pelo líder para eficácia do propósito em questão. Contudo o grupo trabalhado de forma coerente traz grandes benefícios. Concretizado há três anos, o Grupo de Apoio do Hospital Amaral Carvalho foi desenvolvido a fim de atender os pacientes em tratamento ambulatorial, estes advindos de cirurgia de laringectomia total, a fim de promover o acompanhamento, promovendo a recuperação e garantindo a prevenção a partir de possível regeneração da doença. Um trabalho desenvolvido a partir de uma demanda emergente.

É uma idéia que deu certo e hoje possui grande aceitabilidade por seus adeptos, considerando, uma pequena taxa de deficiente assiduidade de alguns pacientes, bem como a dificuldade na adesão do tratamento por todos, já que muitos nem chegam a dar início ao tratamento, uma opção que em média gera grandes complicações, estas geralmente emocionais. Possui média rotatividade, pois é um resultado que acontece a longo prazo.

O grupo tem como finalidade o apoio a determinadas circunstâncias que permeiam a realidade do sujeito devido à perda da voz, e seus possíveis reflexos. Estes profissionais como psicólogos, Assistentes Sociais e outros constituem a elaboração e construção de um trabalho interdisciplinar, em que cada profissional em suas atribuições se complementam na garantia de promover o bem estar do paciente. Trabalho fundamental, peças que se encaixam como quebra cabeça para o desenvolvimento de uma prática voltada para a qualidade no atendimento ao usuário.

O trabalho interdisciplinar depende muito da intencionalidade de cada profissional, a elaboração de ações concretas devem sempre estar pautadas em um código de ética, comprometimento que faz com que a equipe cresça, se destacando e alcançando os

resultados esperados, se fazendo necessário o freqüente monitoramento e avaliação de trabalhos realizados junto a esses usuários, mas este só é possível a partir de uma articulação, pois cada sujeito se apresenta com seus valores e princípios, cada qual possui uma visão da realidade, e estas diferentes formas de pensar devem ser respeitadas.

De acordo com Marques e Ramalho (1989, p. 83):

O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber; deveria ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer limites do seu saber e receber contribuições de outras disciplinas. Toda Ciência seria complementada por outra e a separação entre as ciências seria substituída por objetivos mútuos. Cada disciplina dá sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e seus conceitos.

Os participantes do grupo se reúnem uma vez por semana, os quais passam por atendimento durante toda a manhã, cada profissional possui um período de tempo específico, este determinado em tempo cronológico, facilitando a participação, sendo que o Hospital Amaral Carvalho possui ampla cobertura de atendimento na região, atendendo diversos municípios, e os pacientes, em sua maioria são de baixa situação econômica, recorrem aos serviços de transporte do município para a continuidade do tratamento.

Primeiramente, os pacientes são atendidos pela fisioterapeuta, que exerce um trabalho a partir de exercícios próprios, após este atendimento entra o trabalho da fonoaudióloga que consiste na reabilitação da fala, ensinando os pacientes a partir de seções, a voz esofágica, e a utilização do aparelho de eletrolaringe que serve como meio facilitador para comunicação.

A psicóloga tem papel de grande relevância dentro do grupo, seu trabalho se baseia em potencializar os usuários, fortalecendo-os e possibilitando a interação, na qual discutem suas experiências de vida, expondo suas dificuldades enquanto pacientes oncológicos, relatam anseios, e até fraquezas frente ao tratamento.

A enfermagem busca conhecer as necessidades de cuidados que se encontra cada paciente, ouve queixas, esclarece dúvidas já na internação quanto ao tratamento domiciliar, e quanto ao pós operatório, ensinando os pacientes a se utilizarem da cânula, ressaltando os devidos cuidados com a higiene da mesma para a não obstrução, e orienta sobre a precaução de amarrar a corda da cânula à lateral do pescoço para que se necessário, seja de fácil retirada, e nunca deve ser dado nenhum tipo de nó, já que o paciente passa a respirar pelo tráqueostoma, o único meio de entrada de ar. Também agiliza consulta médica para pacientes que apresentam sintomas como dores fortes ou outras complicações.

Segundo Santo e Souza (2007, p.35):

O objetivo do cuidar na enfermagem é compreender que o cuidado é dispensado a pessoas que são seres que vivem e crescem através do cuidado e que aprendem a amar e serem amados desde o seu nascimento

. A experiência do cuidado é um processo recíproco e requer o conhecimento de ambas as pessoas que estão envolvidas no cuidado. As pessoas envolvidas precisam perceber o outro em sua totalidade, através de um relação mútua, na qual a confiança e a coragem são necessárias. Esse processo mútuo é iniciado quando os enfermeiros entram no mundo do outro e o outro os convida para sua vida, e seus sentimentos mais íntimos.

O trabalho da nutricionista também se inicia como a dos outros profissionais já na enfermaria, na alta do paciente, orienta este e família sobre a administração da alimentação enteral, informa sobre a importância de uma boa alimentação, na qual cada paciente exige seus específicos cuidados nos pós operatório e o acompanhamento se torna essencial, bem como a verificação de peso e medida que são métodos que garantem uma boa avaliação sobre a adaptação de uma dieta ou até mesmo da adesão a esta. A contrapartida torna-se fundamental para que o paciente se sinta disposto para o tratamento.

A terapia ocupacional busca envolver os pacientes em atividades de recorte e colagem, pintura, e todo tipo de arte, tendo como objetivo proporcionar a verbalização dos sentimentos a partir de processos organizados de ação, na qual eles se interagem, tendo como aprendizado alternativas de geração de renda, bem como disponibiliza momentos em que estes demonstram habilidades, colaborando com o processo de ensino.

O serviço social desenvolve em sua prática junto aos usuários, dinâmicas, jogos, palestras informativas, agiliza documentações pertinentes ao tratamento, realiza contato com transporte para que o paciente possa retornar ao município de origem e documentos, bem como oferece suporte à família e paciente, articulando junto aos municípios para a efetivação dos direitos, garantindo o acesso aos bens e serviços.

Vale lembrar que o trabalho junto a estes pacientes acontece a partir da internação, na qual os profissionais se envolvem em um trabalho interdisciplinar para dar suporte ao paciente desde sua chegada ao setor de cabeça e pescoço.

É importante que haja humanização no trabalho junto a grupos, se mostrar receptivo e atencioso, para que o conseqüente posicionamento profissional desperte no usuário a maior aceitação no tratamento, podendo através destes momentos se sentir à vontade para expressar-se.

Segundo Torres (1990 p. 15):

O homem se realiza no processo de enfrentar os outros e de se colocar a vontade no mundo. Por esta razão, para um trabalho efetivo com grupos não basta apenas aprender algumas técnicas para empregá-los como receitas ou fórmulas exatas. Mais importante do que regras e exercícios é a sensibilidade, o conhecimento da dinâmica de grupo,, a percepção e compreensão dos fenômenos sociais e, sobretudo, a crença na capacidade inesgotável de crescimento do ser humano.

Cada individuo possui sua particularidade, as dificuldades que vão sendo apresentadas no infringir do cotidiano nos revelam que todos estamos sujeitos a situações de extrema complexidade, e que nem sempre estaremos preparados para o enfrentamento destas.

Os serviços de apoio são de extrema importância, à continuidade do tratamento, garantem o equilíbrio, um contraponto a uma política de educação ineficaz, que não implementa suas ações de forma igualitária. O trabalho consiste na promoção da vida, levando conhecimento, informações sobre diversos assuntos relevantes e pertinentes ao individuo que possibilitam visualizar o paciente como sujeito de direitos, e que merecem um olhar de reconhecimento em virtude dos conflitos e que o câncer acarreta, envolvendo paciente e família.

O aconchego que o grupo possibilita, faz com que os envolvidos passem a se ver como família, considerando a falta de vínculo de alguns pacientes. O grupo possibilita a construção de novos relacionamentos, traz um convívio, laços que podem perdurar e trazer ao paciente o sentimento de compreensão, carinho e sentimento de pertencimento.

2.6.1 O Serviço Social e as ações coletivas

O serviço social frente a atual realidade se depara com a necessidade de desenvolver sua prática voltada para as ações coletivas. O profissional que vem trabalhar com as relações interpessoais, vendo sempre nos interesses e necessidades do sujeito diferentes formas de atuação, busca a partir de ações coletivas a complementaridade de um trabalho individual, dando continuidade a um projeto que vise o alcance da efetiva qualidade na vida destes. Um trabalho que surgiu do reconhecimento de sua competência e olhar critico.

Segundo Morsoletto (2009):

É fundamental para o exercício da profissão de assistente social, que este profissional planeje e promova atividades voltadas para o bem estar coletivo e para a integração do indivíduo na sociedade, respeitando e priorizando sua individualidade nas ações coletivas.

Se envolver com um grupo de pessoas, seja este para diferentes fins, exige do profissional um grande dinamismo, um posicionamento de comprometimento, ética e de muita capacidade técnica. Cada indivíduo possui sua potencialidade, particularidade esta que deve ser respeitado, para que não haja frustração a partir das desenvolvidas atividades.

O assistente social tendo uma visão de contexto, estabelece os objetivos a serem alcançados, no propósito de despertar o interesse e a consciência crítica, para que ocorra uma transformação de atitudes e pensamentos, estes muitas vezes negativos, que tendem a confrontar o sujeito, o tornando desmotivado diante de um momento difícil, a qual precisa ser superado. Trabalhos motivacionais buscam contribuir para o rompimento desta estagnação, possibilitando uma nova conduta humana, que varia de acordo com cada problemática.

A princípio a preocupação de se formar um grupo se volta para a possível interação dos envolvidos, já que a adaptação é um processo que vem a ser mão dupla, tanto para o líder, quanto para a população alvo, pois conduzir-se no propósito de alcançar metas exige a participação, a aceitação e relacionamento, e esta só acontecerá a partir de uma colaboração, se baseando em uma sistematização planejada e concisa.

Como cada indivíduo possui sua individualidade, estas diferenças tornam-se mais evidentes dentro de um grupo. Muitas qualidades se acentuam a partir deste relacionamento, se diferenciando por seus valores, costumes, permitindo o conhecimento do “eu” enquanto coletivo, podendo ocasionar crescimento pessoal e alterações de comportamentos, devido a uma auto-avaliação.

O ser humano tende a se sentir mais forte com o outro, o amparo e as trocas de experiências fortalecem expectativas positivas frente a questões que se apresentavam de forma isolada, esta abertura de poder expressar as dificuldades que encontramos no decorrer da vida, compartilhando angústias, sofrimentos, faz com que o sujeito não se veja sozinho, encontrando a esperança de encarar e de vencer cada batalha. Muitos sentem vontade de ser fortes, mas não se sentem capazes, pois esperam o apoio, e quando este é oportunizado, somatizam, alcançando grandes resultados.

As alternadas estratégias para se trabalhar com grupo, como jogos, dinâmicas e palestras, se tornam instrumentais riquíssimos quando bem utilizados, possibilitando

desvelar sentimentos escondidos, abafados pelo silêncio e pela tristeza. Às vezes, por se sentirem desprotegidos se calam e o grupo em seu decorrer pode servir como resgate, pois a retratação da baixa auto-estima, a falta de confiança e muitas vezes a falta de afeto que vão se apresentando para o assistente social a partir das atividades aplicadas são chaves mestres para a elaboração de novas alternativas voltadas para atingir seu público, a fim de trabalhar com as demandas tradicionais, mas também emergentes.

O diálogo dentro de um grupo é fundamental, este deve ser uma conversa entre duas ou mais pessoas, mas nunca uma conversa autoritária, pois a imposição dificulta a participação, não permite que os envolvidos se sintam confortáveis pra ouvir, falar e discordar, enfim, não produzir um diálogo de ajuda é criar uma condição desfavorável. Não significa fazer com que outro pense como eu penso, mas sim que ele possa refletir sobre suas decisões e escolhas perante a vida.

A intervenção do profissional deve servir para iluminar os caminhos do usuário, os caminhos a serem percorridos, mas cabe a estes decidir.

Segundo Martinelli (1998):

O Serviço Social é uma profissão que trabalha no sentido educativo de revolucionar consciências, de proporcionar novas discussões, de trabalhar as relações interpessoais e grupais. Assim, a intervenção do assistente social é uma atividade veiculadora de informações, trabalhando em consciências, com a linguagem que é a relação social que estando frente às mudanças sociais, pode desenvolver um trabalho de articulação e operacionalização, de interação de equipe, de busca de estratégias de proposição e intervenção, resgatando-se a visão de integralidade e coletividade humana e o real sentido da apreensão e participação do saber, do conhecimento.

Dentro da área da saúde, ao se trabalhar com enfermos, nos deparamos com um mundo de ansiedades e preocupações que rodeiam a mente destes pacientes, frustrações pelos desejos, sonhos ainda não conquistados, esta aflição existe e não pode ser desconsiderada. O serviço social possui autonomia para trabalhar com essa população a partir de dinâmicas, jogos, trabalhos motivacionais e quando necessário realizando encaminhamento para serviços de psicologia ou mesmo realizando ações individuais com aqueles pacientes que dentro do grupo manifestaram essa necessidade de alguma forma.

A ameaça à esperança e à autoconfiança podem estar a todo momento presentes, exigindo do paciente um confronto consigo mesmo, uma luta constante, sendo preciso coragem para encarar os desafios que a vida vai estabelecendo. A esperança deve ser resgatada dentro de cada paciente, e esse relacionamento dos usuários com o profissional

deve estar embasada na confiança, em uma perspectiva de apoio, e não de tutela. O diálogo é uma forma de se possibilitar a autonomia, o poder de decisão, de errar e de querer levantar.

Se baseando em experiências concretas é que um paciente apóia o outro em suas maiores dificuldades, por isso se faz importante se agrupar pessoas com problemáticas parecidas, para que o fortalecimento aconteça dentro do grupo.

A constante capacitação e a elaboração de trabalhos interdisciplinares, junto à avaliação, se valendo da observação, também garantem a qualidade na implantação e execução das atividades junto à população usuária.

2.6.2 O serviço social junto ao grupo de laringectomizados

O serviço social junto ao grupo consiste no acompanhamento da recuperação do paciente, no conhecer as expectativas, bem como as dificuldades que vão se apresentando durante as atividades aplicadas, como dinâmicas e jogos.

Este trabalho se dá de forma sistematizada, a partir do momento em que o paciente dá entrada no hospital para realização da cirurgia de laringectomia total ou parcial. No primeiro momento o profissional, através de um estudo socioeconômico, aplicado em leito, busca através de uma investigação crítica, conhecer a realidade do paciente, conhecer as condições familiares, este é considerado um instrumental imprescindível para esses usuários, pois conhecendo as condições de moradia é que o profissional consegue avaliar qual a possibilidade de recuperação pós operatória dentro de determinado ambiente e quando necessário o serviço social faz contato com as voluntárias das redes do combate ao câncer do município de origem, e estas realizam visita domiciliar, devido à grande distância destas residências.

O local precisa ser arejado, não pode haver entulhos, nem falta de higiene, já que o paciente pós operado não poderá aspirar poeira. Considerando que alguns pacientes residem em casa de chão batido, e/ou sítios, esta análise torna se aspecto importante na qual o profissional buscará junto aos familiares e instituição conhecer as possibilidades de enfrentamento, como o alojamento em casa de familiares e/ou amigos ou mesmo o alojamento na casa de apoio, esta destinada a pacientes oncológicos.

O assistente social procura através de suas ações construir uma relação de respeito entre pacientes e profissional, em que os pacientes se sintam à vontade para estabelecer vínculos de amizade e assim trocarem experiências e encontrarem juntos a superação.

Tendo em vista que alguns pacientes residem sozinhos e alguns não possuem nenhum familiar o grupo permite que esse vínculo fortaleça o sujeito que passa a ter sentimento de pertencimento, garantindo maior aceitação e adesão da recuperação. A fragilidade se dá com maior intensidade naqueles que passam por uma situação de doença, sem o compartilhamento das tristezas, dos medos com possíveis familiares ou amigos, eles sofrem maiores impactos, e conseqüente a isso carregam o fardo com maior dificuldade.

O profissional busca estar atento aos possíveis sinais de fragilidade frente ao tratamento, bem como a assiduidade de todos a partir de momentos de diálogo. Busca conhecer a realidade de cada paciente, seu contexto e a participação da família.

O contato com familiares é feito sempre que há necessidade, para que se favoreça um elo, entre hospital, paciente e família, possibilitando que a mesma tenha conhecimento da finalidade das atividades e os objetivos a serem alcançados. O assistente social atua enquanto educador político, visto que permite ao usuário conhecer seus direitos enquanto paciente oncológico, bem como realiza sua articulação junto às prefeituras, secretarias de saúde, que atuam como parceiras e possibilitam o andamento do processo de reabilitação no atendimento das políticas.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para que o estudo fosse realizado com eficiência, procurou-se conhecer o câncer de laringe, as seqüelas que ele causa e as prováveis causas que estimulam o seu desenvolvimento, para assim abordar os pacientes que participam do grupo de Apoio do Hospital Amaral Carvalho, que possuem esse diagnóstico, e através desta abordagem, conhecer a realidade desses pacientes laringectomizados, os impactos que a doença causa com a descoberta da doença para o paciente e família, as dificuldades do cotidiano e mostrar a importância do Serviço Social na área da saúde no atendimento aos pacientes laringectomizados.

O objeto de estudo analisado no trabalho são os impactos do câncer de laringe na vida do paciente e como hipótese, traçou-se as fragilidades dos pacientes ao serem diagnosticados, e frente a essa problemática, a atuação do assistente social. Foi proposto como objetivo geral, conhecer os impactos que o câncer de laringe causam na vida do paciente, e o trabalho que o profissional de serviço social desenvolve neste contexto, e nos objetivos específicos, foi proposto levantar o perfil dos pacientes com câncer de laringe, identificar os impactos na vida dos pacientes a partir da descoberta da doença; investigar as

dificuldades que interferem no processo de tratamento oncológico, desvelar como o paciente visualiza a doença e o processo de tratamento, desvelar o papel da família e sociedade no processo de tratamento do paciente oncológico, conhecer as ações que o profissional desenvolve com paciente/família a partir dessa demanda e avaliar a importância do grupo de apoio dos pacientes laringectomizados.

Notou-se que o câncer é uma doença assustadora, e que a reabilitação é um processo delicado, pois ele priva o indivíduo de alguns hábitos, sendo que essas privações podem ser permanentes, o que faz com que os sujeitos tenham que se adaptar a nova maneira de viver a vida.

Observou-se que o grupo de apoio tem grande representatividade na vida dos participantes, pois além de trabalhar com os sujeitos a reabilitação, também prepara estes para serem inseridos na sociedade de forma emancipada

Ao estagiar durante o ano letivo no Hospital Amaral Carvalho, e tendo um contato mais próximo à difícil realidade dos pacientes laringectomizados em tratamento no hospital, viu-se a necessidade de desenvolver uma pesquisa, que detalhasse o modo de vida desses sujeitos.

De acordo com Gonçalves (2008):

Pesquisa é, portanto, a investigação de um problema (teórico ou empírico) realizada a partir de uma metodologia (que envolve tanto formas de abordagem do problema quanto os procedimentos de coleta de dados), cujos resultados devem ser válidos, embora a provisoriade seja uma característica do conhecimento científico.

Optou-se pela utilização da metodologia de pesquisa quali-quantitativa, sendo que a pesquisa qualitativa é o estudo de casos, que demonstra a subjetividade dos sujeitos, já a pesquisa quantitativa, complementa a pesquisa qualitativa, de forma objetiva, e possibilitou a mensuração dos dados coletados.

Foi utilizada inicialmente a pesquisa bibliográfica, através da produção de uma hemeroteca, com leituras de publicações em jornais e revistas, buscando uma aproximação da realidade contemporânea em relação ao tema proposto, além do aprofundamento do assunto, direcionando a fundamentação e deixando evidentes os objetivos do trabalho.

O universo da pesquisa foi composto por 31 sujeitos, sendo considerados sujeitos válidos 58 % desse universo, perfazendo 18 sujeitos. O estudo foi realizado apenas com os pacientes do grupo de apoio do Hospital Amaral Carvalho, que correspondeu a 18 sujeitos,

através de uma amostragem do tipo probabilística aleatória simples. Utilizou-se na coleta de dados a entrevista, através de um formulário com perguntas abertas e fechadas, mediante autorização dos sujeitos.

Para que o formulário fosse aplicado de forma precisa, foi realizado o pré- teste com três sujeitos e uma Assistente Social no período de junho de 2009, havendo a necessidade de reformulação de algumas perguntas, para maior validação da pesquisa.

O período estabelecido para a realização deste estudo foi de março à novembro de 2009, sendo que a coleta de dados aconteceu de junho a julho de 2009.

A pesquisa foi realizada no Hospital Amaral Carvalho de Jaú, às sextas-feiras, no período da manhã, sempre nos intervalos entre a realização do grupo. Cada entrevista teve a duração de 20 a 30 minutos, sendo realizada no setor de Serviço Social, local escolhido por ser o local mais próximo à sala onde são realizadas as reuniões, além de ser um local adequado para o sigilo das respostas.

Todos os sujeitos abordados demonstraram grande interesse em participar da pesquisa, tendo conhecimento por parte dos pesquisadores da finalidade da pesquisa, em que puderam expor sentimentos, história de vida, na qual houve em algumas entrevistas um momento de choro e emoção por lembrar as histórias passadas, de luta e sofrimento a qual enfrentaram.

A maior dificuldade se apresentou na coleta de dados, devido à grande dificuldade na comunicação destes pacientes, e em alguns momentos se fez necessário a utilização de papel e caneta por parte dos sujeitos para maior compreensão das respostas a fim de garantir a fidedignidade da pesquisa, bem como a linguagem dos pesquisadores precisou acontecer de forma clara, devido a dificuldade de interpretação das diferentes perguntas por parte de alguns sujeitos que possuem baixa escolaridade.

Em relação à análise e interpretação dos dados, esta foi realizada através da tabulação dos dados, sendo subsidiados pela fundamentação teórica e respaldados nos direitos fundamentais que cada ser humano possui.

Para facilitar a análise dos dados, as perguntas qualitativas foram divididas em três eixos:

- O diagnóstico do câncer para o paciente e família.
- A realidade do paciente laringectomizado.
- O assistente social enquanto profissional da área da saúde no atendimento ao paciente laringectomizado.

Foi necessária a limpeza do texto antes de transcrever as respostas dos sujeitos, devido ao excesso de gerúndios, possibilitando assim a clareza na leitura das respostas.

Durante a entrevista, houve dificuldade de entender alguns sujeitos, pois estes haviam passado por cirurgia há pouco tempo, ainda estavam em processo de adaptação devido à implantação da traqueostomia o que dificultou a comunicação. Devido a essa dificuldade, foi sugerido aos sujeitos que estavam com dificuldade de se comunicar, que escrevessem suas respostas em uma folha que lhes foi fornecida. Percebeu-se que não basta o profissional em Serviço Social ser propositivo, ele deve ser também criativo, de forma que possibilite a comunicação com os usuários, e esta ação deve ocorrer de forma cautelosa, evitando qualquer tipo de constrangimento durante a entrevista e possibilitando que durante esta, ele se sinta confortável em responder as questões.

3.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1.1 Perfil dos pacientes laringectomizados.

A análise do perfil dos sujeitos é importante, pois o sujeito da pesquisa tem sua realidade exposta e avaliada não só no foco saúde/doença, mas são observados em sua totalidade, desvelando seus potenciais e suas fragilidades, dificuldades, carências e os prováveis motivos que causaram a doença em questão.

Segundo Cohn (2002, p.26):

Na medida em que, mesmo quando assim pensada, a saúde de manda a sua especificidade, há que se atentar para o fato de um determinado perfil de oferta de serviços gerar um perfil de oferta de demanda e de representações por parte da população sobre o processo saúde/doença, ao mesmo tempo que induz a busca da compreensão da relação entre carências, demandas e a sua constituição em direitos. Compreender esse fenômeno requer debruçar-se não só sobre a carência diagnosticada, mas à sentida pela população e, da mesma forma, não só sobre as necessidades de saúde tecnicamente diagnosticada, mas também sobre o processo através do qual essas

necessidades se transformam em demandas.

As profissões foram criadas para atender as necessidades do homem, no entanto, a matéria prima do trabalho do assistente social são as expressões da questão social. Ao fazer a análise dos dados colhidos com os sujeitos da pesquisa, facilita a identificação das variáveis, as necessidades e demandas, na qual ficam evidentes as conseqüências da apropriação desigual do produto social.

Localidade	Estado de São	Outros Estados			Tota
	18				18
Faixa Etária	62 a 72	51 a 61 anos	40 a 50 anos		Tota
	10	7	1		18
Sexo	Feminino	Masculino			Tota
	4	14			18
Escolaridad	1º grau incompleto	2º grau	superior completo	Sem escolaridad	Tota
	11	2	2	3	18
Estado Civil	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciad	Tota
	2	9	3	4	18
Moradia	Casa própria	Aluguel	Cedida		Tota
	12	5	1		18
Renda Família	Até 2 Sal. Mínimo	De 2 a 4 Sal.	Acima de 4		Tota
	10	6	2		18
Provedor da Renda familiar	Sim	Não			Tota
	16	2			18
Já fez uso de substânci					
	17	1			18
Tipo de substânci	Cigarro	Alcool e Cigarro	Nenhuma		Tota
	7	10	1		18
Recebe algum benefíci	Sim	Não			Tota
	16	2			18
Tipo de benefíci	Aposentadoria	Auxílio doença	Não recebe		Tota
	11	5	2		18
Dificuldade de acesso					
	11	7			18

De acordo com o quadro, observou-se que os sujeitos que participam do

grupo de laringectomizados residem no estado de São Paulo, demonstrando que os sujeitos quando residem em outro estado e não conseguem migrar para o estado de São Paulo, de forma a facilitar o acesso ao tratamento, pedem transferência para continuar o tratamento no hospital mais próximo da cidade em que residem.

Todo cidadão tem o direito de usufruir das políticas públicas que reduzam riscos e agravos à saúde, no entanto, essas políticas devem ser utilizadas de forma a favorecer a dignidade humana, melhorando a condição do indivíduo, e facilitando a processo de tratamento de cada sujeito.

Percebeu-se que 10 dos sujeitos tem entre 62 a 72 anos, 7 dos sujeitos tem entre 51 a 61 anos e apenas 1 tem a faixa etária entre 40 a 50 anos, tendo em vista que estes com idade mais avançada começaram a fazer uso de algum tipo de substância psicoativa desde a infância.

Nota-se que a expectativa de vida dos sujeitos aumentou devido aos avanços da medicina, dobrando a estimativa de vida, como apresentou os dados acima. Outros fatores que contribuem para a longevidade são: alimentação, meio ambiente em que residem, exercícios físicos, além da auto-estima e exercícios que estimulem o raciocínio.

Na região sul, é comum que as pessoas tenham uma longevidade maior do que nas outras regiões do Brasil, pois as políticas públicas são aplicadas na região sul com maior eficiência, garantindo a qualidade de vida dos idosos e proporcionando a eles condições para que tenham uma vida saudável. Ocorre o investimento em programas direcionados à terceira idade, que resulta em uma expectativa de vida maior.

Observou-se também que 14 dos sujeitos são do sexo masculino e 4 do sexo feminino, considerando que na década de 30, 40, as crianças do sexo masculino tinham um maior incentivo no consumo de substâncias psicoativas.

Segundo Carvalho (2000):

É importante destacar, ainda, que aqueles que se iniciam precocemente no tabagismo apresentam uma tendência a se tornarem fumantes pesados na vida adulta e que o risco de morte por doenças tabaco-relacionadas cresce na razão inversa da idade em que se iniciou a fumar e na razão direta da quantidade de cigarros fumados

Embora no decorrer dos anos, as substâncias psicoativas lícitas estejam sendo vistas com um olhar mais crítico pela sociedade, elas ainda são assemelhadas à datas festivas,

comemorações, e isto faz com que se torne difícil extinguir essas substâncias do convívio social, porém, o ideal seria reeducar a sociedade, de forma preventiva, para assim evitar as diversas doenças que as substâncias psicoativas acarretam.

Quanto à escolaridade, 11 dos sujeitos possuem o 1º grau incompleto, 3 não possuem escolaridade, 2 possuem o 2º grau incompleto e 2 o superior completo. A Educação é o processo de ensino-aprendizagem, que leva o indivíduo a pensar, a inovar, construir conhecimentos e a participar ativamente do seu próprio crescimento.

Respalda o artigo 205 da Constituição Federal Brasileira(1988):

A educação, direito de todos e dever do estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Porém, observando os dados, percebe-se que nem sempre foi assim, que antes da Constituição ser vigorada, as pessoas não eram estimuladas a frequentarem a escola, não eram incentivados a adquirirem uma consciência crítica e questionadora.

Para a evolução de um país, é necessário que a educação deste não seja precária, e embasada nesse pensamento é que foi criado o Plano de Desenvolvimento da Educação, que tem como finalidade oferecer a educação básica de qualidade a todos os indivíduos, além de visar a permanência do aluno na escola. Também seria interessante que o governo investisse em medidas preventivas, para evitar a evasão escolar, que ocorre devido à gravidez na adolescência e à violência escolar, além de propiciar aos educadores um piso salarial diferenciado, como uma forma de incentivo e evitando que estes tenham que trabalhar em várias instituições para complementar a renda salarial.

Em relação ao estado civil, 9 são casados, 4 divorciados, 3 viúvos e 2 solteiros. Com relação à moradia, 12 dos sujeitos possuem casa própria, 5 pagam aluguel e 1 dos sujeitos mora em casa cedida.

O governo tem investido consideravelmente em programas que oportunizem aos cidadãos o direito de obter uma casa. Um dos programas mais recentes é Minha Casa, Minha Vida, que tem como objetivo a construção de mais de um milhão de moradias em todo o país, destinadas a famílias com até dez salários mínimos.

É importante lembrar que o direito à moradia é um direito fundamental de todo cidadão.

De acordo com a Constituição:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição

Referente à renda familiar, 10 dos sujeitos recebem até 2 salários mínimos, 6 dos sujeitos recebem de 2 a 4 salários mínimos e 2 dos sujeitos recebem acima de 4 salários mínimos. Sendo comprovado ainda que 16 dos pacientes são provedores da renda familiar e 2 não são provedores da renda.

É visível que a renda familiar é necessária aos sujeitos pesquisados, pois como a pesquisa comprova, a maioria é provedor da renda familiar e quando esta renda deixa de ser recebida devido às condições físicas e psicológicas dos provedores, o ciclo familiar se torna vulnerável devido às necessidades financeiras.

Pontua Silva (1997, p.43):

De origem liberal, que concebe a renda mínima como meio de oferecer aos mais necessitados uma segurança material, constituindo-se no salário da “exclusão social”, oferecido para a coletividade como ato individual.

Notou-se que a maioria possuía uma vida ativa, o que gera muitas vezes a incompreensão e a necessidade de ajuda psicológica, pois abandonar os velhos hábitos, para viver com algumas limitações nem sempre é aceito com facilidade.

Comprovou-se que 17 dos sujeitos já fizeram uso de substâncias psicoativas e 1 dos sujeitos nunca fez uso, sendo que 10 destes usavam cigarro e bebida alcoólica e 7 apenas fumavam cigarro.

A incidência de pessoas que utilizam drogas lícitas aumentou consideravelmente, no Brasil são 200.000 mortes anuais ligadas aos males decorrentes do consumo de tabaco. As campanhas anti fumo tiveram início rigoroso na década de 90, onde foram restritas propagandas de cigarros somente nos horários noturnos. De acordo com estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde, com o aumento de impostos sobre os cigarros, acarreta a queda do consumo destes. Acredita-se ainda que o mesmo devesse ser feito em relação

às bebidas alcoólicas. Estas medidas não extinguem o consumo de substâncias psicoativas, porém dificulta o acesso ao consumo, e contribui para que a sociedade tenha uma estimativa de vida maior.

Com relação aos benefícios, 16 sujeitos recebem algum benefício e 2 sujeitos não recebem benefício, sendo dos 16 sujeitos que recebem benefício, 11 recebem a aposentadoria e 5 o auxílio doença. As políticas públicas que vão de encontro com as necessidades dos cidadãos, são direitos conquistados em uma história de luta e movimentos sociais críticos que buscavam a equidade e universalidade dos direitos.

Conceitua Perfeito(1974, p.7):

Art. 1º A Previdência Social, organizada na forma desta lei, tem por fim assegurar aos seus beneficiários, os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, bem como a prestação de serviços que visem a proteção de sua saúde, e concorram para os eu bem-estar

Ainda hoje, com profissionais em Serviço Social capacitados e pautados no projeto ético político, que trabalham para a promoção da melhoria da qualidade de vida da sociedade, sendo facilitador das políticas públicas, ainda assim, comprovou-se que 11 dos pacientes não tiveram dificuldade de acesso ao benefício que recebem, mas 5 dos sujeitos tiveram dificuldade de acesso ao benefício.

O benefício torna-se hoje indispensável para muitas famílias, pois a inexistência ou insuficiência da renda familiar coloca os sujeitos em situação de risco, tornando-os vulneráveis e privando-os de uma boa qualidade de vida, que conseqüentemente impedindo-os de exercer o direito de cidadania.

3.1.2 O diagnóstico do câncer para o paciente e família.

A pesquisa qualitativa concebe a possibilidade de buscar a fundo um desvelamento da realidade a qual se tem interesse em conhecer. De acordo com Martinelli (2003, p.47): “Nesse sentido, não são menos científicas do que as pesquisas quantitativas, se a análise que se faz do fenômenos atentar as

exigências de um sistema de explicações mais amplo “ Investigando a realidade a partir de um estudo aprofundamento é que se constrói alternativas.

O câncer vem sendo a doença de maior preocupação da população e da organização mundial da saúde, que busca alternativas para combater o grande número de mortalidade. Mas indicadores da O.M.S, a partir de publicações no Folha online (2008) nos revelam que:

Segundo o relatório, os casos de câncer dobraram entre 1975 e 2000, e devem duplicar novamente entre 2000 e 2020. Em 2030, o câncer poderá matar 17 milhões de pessoas, contra os 7,6 milhões de óbitos que provocou em 2007.

Este índice fará com que o câncer até 2010 se torne a doença mais fatal do planeta. Só no Hospital Amaral Carvalho de Jaú (2009): “conta atualmente (fevereiro de 2009) com mais de 52 mil casos novos de câncer cadastrados desde junho de 1996”, em 2000 a FAC ampliou suas informações, incluindo registros de pacientes internos, também os que passavam pelo atendimento ambulatorial e pela quimioterapia, somando mais de 72 mil registros, sendo “ dos 50.046 casos novos de câncer registrados pelo RHC-HAC residentes no Estado de São Paulo segundo município de residência, junho/1996 a agosto/2008”

O Brasil foi considerado em 2008 o segundo em câncer de laringe, na qual se constata na reportagem de Fábio Grellet e Marcela Fonseca do Folha online (2008): “a doença atinge 15 mil pessoas por ano no Brasil”, ficando atrás apenas da Espanha. Ressaltam ainda que esta estatística é decorrente do uso do álcool e cigarro, dois grandes fatores que contribuem para o desencadeamento da doença, aumentando ainda mais as possibilidades quando associados, ou consumidos em excesso, na qual “Aproximadamente 66% dos tumores atingem as duas cordas vocais”. Algo preocupante já que nos afirma Franco(2009): “Uma em cada 100 pessoas que bebe se torna alcoólatra, mas 90 em cada 100 que fumam acabam dependentes”, em que a organização mundial de saúde afirma que metade dos consumidores de cigarro morrem, sendo vítimas do próprio vício.

Receber o diagnóstico de câncer pode se tornar um grande pesadelo, pois a priori, fica impossível desvelar as dificuldades que se apresentaram em torno do tratamento, colocando paciente e família em estado de choque. Essa inesperada notícia se associa ao medo, causando inseguranças, na qual a família vem se fundamentar como principal fonte de suporte.

De acordo com Carvalho, (2002):

O diagnóstico do câncer tem usualmente um efeito devastador. Ele ainda traz a idéia de morte, embora atualmente ocorram muitos casos de cura. Traz o medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das muitas perdas provocadas pela doença. Esta situação de sofrimento conduz a uma problemática psíquica com características específicas. Os processos emocionais desencadeados nestes pacientes exigem um profissional especializado, o que leva à especificidade da Psico-Oncologia e a diferencia da Psicologia Hospitalar.

Nos relatos abaixo, se observará como cada paciente reage diante do diagnóstico de câncer, suas sensações e inseguranças.

...Pra ser sincero não fiquei abalado, não sei o que sentia, o médico me tranqüilizou, não fiquei dizendo isso só acontece comigo, tinha esperança de que alguma coisa boa ia acontecer, mas depois tinha medo, qualquer dor você acha que é câncer, fui o cardiologista porque estava com dor no peito, ele pediu tanto exame, eu já estava fraco, tive depressão, infecção de urina, minha imunidade estava baixa, ele me assustou, você pensa que é câncer. (suj 1, Masculino, 49 anos)

...Eu fiquei louco, eu fiquei mal, quase não falava, eu fiquei muito abalado, eu estava sozinho quando eu descobri. (suj 3, Masculino, 51 anos)

...Foi difícil viu, muito difícil, eu não acreditava que era eu trabalhava de segunda a sexta, pago água, pago luz, não acreditava. (suj 8, Feminino, 50 anos)

...Foi difícil, fiquei triste porque tirou toda minha liberdade.(suj 9, Masculino, 52 anos)

Também se tornou relevante conhecer a reação da família a partir do diagnóstico do câncer.

...Eles sentiram muito mais do que eu, eles sentiram, ficaram abalados porque eu nunca fiquei doente e ainda tinha pessoa que dizia ele morre, morrer eu?, já faz dois anos que operei, não acreditavam e falavam bobagem, sem conhecimento da matéria. (suj

2, Masculino 60 anos)

...Não ligaram muito não, não perguntaram nada. (suj 3, Masculino, 51 anos)

...Meus filhos reagiram bem, mas o meu marido entrou em depressão. Ele ficou doidinho da cabeça, teve que passar por psicólogo. (suj 11, Feminino, 57 anos)

...Eu moro sozinho, não tinha ninguém e até hoje ninguém pra se preocupar, eu moro sozinho até hoje, tem 30 anos. (suj 6, Masculino, 62 anos)

Buscou-se conhecer a participação ativa da família no processo de tratamento.

...A família ajudou muito, a minha mulher participa, está sempre junto, sempre ligando, querendo saber, meus filhos são jovens, tem 13 e 21 anos, eles querem viver, eles vem e perguntam como estou, mas falam que Deus cura, é aquela coisa, eles querem viver, não tem tanta preocupação. (suj 1, Masculino, 49 anos)

...Participa, acompanha, ta sempre junto, sempre dando apoio, sempre cuidando, como se fosse uma criança, tanto carinho, tanto cuidado que acaba atrapalhando, deixa a gente nervoso, vai ficando enfezado, mas eu nunca fiquei sozinho, nenhum momento, eu nunca fiquei desamparado porque tem muitas pessoas que me querem bem, se a pessoa não tem família, não tem apoio ele ta enrolado. (suj 2, Masculino, 60 anos)

...Sim, participam bastante, principalmente os filhos, tenho dois com uma mãe, um com outra, e outro com outra, eles se uniram bastante depois que aconteceu isso comigo. (suj 5, Masculino, 62 anos)

...Muito difícil, eu venho sozinha, não tenho acompanhante, até perguntam,mas eu venho sozinha. (suj 8, Feminino, 50 anos)

Diante dos relatos, pode-se observar o grande abalo emocional de paciente e família diante do diagnóstico. Segundo Lopes(2005, p. 84):

A necessidade de “curar” o paciente na sua totalidade torna se o foco do tratamento, ao invés de apenas tornar-se mais “fraco” o câncer. Trabalhar com as redes de apoio familiar e social torna-se imprescindível na recuperação da saúde dos pacientes

Torna-se fundamental o acompanhamento de profissionais junto ao paciente/família, a fim de identificar problemáticas sociais e psicológicas, pois certas crises, como angústia e ansiedade, podem acarretar prejuízos significativos como depressão, dependendo da capacidade individual de cada sujeito no lidar com situações complexas como o câncer. Segundo Chevalier-Martinnelli (2006, p. 64): Após o anúncio da doença e passado o choque inicial provocado pelo diagnóstico, o paciente pode apresentar a reação de negação, não contribuindo para o êxito do tratamento, bem como o medo de se tornar um problema, porque a família pode se apresentar despreparada para o apoio e cuidados e a dificuldade para falar no assunto.

Para o paciente torna se muito difícil acreditar no tratamento, pois a doença muda toda sua trajetória, sua rotina, e este passa a viver em função do tratamento que consideravelmente demorado, fazendo com que este tenha que abandonar seu emprego, e a família em geral passa a exercer o papel de cuidador, contribuindo para sua recuperação, mas isto nem sempre é possível, como pode-se analisar nos depoimentos.

Muitos pacientes em tratamento residem sozinhos e precisam enfrentar todos os sentimentos e apreensões com a finalidade de alcançar a cura tão almejada, pois mesmo em alguns casos quando possuem familiares, nem sempre estes são participativos no tratamento, tornando mais difícil a aceitação por parte do paciente, considerando que a pesquisa identificou que para diversos sujeitos, participação não se resume apenas ao perguntar, mas sim ao estar junto, no acompanhamento ao ambiente hospitalar e domiciliar, sendo apoio nos principais momentos de dificuldade do tratamento.

Segundo Filho (2002, p. 42):

A família é o espaço privilegiado para a socialização, divisão de responsabilidade, prática de tolerância, busca da sobrevivência, lugar inicial para o exercício da cidadania e base de conhecimento sobre igualdade, respeito e direitos e deveres dentro da sociedade.

A família na sua insegurança acaba sufocando o paciente, não permitindo que o mesmo faça escolhas, pois o enxerga como dependente de cuidados físicos, mas também emocionais, e diante do grande desejo de ajudar a família perde o real foco do cuidar, em que se deve possibilitar o crescimento pessoal de cada sujeito, e se volta para uma realidade de desrespeito com as decisões e desejos, causando

certo desconforto ao paciente, devendo assim ser podendo haver uma alienação de pensamentos e comportamentos padrão.

De acordo com o site mórmon,(2009):

O bom relacionamento familiar fortalece o indivíduo, a comunidade e a nação.

A família é a unidade fundamental da sociedade. É o primeiro ambiente onde a criança desenvolve a virtude.

As crianças aprendem sobre amor, confiança, lealdade, cooperação e serviço na família. Elas aprendem a se comportarem em uma comunidade. Elas desenvolvem os atributos de boa cidadania após aprenderem-nos no lar.

A saúde de qualquer sociedade repousa na força de suas famílias. Quando fortalecemos nossa família, fortalecemos nossa comunidade e nossa nação.

Também se tornou relevante que a doença em todo seu contexto constitui novos relacionamentos dentro da família, sendo oportunidade para a união, em que fica aparente a necessidade de afeto e carinho que o paciente procura em seus membros, como afirma Silva (2006, p.137): “Os desafios com o qual nos deparamos pela estrada afora, estimulam virtudes interiores a fazer mudanças para um novo recomeço”, em que pode ocorrer fortalecimento ou quebra dos vínculos afetivos já desgastados pelo seu cotidiano.

Vale lembrar que existe uma falha nas disposições legais que promovam o fortalecimento da família no momento de doença, na qual não existe lei que possibilite amparo ao cuidador, na finalidade do acompanhamento em tempo integral.

A partir desta grande demanda, se observa a importância de novos olhares do governo para a elaboração e operacionalização de emendas constitucionais que promovam a cobertura dessa população necessitada da consolidação de novas ações, estas que promovam um maior progresso, ousado e menos limitado como no atual contexto. E no aguardo ansioso de mudanças é que a sociedade vai suportando a postura posta como democrática por diferentes idealistas, a espera de um compromisso humanitário, voltado aos valores da vida, da ética, e da verdade. Para o conselho Federal de Serviço Social Trabalho e Democracia no Brasil (2004, p.31) “Um outro mundo é possível, e absolutamente necessário”. Só é preciso compreender quanto tempo mais seremos alvos dessa política dominante e excludente, que promove o individualismo de forma tão intensa, e que vai desfacelando as relações familiares e comunitárias, pessoas que perdem as perspectivas, devido a tantas dificuldades,

não buscam seu papel enquanto sociedade civil representativa, não se vêem como sujeito de direito, devido a falta de oportunidades, não percebem que podem dar sua contribuição alcançando os interesses da coletividade a partir da participação em conselhos representativos, como se sociedade e Estado fossem os extremos, e cada qual com sua contribuição formassem o cotidiano separadamente, ou seja a população em geral sabe que o Estado tem primazia de responsabilidade, mas desconhece, ou se esquece que o Estado é formado pela sociedade civil, na qual se faz representativo através do poder municipal.

Se faz necessário uma mobilização da população, formação de verdadeiros atores sociais que saibam buscar ser representativos no governo, para que ocorra a consolidação dos direitos sociais de forma igualitária.

Entretanto, é preciso que a população se configure como cidadão, se fortaleça para que possam buscar no seu município respostas e alternativas de enfrentamento das diferentes dificuldades que surgem como reflexo dessa desresponsabilidade Estatal.

É diante dessa grande problemática social que se vê necessário desvelar as principais dificuldades que se apresentaram na vida do paciente laringectomizado após a constatação do câncer.

...A ausência do cigarro, foi muito difícil ficar sem fumar, bastante, bastante mesmo, no início do tratamento chorei bastante.

Quando descobri que teria que fazer quimioterapia também, foi muito difícil, era muito doloroso, me sentia mal, muito fraco, achei que fosse morrer. (suj 1, Masculino, 49 anos)

...Foi ficar sozinho, passar por tudo isso sozinho, a dificuldade de falar, eu tinha que andar 10 km pra ficar na casa de uma pessoa pra pegar a ambulância, onde eu moro não passava ambulância, mas depois o prefeito comprou um pesqueiro lá perto, ai vai né. (suj 6, Masculino, 62 anos)

...Foi muita coisa , fiquei muito nervosa, fiquei com sonda três meses, foi muito difícil, tive que vender TV, tudo o que eu tinha pra comer, pra comprar as coisas. (suj 8, Feminino, 50 anos)

...A dificuldade foi pra fazer os exames, eu não tinha dinheiro, fizemos rifas pra jantar, pra comer, eu trabalhava e tive que parar. (suj 17, Masculino, 55 anos)

Também foi questionado se as diferentes dificuldades relatadas chegaram de alguma forma a interferir ou se ainda interferem no processo de tratamento.

...Não porque eu sabia que tinha entrado num barco, que tinha que continuar remando, e tenho que continuar remando pra ver se ele demora pra afundar. (suj 2, Masculino, 60 anos)

...Na Radio eu pensava em desistir, eu não tinha força, desanimava, ai meu filho falava vai mãe, vai, e minha cunhada também me dava força viu, me acompanhava no hospital. (suj 7, Feminino, 58 anos)

...Quando o prefeito não queria dar ambulância por causa da política eu tinha que vir toda semana e eles não queriam que eu viesse, eles queriam que eu fizesse o tratamento lá. (suj 17, Masculino, 55 anos)

...Não, em nenhum momento deixei nada atrapalhar. (suj 14, Masculino, 69 anos)

É possível que o câncer em sua trajetória dê um novo rumo a vida do paciente, o tratamento passa a ter prioridade para aqueles que assumem verdadeiramente este compromisso, idas e vindas ao hospital, e uma diversidade de exames, sendo um esgotante e constante investimento pessoal, físico e emocional que se revezam na luta contra a doença, afim de enfrentar também os desafios que vão surgindo ao longo do caminho, reflexos que permeiam a vida do doente e família, se apresentando em suas diferentes e variáveis proporções.

Evidencia-se a dificuldade do homem de se lançar na luta pela vida, se colocando como peça chave para superação de diferentes problemáticas, principalmente quando esta tende a comprometer seus anseios e desejos, assim como o consumo do tabaco.

O cigarro é hoje associado a uma cultura jovem, na qual as propagandas não revelam seus malefícios, não propagam seus reflexos na mídia e nem oferecem suporte a estes quando se faz necessário um desapego do que já passou a ser um vício prejudicial à saúde.

Segundo Simonetti (1987, p. 85):

Somos artífices de nosso destino e o fazemos a curto, médio e longo prazo, no dia-a-dia, no desdobramento de nossas ações. Num momento de imprudência podemos complicar a vida física ou deixá-la antes do tempo.

O paciente com câncer precisa se desvincular do vício para dar continuidade ao tratamento, e como visualizamos, este processo causa transtornos emocionais, coloca o paciente em um momento de decisão difícil, que de imediato passa a sentir a abstinência, os desafios que o seu próprio eu precisa enfrentar.

As políticas de atendimento à população não suprem os danos que o cigarro reporta à sociedade, bem como não se fazem combatentes deste consumo, pois sua comercialização é uma prática que traz privilégios a poucos, assim como a concentração de renda, uma empresa que cresce e se destaca como uma das mais poderosas do mundo, monopolizando sistemas de informação e gerando através da mídia opiniões contraditórias à sua realidade, mas este é apenas um desafio que surge em meio a tantos. Enfrentar consiste em estar de frente a determinada situação, buscar vencer aquilo que se coloca como contraditório ao que se quer conquistar.

O paciente oncológico em seu tratamento quimioterápico e radioterápico, precisa estar fundamentado em uma perspectiva de cura, embora apenas “60% dos pacientes diagnosticados com tumores malignos e tratados adequadamente sobrevivem mais de cinco anos após o diagnóstico” como afirma Younes, (2001, p. 65). Seus efeitos, principalmente físicos chegam a ser de alguma forma complexamente entendidos. Esse desconforto quando perpassa o físico, e chega aos sintomas colaterais, derrubam algumas certezas diante do tratamento, fazem com que estes se sintam fracos, ficando mais sujeitos a se entregarem, devido ao grande desgaste físico e emocional na qual são submetidos. Considera-se a família como elo possibilitador do resgate da auto-estima do paciente, a fim de garantir a continuidade do tratamento, considerando sua participação e importância para o paciente em questão, na qual se visualiza uma amplitude de dificuldades para aqueles pacientes que precisam passar por tudo sozinhos, ficando ainda mais fragilizados, e mais suscetíveis a desistência.

A construção de uma sociedade mais igualitária está longe de ser alcançada. O sistema político no Brasil não se destaca como um dos melhores. Atualmente grande parte da sociedade não é assistida em sua base, sendo que se prevalece uma situação de grande desigualdade. Sem os mínimos sociais como o acesso ao trabalho, prevalece uma sociedade desprovida de recursos que garantam uma qualidade de vida digna, na qual, num momento de doença, estes se vêem impossibilitados de acessar os benefícios previdenciários como auxílio doença, devido a falta de contribuição ao INSS. Muitos encontram no trabalho informal um meio de subsistência, e quando a situação de doença exige o desligamento do trabalho, este enquanto provedor do sustento da casa ou mesmo quando reside sozinho, se vê

despreparado e desamparado, os conflitos crescem, a família passa a criar estratégias de sobrevivência, alternativas que gerem resultados imediatas, e o paciente se sente frágil e impotente frente à situação.

O atendimento especializado é uma realidade de privilegiados municípios que atendem sua região, e muitas vezes pacientes de outros estados e países vizinhos, devido a sua amplitude de serviços oferecidos, bem como seu índice de reconhecimento enquanto hospital, no qual muitos pacientes são encaminhados, mas esta realidade de atendimento humanizado não ocorre em todo o território brasileiro, muitos hospitais não possuem suporte adequado para o atendimento de sua demanda, e no desespero pela vida, muitos preferem o desgaste de longas viagens a fim de encontrar no tratamento diferenciado a possibilidade de cura. Contudo, existem falhas no sistema de saúde, como a dificuldade no acesso ao transporte, e mediante o encaminhamento ao SUS é que o paciente consegue exigir seu direito à continuidade do tratamento, a partir de passagens, reembolso ou o transporte do município que em geral se mostram deficitários no atendimento da sua população. São serviços que de uma forma em geral funcionam a partir de agendamento, e que se respaldam na grande demanda municipal usuária dos transportes como principal fator dificultador da oferta, em que sabemos que é preciso um maior investimento econômico, para que o município consiga atender os interesses da sua população e não apenas os interesses da classe dominante.

Como pode-se visualizar, chegam a ser inúmeras as dificuldades da pessoa com câncer, vários fatores que contribuem muito para que haja um desencorajamento, e possível desistência do tratamento, mas também se faz relevante que a pessoa com câncer de laringe se torna sujeita a passar por possível processo cirúrgico, e diante das conseqüências como o fator traqueostoma, e que se fez necessário conhecer a reação do paciente ao receber a notícia de que esta seria uma alternativa contra a doença, e muitas vezes emergente, já que é diagnosticada em grande parte dos pacientes em sua fase já avançada. Conforme especialistas Lima, Sicca, e Junior (2009): “O câncer de laringe, quando descoberto precocemente, tem até 90% de chance de cura”. E devido a demora no surgimento dos primeiros sinais de alerta, e estes sinais serem muito parecidos com sintomas de um resfriado, o paciente demora a procurar um especialista. Carvalho e Otávio (2001): “A manifestação sintomatológica do câncer laríngeo em uma fase precoce é discreta”, dificultando a identificação do tumor em sua fase inicial.

A respeito os sujeitos assim se expressam:

...Fiquei preocupadíssimo, perguntei se eu ia conseguir falar, ele falou que não ia retirar tudo, mas ele acabou precisando tirar tudo, tava muito alastrado, ai eu não voltei falando. (suj 6, Masculino, 62 anos)

...Ah, eu tinha medo de tomar anestesia, foi minha primeira cirurgia, eu nunca tinha operado graças a Deus. (suj 7, Feminino, 58 anos)

...Deus o livre, nossa, passei mal aqui quando o médico falou, sai chorando do hospital porque você não espera essas coisas, eu tava boa, ai a voz foi ficando rouca. (suj 8, Feminino, 50 anos)

...Eu aceitei bem, foi tudo explicado certinho, não tive medo, a gente fica meio apreensivo, mas não com medo. (suj 9, Masculino, 52 anos)

A priori o paciente já passa pelo choque inicial de receber a notícia de que está doente, e que esta doença poderá ser enfrentada a partir de um longo e difícil tratamento. Receber a notícia de que a alternativa mais coerente vem a ser o procedimento cirúrgico, de acordo com o diagnóstico e avaliação médica, causa em alguns pacientes a preocupação, ansiedade, dúvida, o medo que aumenta diante da escolha, entre realizar ou não a cirurgia, o medo das conseqüências que ela poderá trazer, o medo de tomar a decisão errada, de não conseguir suportar o pós operatório, enfim o medo da morte. Segundo Morin: (2009): “A angústia da morte sobre o espírito humano leva-o a interrogar-se sobre os mistérios da existência, o seu destino, a vida, o mundo”.

Muitos se desesperam, pois associam o procedimento com a morte, uma situação de risco, na qual é preciso escolher entre tentar ou simplesmente buscar nos tratamentos alternativos dentro do hospital outra forma de enfrentar a doença, pois o simples fato de pensar em ir para o centro cirúrgico, ou mesmo o de receber a anestesia já causa um transtorno emocional, levando muitos a fugirem, na tentativa de conseguirem digerir a situação, entender o que acontece com a própria vida, encontrar um “porquê”, uma resposta, pois acabam não acreditando no que se passa, nos rumos que a vida tomou, se sentem de alguma forma culpados.

Verificou-se que o diálogo entre médico e paciente é de grande importância, a exposição da situação diagnóstica da doença e as possibilidades de tratamento.

Segundo o Jornal Zero Hora (2009):

O médico torna-se um personagem central, para guiar as ações contra a doença e também tratar com serenidade as incertezas que passam a se impor. São dúvidas técnicas e objetivas ou que refletem sobre o que pode passar a ser questionado a todo instante – as chances de cura. Confiança é imprescindível.

Essa ajuda faz o paciente refletir sobre o que vem a ser a cirurgia, suas conseqüências e os reflexos da não realização do procedimento, esta orientação do médico garante o direito a informação, o direito de saber qual é o real estágio da doença, tornando a família e pacientes cientes para tomar a decisão a que lhes cabem.

3.1.3 A realidade do paciente laringectomizado.

O paciente laringectomizado total, perdeu a sua comunicação habitual, e passa a partir daí, buscar alternativas para viver com a realidade do traqueostoma, bem como com os desafios, conflitos e inseguranças que podem surgir diante do tratamento.

De acordo com a wikipédia (2009):

Uma mudança ou transformação pressupõe uma alteração de um estado, modelo ou situação anterior, para um estado, modelo ou situação futuros, por razões inesperadas e incontroláveis, ou por razões planejadas e premeditadas.

Ou seja, transformações fazem parte da dinâmica da vida, e cabe aos sujeitos inseridos neste contexto a capacidade de compreensão e interpretação das determinadas situações que vão se apresentando no cotidiano, como a dificuldade de se comunicar do paciente laringectomizado.

Na atualidade, vive-se em um processo de aprofundamento da integração econômica, social, cultural, política, o que facilita o acesso a produtos importados, possibilita o acesso instantâneo as informações, tecnologias e comercializações no mundo inteiro, porém resulta no barateamento da mão de obra, devido a mecanização e tecnologia avançada. No entanto, o convívio na sociedade, em que as pessoas são valorizadas pelo que possuem, é o que gera a exclusão social. O fato de viver em um mundo globalizado, o mercado capitalista impõe a sociedade o consumismo de seus produtos, e as pessoas que não tem condições de obter esses produtos, ou mesmo que não se encaixam dentro de seus padrões são postar às margens da sociedade.

Segundo Jameson (1996, p.70):

Vivenciamos o mundo-como-um-todo porque as novas tecnologias de comunicação e informação trazem-no para dentro de nossas casas e, simultaneamente, nos levam para fora, colocando-nos em contato com outros costumes, outras maneiras de ver o mundo, de viver a riqueza e de sentir a pobreza. A interface da tela (televisão, computador, teleconferência, teletrabalho, etc.), abolindo a realidade das distâncias, faz com que estejamos no "mundo todo" sem que para isto precisemos viajar fisicamente, e isto ultrapassa a capacidade do corpo humano de se localizar, de organizar perceptivamente o espaço circundante e mapear cognitivamente sua posição em um mundo exterior mapeável.

São pessoas que acabam vivendo a exclusão por serem simplesmente diferentes. Sendo assim buscou-se conhecer as dificuldades de comunicação dos pacientes laringectomizado:

....Eu não telefono, eu não tenho condições de falar, de me comunicar como os outros, eu não tenho telefone né, eu moro sozinho no meio do mato, se eu ficar doente lá como é que eu faço, ninguém me ouve. (sujeito 6, Masculino, 62 anos)

....É bem difícil de falar porque eu to no círculo de pessoas pequeno, acaba perdendo bastante contato. (sujeito 9, Masculino, 52 anos)

...Eu falo e parece que as pessoas não querem entender, só quando elas querem ai elas ouvem, dizem não to entendendo. (sujeito 16, Masculino, 62 anos)

...As pessoas não tem paciência, fala que não entendem, ai você deixa de lado, você percebe quando a pessoa não ta entendendo, ela começa só a balançar a cabeça e só ai você percebe. (sujeito 17, Masculino, 55 anos)

Diante desta realidade, é visível que a inserção no convívio social por pessoas que não possuem as mesmas condições físicas e econômicas, é complicada, pois o ser humano é desvalorizado por não estar dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade.

Na entrevista feita com os sujeitos, constatou-se que as dificuldades refletem no

interagir no convívio social, pois a comunicação para o homem é uma forma de verbalizar sentimentos, dificuldades, quando este encontra barreiras na comunicação verbal este precisa criar estratégias para não perder os relacionamentos construídos ao longo da vida.

Percebe-se nas respostas dos sujeitos que a comunicação é algo de extrema importância para eles, e que embora viva-se em um mundo globalizado, ainda existem pessoas que não dispõem dos meios de comunicação.

A comunicação verbal para o paciente que passou por uma laringectomia total acaba se tornando muito difícil a priori e aceitar essa transformação abrupta pode exigir mais que um trabalho de reabilitação da voz, se faz necessário um trabalho mais amplo, como pode-se perceber, há uma necessidade pertinente de querermos nos sentir aceitos pelo outro e a falta de relacionamento devido à vergonha, ou mesmo pelo fato da fala do paciente ser de difícil compreensão o afeta no seu estado emocional, pois somos pessoas construídas a partir do outro, nos conhecemos a partir do outro, somos seres que necessitamos de pertencimento.

De acordo com Correa (2009):

Ainda no campo da psicologia, Maslow teorizou que uma pessoa apresenta um conjunto de necessidades que vão das fisiológicas (comer, beber, dormir, fazer sexo...), passa pelas de segurança (física, social, psicológica), alcança as socioafetivas (de pertencimento a grupos humanos), requer as de 'status' e auto-estima (reconhecimento humano por seres humanos), indo se completar nas necessidades de auto-realização (quando a pessoa concilia aquilo que é e faz com o gostar daquilo que é e faz no mundo). Essas seriam algumas coisas de que o ser humano precisa para ser.

Em decorrência de uma sociedade capitalista que impõe um padrão de comportamento, envolvendo o agir, o pensar, foram constituídos valores e visões limitadas, na qual o homem perde sua criticidade e passa a viver de acordo com o que o mercado julga correto, na qual se esquece de olhar o outro com dignidade. Os pacientes laringectomizados sentem-se excluídos com o fato de não conseguirem se comunicar com clareza, e esta exclusão é também responsável pelo preconceito vivenciado pela maioria deles. Ao se perguntar aos sujeitos se eles já foram vítimas do preconceito, foram obtidas as seguintes afirmações:

*...Sim, o preconceito da voz, a voz no telefone, a pessoa pensa que você tá gozando dele, as pessoas pensam que a gente é surdo gritam com a gente, ficam falando com a gente com as mãos, gesticulando.
(suj 2, Masculino, 60 anos)*

...Assim, pra conversar sabe, as pessoas dão risada, falam assim lá vem ela, davam as costas, ai eu falava eu sou igual a vocês, não tive culpa. As crianças tem medo da gente também, corre da gente, a mãe tem que conversar, tem uma lá que me vê e corre pra baixo da cama. (suj 7, feminino, 58 anos)

...Não, que eu percebi não. (suj 9, Masculino, 52 anos)

...Sim, bastante principalmente a hora que você pega o telefone, vai atender e a pessoa não entende, ai já falam pra você falar direito, ai você pega o aparelho pra falar e a pessoa diz que você ta gozando e bate o telefone na cara, ai eu fico nervoso. (suj 17, Masculino, 55 anos)

Viver em um país democrático, onde as pessoas são livres para ir e vir, não significa que é um país livre de preconceitos.

De acordo com Poel (2005):

Forma de autoritarismo social de uma sociedade doente. Normalmente o preconceito é causado pela ignorância, isto é, o não conhecimento do outro que é diferente. O preconceito leva à discriminação, à marginalização e à violência. Estas atitudes vêm acompanhadas por teorias justificativas.

O preconceito está relacionado à questão cultural de cada indivíduo, o que influencia na recusa em aceitar a convivência com pessoas que não possuem o mesmo padrão de igualdade.

Lidar com o preconceito é um processo delicado, pois muitas pessoas anulam suas vidas, suas vontades para não serem expostas a nenhum tipo de constrangimento.

Estes são mecanismos de defesa, refúgios que os sujeitos criam para lidar com o preconceito que sofrem no convívio social.

...Não sei viu, é difícil falar. (suj 4, Masculino, 51 anos)

...Tem que levar né, eu vejo, que nem outro dia a pessoa lá metendo o pau em mim, falando mal de mim, ai quando ele terminou, eu falei viu eu escutei, e ele falou você escuta, ele pensou que eu não escutava. (suj 6, Masculino, 62 anos)

...Eu não ligo, finjo que não estou vendo. (suj 11, Feminino, 57 anos)

...Coloquei bina no telefone, minha mulher quando chega liga pra pessoa e fala o que aconteceu, ela solta os cachorros, aí quando a pessoa volta a ligar ela tem mais paciência. (suj 17, Masculino, 55 anos)

Fica visível que ao mesmo tempo que as pessoas precisam viver em sociedade, algumas preferem evitar esse convívio social, mesmo sendo um direito que todo cidadão possui.

Pontua Leonelli (2009):

No que diz respeito à convivência comunitária, o mesmo questionamento emerge: como assegurar o direito, sem que as condições mínimas para a existência da comunidade - enquanto instância positiva de Convivência social - estejam asseguradas? Aqui, são pressupostos os direitos ao bem estar, a segurança e justiça, saneamento, às condições dignas de habitação, transporte, cultura, lazer etc... direitos que em sua maioria correspondem a serviços públicos que na realidade Inexistem ou são absolutamente deficitários para a maioria do povo brasileiro, nas áreas urbanas e rural e, com muito maior gravidade, nas regiões norte e nordeste do País, onde a concentração de renda é mais excludente que nas regiões sul e sudeste.

Talvez seja o caso de trabalhar mais os aspectos sociais, desmistificando alguns padrões que a sociedade coloca como regra e que se transformam em preconceito, criando condições estruturais para que os sujeitos possam viver em sociedade.

Além do cotidiano com inúmeros enfrentamentos como preconceito, reabilitação, acesso aos direitos, existem também as privações das atividades que faziam parte da rotina dos pacientes laringectomizados, e ao entrevistá-los, é possível notar que eles sentem falta de certas coisas que com o tratamento, hoje são privados.

...De andar de moto, queria fazer um capacete especial, o vento não pode entrar, porque entra direto, em sinto o vento em minha garganta. (suj 1, Masculino, 49 anos)

...De falar normalmente. (suj 13 Masculino 70 anos)

...Eu sinto falta de assoviar, eu chamava os animais com assovio, mais do que falar, faz falta. (suj 15, Masculino, 62 anos)

...De trabalhar né, a gente trabalhava, agora não dá né, a gente sente falta de ocupação, tem dia que também não tenho vontade de nada né. (suj 16, Masculino, 62 anos)

Observou-se que o simples fato de viver as coisas simples da vida, é o que os sujeitos alegam sentir realmente falta. No entanto, o grupo de apoio tem a finalidade de devolver aos sujeitos um pouco do muito que lhes foi tirado.

Questionou-se os sujeitos como eles se sentem fazendo parte do grupo de reabilitação nota-se nas respostas que o grupo de apoio faz bem aos participantes.

...Eu me sinto feliz, eu gosto, orienta bastante a gente, eu não vejo a hora de estar aqui, eu gosto. (suj 7, Feminino, 58 anos)

...Me sinto bem, me ajuda a melhorar rápido. (suj 10, Masculino, 68 anos)

...Me sinto bem, fiz amizade com todo mundo. (suj 11, Feminino, 57 anos)

...Nossa, faz muito bem, foi a melhor coisa que eu fiz, na minha cidade não tinha ninguém com esse problema, aqui é a melhor coisa pra pessoa operada, isso é maravilhoso, é muito bonito você ver alguém soltar um som, porque parece fácil, mas é difícil, gosto porque faz bem. (suj 15, Masculino, 62 anos)

Na fala dos sujeitos, foi possível constatar que eles se sentem acolhidos no grupo de apoio, pois através do grupo é que estes possuem informações precisas e são orientados quando necessário, além de estarem em contato com outros pacientes que possuem ou já possuíram dificuldades semelhantes às deles.

As informações sobre a doença e os esclarecimentos sobre a patologia e o tratamento favorecem a promoção da saúde, tornando-as mais independentes para o cuidado de si mesmas. É embasado neste fato que o grupo de apoio procura abordar momentos de reflexão, de troca de experiência, de informações, pois assim, capacita os sujeitos para que estes participem ativamente da democracia, sem permitir que as dificuldades os coloquem às margens da exclusão, e sim estimulando-os à reabilitação e inserção no convívio social. É desta forma que o grupo de apoio ganha representatividade na vida dos sujeitos, este fato se

confirma através do relato dos participantes do grupo.

...Pra mim é outra família. (suj 9, Masculino, 52 anos)

...Às vezes me sinto desanimado e não sinto vontade de ir, mas acabo indo, pra conversar com os amigos lá, participo do grupo e acabo me animando de novo. (suj 10, Masculino, 68)

...Pra mim, eu te falo algo que até me comove falar, porque eu acho maravilhoso, essa reunião é muito importante pra mim e pra todos os outros, eu tenho certeza. (suj 15, Masculino, 62 anos)

...Aqui é outra família, aqui arrumei outra família, aqui a gente arruma a cabeça e todo mundo se entende, você se sente mais em casa do que na casa da gente, porque é eu e a mulher, a mulher sai, vai pro serviço e eu fico sozinho. (suj 17, Masculino, 55 anos)

Como observou-se, o tratamento realizado por pacientes laringectomizados é um processo delicado e que causa impactos psicológicos e na vida social, mas a força de vontade que cada um dos sujeitos possui e transmite em cada reunião do grupo, surte como incentivo aos participantes a superar as dificuldades do cotidiano e renova as expectativas de cada um deles, pois o grupo tem como princípio a integração dos participantes, e procura investir na potencialização do sujeito para a vida na comunidade.

Através do relato dos sujeitos, torna-se visível que as expectativas diante do tratamento aumentem devido ao progresso que estes tem no processo de reabilitação:

...Dar valor na vida como nunca se deu, passarinho é bonito, tudo é bonito, a pessoa xinga, você fala vai com Deus, pra que esquentar a cabeça, você quer viver. Você almoça, janta normal, eu não comia, eu tava morrendo de fome, eu sinto diferente, pequenas coisas que muitos não dão importância, coisas tão grandes se tornaram tão pequenas como ser o mais bonito da rua, o importante é viver com saúde, ser feliz. (suj 1, Masculino, 49 anos)

...Ah é boa, é mais ou menos né, eu fico com esse buraco, mais é uma conquista. (suj 3, Masculino, 51 anos)

...Espero ficar bom. (suj 13 Masculino 70 anos)

...Melhorar ainda mais. (suj 14, Masculino, 69 anos)

Todo indivíduo se desenvolve melhor quando está interagindo com outras pessoas, e o grupo é o local aonde ocorrem as relações interpessoais.

Moscovici (1996 p. 30) afirma que:

O grupo não é a simples soma de indivíduos e comportamentos individuais. O grupo assume uma configuração própria que influi nos sentimentos e ações de cada um. A passagem do individual para o coletivo ainda encerra mistérios e pontos obscuros não desvendados pela ciência.

O grupo também resgata valores que muitas vezes ficam esquecidos, e através das dinâmicas utilizadas, dos depoimentos, e todas as atividades que ocorrem durante as reuniões do grupo, favorecem no fortalecimento das relações interpessoais, sejam essas comunitárias, no grupo ou familiar.

3.1.4 O assistente social enquanto profissional da área da saúde no atendimento ao paciente laringectomizado

O Serviço Social em seu processo de trabalho, vem sofrendo grandes transformações, as expressões da questão social se tornaram múltiplas, e o acompanhamento e a pesquisa da realidade são componentes indissociáveis ao exercício profissional. Conforme Neto: (1991, p. 59): “A prática do profissional existe na medida em que a sociedade necessita que se exerçam determinadas funções sociais”.

O assistente social se apropria de técnicas profissionais e intelectuais, obtidos em sua formação especializada, adequadas às condições históricas presentes e particulares com que trabalha.

O resultado do trabalho do assistente social encontra-se no reconhecimento da importância do Serviço Social no Hospital Amaral Carvalho pelos pacientes, e da efetivação dos direitos através dos serviços prestados a esses usuários. A pesquisa comprova este fato, pois ao perguntar aos sujeitos se estes conheciam o Serviço Social do Hospital, foram obtidas as seguintes respostas:

...Não, ainda não precisei. (suj 12. Feminino, 64 anos)

...Sim, conheço o trabalho do serviço social, muito bom, sempre que precisei, deu certo. (sujeito 14, Masculino, 69 anos)

...Sim, eu vim fazer rádio e me encaminharam pra casa de Apoio. (sujeito 16, Masculino, 62 anos)

...Sim, a assistente social foi no meu quarto da outra vez que fiquei aqui, me explicou umas coisas de benefício. (sujeito 18, Masculino, 58 anos)

Nota-se que o trabalho do assistente social garantiu aos cidadãos o acesso ao direito de exercer a cidadania, o que torna relevante a prática da profissão na área da saúde.

De acordo com Ferreira e Lunardi (2007, p.61):

Nessa conjuntura o assistente social passou a ter um papel mediador no contexto hospitalar, intervindo sobre as tensões, os conflitos, a violência, entre os grupos excluídos, a sociabilidade local e a sociedade instituída, sem, contudo, tomar posição por nenhum dos pólos de conflito que fazem esforços, cada um, para trazer o Serviço Social para seu lado. O Serviço Social faz, neste sentido, a interligação entre os sistemas recursos e de poder com os sistemas- utilização, tendo como diretriz a inclusão social dos excluídos pela sociedade desigual, facilitando a comunicação entre sistemas, principalmente em caso de dificuldade e de ausência de relações entre os dois sistemas.

O assistente social vem ganhando espaço no mercado de trabalho, pois possui visibilidade em suas ações, são capacitados à luz do Código de Ética, o que os tornam propositivos diante dos enfrentamentos da questão social.

Através da importância do Serviço Social para os sujeitos perante as expectativas deles, nota-se que as ações do assistente social é consequência de um projeto profissional parceiro da equidade e liberdade, que acarreta na valorização e relevância de suas ações para a vida de seus usuários, capaz de transformar a realidade de cada um deles, tornando-os sujeitos de sua história.

O grupo de apoio realizado com os pacientes laringectomizados, surge como uma aproximação dos profissionais da saúde com a realidade dos pacientes que participam do grupo, e é através desta aproximação que o assistente social desperta a criticidade e a consciência dos direitos e deveres dos participantes do grupo, além de fortalecer os vínculos

sociais adquiridos entre os pacientes durante o processo de tratamento. É o que revela a fala dos sujeitos com relação ao trabalho realizado no Serviço Social.

...Ele foi fundamental, excelente desde o atendimento na portaria até hoje, onde encontro elas me cumprimentam, sempre muito bem atenciosas. Vocês são mais psicólogas do que as psicólogas, vocês mostram pras pessoas que tão com a cabeça cheia que tem saída, um trabalho excelente. (suj 1, Masculino, 49 anos)

...Já precisei várias vezes e fui bem atendido, precisei ver documentos, ela foi bem educada, fui sempre bem atendido, todas as vezes. (suj 4, Masculino, 51 anos)

*...É importante, a gente aprende muita coisa, aprende sim, ensina a gente.
(suj 7, feminino, 58 anos)*

...Sim, acho ótimo. (suj 13 Masculino 70 anos)

Ao proporcionar aos sujeitos o direito de reabilitação, está sendo garantida também a qualidade de vida e a dignidade humana.

Segundo a Resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional:

Reabilitação trata-se portanto de um processo multiprofissional visando a reinserção bio-psico-social do paciente. Tem por objetivo restaurar os movimentos e funções comprometidas depois de uma doença ou acidente, até tornar possível devolver o indivíduo a seu lugar anterior na sociedade, ou o mais perto disto (mais funcional/autônomo possível).

As pessoas são privadas de seus direitos devido ao sistema capitalista em que vivemos, e com esse sistema surgem o processo de automação, onde cada trabalhador torna-se vigia de si próprio, e acaba perdendo os direitos trabalhistas, tendo que sobreviver em condições precárias, tornando-se vulneráveis a serviços com condições desumanas, que acarretam a debilidade da saúde.

Fica evidente que o Serviço Social cria um elo entre paciente e equipe multidisciplinar, o que resulta em um trabalho para a promoção do bem estar físico, emocional e espiritual dos pacientes, propiciando o resgate da condição de sujeito dos usuários, através da divulgação e viabilização no acesso aos direitos, disponibilizando

atendimento a pacientes de todas as classes sócio econômicas, garantindo-lhes acesso aos benefícios públicos e privados e aos direitos previstos em lei, com o objetivo de contribuir com um atendimento humanizado de qualidade, através de ações que efetivem a garantia de direitos e possibilite o enfrentamento das expressões da questão social. Nota-se o quanto é enriquecedor o trabalho da assistente social junto ao paciente laringectomizado, através do relato feito pela profissional de serviço social:

..O Serviço Social trabalha de forma com a inserção do paciente laringectomizado ao convívio social de forma que o mesmo não se sinta diferente de ninguém por conta de sua voz, garantindo assim o direito do paciente em relação ao benefício /afastamento, ambulância, alimentação, medicação, cuidados em sua cidade, retornando bem para que de início ao grupo onde encontrará pessoas que passaram pelo mesmo processo de retirada de laringe e retornaram em sua vida normal.

O Serviço Social junto aos pacientes de laringectomia total e parcial, tenta proporcionar melhor qualidade de vida para o mesmo. Pois a cirurgia é assustadora e proporcionar melhor qualidade de vida para o mesmo. Pois a cirurgia é assustadora e proporcionando medos, anseios, por isso o Serviço Social trabalha antes e após a cirurgia para estar presente junto ao paciente em todo esse processo.

Os pacientes que realizam a cirurgia de laringectomia total torna um exemplo de força de vontade e perseverança para a equipe, pois muitos saem da enfermaria desesperados com medo do que virá ao retornarem para o grupo de laringectomia nos imprecisa.

O convívio com outros pacientes com o mesmo problema ajuda muito no processo de reabilitação e posso dizer que é inexplicável a emoção de trabalhar com esses pacientes o amor que construímos com esses pacientes não tenho palavras para expressar esse sentimento.

Não basta apenas ser um profissional especializado na área, é necessário o comprometimento com as dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, porém, é importante que o profissional goste da área que atua para que haja humanização nas ações propostas, pois trabalhar na área da saúde é lidar com vidas fragilizadas.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo que abordou o tema “Os impactos do câncer de laringe na vida do paciente e o trabalho do assistente social neste contexto” possibilitou evidenciar através da elaboração da fundamentação teórica e pesquisa de campo, a importância deste tema para a construção de novos trabalhos voltados a esta demanda de pacientes oncológicos, bem como para maior disseminação do trabalho do assistente social na área da saúde especializada.

Através da pesquisa bibliográfica, pôde-se entender melhor sobre o sistema de saúde no Brasil, possibilitou conhecer melhor o câncer e o câncer específico na laringe, as possíveis formas que causaram esse diagnóstico. Também foi abordado o conceito de família e a sua importância, aborda o preconceito e a sociedade contemporânea, responsável pela aceitação dos sujeitos no convívio social e o fundamental trabalho do assistente social na área da saúde e junto a pacientes laringectomizados no grupo de apoio realizado no Hospital Amaral Carvalho.

O presente estudo junto a outras ações sistematizadas como jogos, atividades, dinâmicas, e os dados quali-quantitativos propiciou evidenciar os diferentes impactos que o câncer causa na vida do paciente laringectomizado, na qual as fragilizações perpassam questões financeiras e chegam a ser tão profundas que o trabalho interdisciplinar é indispensável e fundamental para a análise e reabilitação deste paciente.

Notou-se que a maioria dos pacientes e familiares se chocou com o diagnóstico, pois o medo da morte chega a ser tão grande que pode fazer com que muitos desistam do tratamento e acredita-se que este seria o melhor momento para que fossem abordados para que estes se sintam acolhidos, apoiados, pois também revelou-se que quando a notícia do procedimento cirúrgico vem atrelada a uma informação concisa e clara a partir de um diálogo estes se sentem mais confiantes e conseguem fazer suas escolhas tendo conhecimento das possíveis conseqüências, se sentindo menos frustrados. Sendo assim, verifica-se a necessidade de uma pesquisa voltada para a importância do diálogo entre o médico e paciente no momento do diagnóstico, bem como o encaminhamento pós atendimento psico-social a fim de identificar maiores problemáticas, já que há pacientes que residem sozinhos e precisam de uma atenção maior, pois nem sempre expressam seus sentimentos, acabam sofrendo suas angústias sozinhos, e aqueles que possuem família preferem que estes estejam próximos não apenas em casa, mas no ambiente hospitalar, pois se sentem confiantes e mais seguros, para tanto uma conversa com a família sobre qual é o

papel do cuidador também é relevante para que o paciente não venha a se sentir sufocado e nem impotente, mas que se encontre um meio termo dentro das possibilidades de cada família.

Fica evidente a necessidade de um profissional de serviço social que atue no cadastramento de casos novos não apenas de câncer de laringe, mas no atendimento inicial junto à família, realizando estudo sócio-econômico e que este possa levantar estatísticas de pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, a intensidade do uso, e o interesse em estar participando de um grupo de apoio especializado como o A.A, o que também se faz necessário dentro do Hospital para fornecer suporte a todos que precisam se desvincular do vício para dar continuidade ao tratamento. Pode-se estar levantando estatísticas de todos pacientes e até familiares que teriam interesse na participação de um grupo de escuta, no qual poderiam relatar suas dificuldades, trocar experiências, e buscando se fortalecer a partir do outro, pois observou-se que ações coletivas trazem um bom resultado, dentro do grupo de laringectomizados, uma grande contribuição dos pacientes, em que se apóiam, tiram dúvidas, pois às vezes se mostram curiosos mas não se sentem à vontade para questionar o profissional, e ali estão vivendo a mesma situação e se vêem como iguais, acabam gostando de participar por essa receptividade que cada integrante proporciona aos novos pacientes que ali chegam. Também a positividade que passam os que já estão em uma fase de reabilitação avançada e já se comunicam claramente, fazem com que o novo paciente acredite nas possibilidades, na qual se sentem tão bem e muitos quando recebem a alta não se desligam do grupo, pois dizem que sua missão ainda não acabou, querem ajudar o outro.

Este ciclo de amizade deve ser estimulado, assim como a aceitação da doença e do tratamento, pois a dificuldade inicial de comunicação e a seqüela do traqueostoma nos mostrou a aflição que passa o paciente que deixa de exercer diferentes atividades que antes eram tidas no seu cotidiano, e mediante a doença já não mais são possíveis, principalmente quando o seu trabalho não era operacional, exigindo mais a utilização da voz. No geral o que mais se tornou evidente foi à perda de relacionamentos, seja com amigos antigos, vizinhos ou até familiares, há uma grande queixa por parte destes pacientes do afastamento da sociedade, em que eles entendem ser puro preconceito, mas se percebeu que existe um grande número de pessoas que não sabem lidar com o paciente laringectomizado, pois não conseguem entendê-los, e acabam fugindo, fingindo não escutar e essa situação de ser ignorado traz o abalo emocional.

Se faz necessário um trabalho constante com os pacientes devido à rotatividade do grupo para que eles compreendam que existe uma real dificuldade de compreensão, fazendo-os perceber que isso também ocorre entre eles. É preciso um tempo para que ocorra

a interpretação do que cada um quer dizer, e que apesar de existir alternativas como a escrita, mímicas, há pessoas que realmente não querem ajudar, não sabem ouvir, e que isso não é natural, nem correto, mas que estas situações de indiferenças todos nós nos deparamos ao longo da vida não está ligado apenas ao fato de não conseguirem falar naturalmente, mas assim como alguns dos próprios pacientes desconheciam o que vem a ser câncer de laringe, também há um grande número de pessoas que precisam saber o que é esta doença, quais os seus reflexos, e que eles podem ser um veículo de informação, para que não enfrentem situações vexatórias como quando fazem uso do eletrolaringe ao telefone, por ser um som mecânico, para tanto se faz necessário um trabalho com funcionários, profissionais e outros que ao se depararem com um laringectomizado não tenham medo de falar que não o entenderam, que peça para escrever se necessário, mas que procure respeitá-lo e não ser de nenhuma forma indiferente. Como dito anteriormente, pacientes que residem sozinhos, que sentem falta de pertencimento, e querem se relacionar, querem ser ouvidos e querem compartilhar suas histórias, seus momentos. Seria interessante o envolvimento destes pacientes na criação de um vídeo informativo institucional sobre o que vem a ser a doença, suas conseqüências, meios de prevenção e tratamento, a fim de alcançar um maior número de pessoas, poderia atingir as empresas de telemarketing e afins, estas que trabalhem com telefonia. Um planejamento que cabe ao profissional de serviço social já que este atua enquanto educador político afim de disseminar as informações que possam contribuir para a melhor aceitabilidade, reinserção social e qualidade de vida de sua população usuária.

Quanto ao grupo de apoio apresenta-se como essencial para o paciente, que encontra ali novas amizades e a oportunidade de se reabilitar, um lugar em que se sentem bem, se divertem e estimulam o outro a participar, estão sempre preocupados com os que faltam, e são em geral muito participativos, vêem aquele encontro como uma reunião de família.

O trabalho do profissional de serviço social do H.A.C, vem demonstrando criatividade na elaboração de estratégias de enfrentamento para as diversas necessidades e demandas que se apresentam na vida do paciente laringectomizado e família. Este profissional se mostra capacitado para a prática e sempre atento às mudanças que ocorrem no contexto de cada paciente no decorrer do tratamento, construindo atribuições que alcancem sua efetividade junto a esta população usuária.

Percebeu-se que o profissional que está interessado, busca capacitação, não tem medo de trabalhar em equipe, desenvolve a interdisciplinaridade, se envolve, participa, planeja e operacionaliza, garante ao usuário o direito a um atendimento humanizado e de qualidade.

Dentro de vários parâmetros de avaliação, se chegou à conclusão que o Código de

Ética permeia o trabalho do serviço social do H.A.C., e apesar de todos os pacientes conhecerem o trabalho desenvolvido, há relatos que comprovam a importância deste serviço dentro da área da saúde, pois contempla toda uma população, e sendo uma profissão investigativa e interventiva, vai a fundo para diagnosticar a fim de alcançar a solução pra toda e qualquer forma de demanda, se usando de seus instrumentais como a observação, diálogo, encaminhamento, documentação e outros, e inerente a situação socioeconômica.

Também ficou claro que o assistente social atual a partir de jogos, dinâmicas, realização de palestras informativas, elabora atividades extra hospitalar, providencia documentação para o acesso aos benefícios da previdência, faz contato com familiares, fornece documentação para que o mesmo consiga no município o aparelho eletrolaringe, contata voluntárias das redes de combate ao câncer e assistente sociais de outros órgãos para o acompanhamento do paciente em domicílio, planeja comemoração de datas festivas, encaminha para outros profissionais e quando necessário aplica a ação individual junto a estes, enfim possui uma gama de ações que promovem a qualidade no tratamento de reabilitação, visualizando o individuo em sua totalidade.

A hipótese do trabalho foi totalmente comprovada a partir do estudo, pois há realmente uma transformação na vida dos pacientes, o câncer causa diferentes impactos, e o paciente e a família não estão preparados para vivenciar a doença, e o trabalho do assistente social vem romper com esta realidade difícil, o estigma da morte, mostrando as possibilidades de cura, minimizando esses impactos que chegam a ser barreiras para o tratamento.

REFERÊNCIAS:

ALCALDE, Luiza. Assembléia aprova proibição de fumo em local fechado. **O Estadão**, São Paulo, 08 abr. 2009. Disponível em:

http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20090408/not_imp351708,0.php

Acess

o em: 10 ago. 2009.

ANÁLISES Conjunturais. **Brasília**, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2002 – 2005.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org) **Urgências Psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thonson, 2002, p. 221.

BERTANI, Iris Fernner et al. **Aprendendo a construir saúde**: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde. Franca: UNESP, 2008. 200 p.

BOTELHO, Rackel. Fumo tem 40 substâncias cancerígenas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 ago. 2009. Nacional, p. C5.

BRASIL. **Da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Associação dos advogados de São Paulo: atualizada até a emenda constitucional n. 56 de 20 de dezembro de 2007. São Paulo: Aasp, 2008. 199p.

BRASIL. Da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1998. Da Seguridade Social. **Legislação Brasileira para o Serviço Social**: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social. 2. ed. São Paulo: o Conselho, 2006. 478 p.

_____ Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **LEGISLAÇÃO Brasileira para o Serviço Social**: Coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social. 2. ed. São Paulo: O Conselho, 2006. 478 p.

_____ Lei n. 86662, de 07 de junho de 1993. Sobre o Serviço Social. **LEGISLAÇÃO Brasileira para o Serviço Social**: Coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social. 2. ed. São Paulo: O Conselho, 2006. 478 p.

BRAVO, Maria Inês. **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. 259 p.

CALDAS, Célia Pereira. **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 213 p.

CÂNCER será a doença mais fatal do planeta em 2010. **Folhaonline**. São Paulo, 10 dez. 2008. Disponível em: <http://www.folha.uol.com.br/ciencia/ult306u477347.shtml>. Acesso em: 23 set. 2009.

CARVALHO, J. T. **O tabagismo visto sob vários aspectos**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.
Disponível
em:
<http://www.conteudojuridico.com.br/?colunas&colunista=1614&ver=336>. Acesso em: 04 out. 2009.

CARVALHO, Maria Carmo Brant de et al. **A família contemporânea em debate**. 4. ed. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2001. 122 p.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, vol.13. 1 abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100008&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 31 set. 2009.

COHN, Amélia et. al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. 164 p

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. . **O Doente, A psicologia e o Hospital**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1996.

CIAMPA, Antonio da Costa. **A estória do Severino e a história da Severina**. Um ensaio de psicologia social. 10. ed. São Paulo: 1987, 242 p.

COHN, Almeida, et al. **Saúde como direito e como serviço**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002. 164 p.

COMEÇA a luta: É essencial que o paciente de câncer sinta o amor e o apoio da família após o diagnóstico. **Jornal Zero Hora**, Santa Catarina, 04. abr. 2009. Disponível em

:

<<http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default.jsp?uf=1&local=1&action=getVidaMateria&new>>

CORREA, Wilson. **Do que um ser humano precisa?**. 28 set. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/25479/1/do-que-um-ser-humano-precisa/pagina1.html>> Acesso em: 04 out. 2009.

CURIONI, O. A; CARVALHO M. B. A importância do diagnóstico clínico do carcinoma epidermóide da laringe em uma fase inicial da doença. **Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, v. 6, set. 2001. Disponível em: <http://www.apm.org.br/fechado/rdt_materia.aspx?idMateria=112> Acesso em: 31 set. 2009

DECLARAÇÃO dos direitos do homem e do cidadão. **Wikipédia**: a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_dos_direitos_do_homem_e_do_cidad%C3%A3o>. Acesso em 10 julho 2009.

DIREITO à Saúde. **NEV Cidadão**. São Paulo: SP. Disponível em <<http://nev.incubadora.fapesp.br/portal/saude/direitosauade>>. Acesso em 12 de jul. 2009.
FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FERREIRA, M. da Silva; LUNARDI, Laura dos S. **Estratégia do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61, set. 2007.

FILHO, Mario Jose. **A Família como espaço privilegiado na construção da cidadania**. Franca: UNESP, 2002. 158 p.

FONSECA, Marcela e GRELLET, Fábio. Brasil é segundo em câncer de laringe; rouquidão pode ser sintoma. **Folhonline**. São Paulo, 15 nov. 2008. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u445036.shtml>>

FONSECA, Rossana. Relação interpessoal. **Winkiduação**: Construção coletiva de conhecimentos. 27 Março 2008. Disponível em: <http://wiki.educartis.com/wiki/index.php?title=Rela%C3%A7%C3%A3o_interpessoal> Acesso em: 07 out. 2009.

FREITAS, Luis Carlos de Carvalho Teixeira de. **Café Carvalho e caridade**. Jaú: Fundação Amaral Carvalho, 2005. 196 p.

FURICH, Anna Elliza. **Dia Nacional de Combate ao Fumo**. Disponível em: <<http://www.velhosamigos.com.br/DatasEspeciais/dianacionaldecombateao fumo>> Acesso em: 10 ago. 2009.

GRUPO (sociologia). **Wikipédia**: a enciclopédia livre. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Grupo_\(Sociologia\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Grupo_(Sociologia))> Acesso em: 12 ago. 2009.

GONÇALVES, José Arthur Teixeira. O que é pesquisa? Para que?. **Metodologia da Pesquisa**, 01 jun. 2009. Disponível em: <<http://metodologiadapesquisa.blogspot.com/2008/06/pesquisa-para-que.html>>. Acesso em: 09 out. 2009.

HOSPITAL A. C. CAMARGO. **Cigarro apague essa idéia**, 2009. Disponível em: <www.accamargo.org.br> Acesso em 15 abr 2009.

HOSPITAL A. C. **Registro Hospitalar de Câncer da FAC**. Disponível em:

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.16, n. 30, p. 01-92, jul./dez.2012.
CAMPOS, Catiuche da Silva; RICARDO, Débora; CALOBRIZI, Maria Dvanil D'Avila. Os impactos do câncer de laringe na vida do paciente e o trabalho do assistente social neste contexto

<<http://www.amaralcarvalho.org.br/Amaralcarvalho/Portugues/detInstitucionalRhc.php?codtexto=2&area=subRhc>>. Acesso em: 23 set. 2009.

_____. **Informe-se. Previna-se.** 2009. Disponível em: <www.accamargo.org.br> Acesso em 15 abr 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 326 p.

Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2007.

JAMESON, Fredric. **Pós modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio.** Tradução de Maria Elisa Cevalco. São Paulo: Ática, 1996.

JORGE, Stéfano Gonçalves. Alcoolismo e Abuso de álcool. In: **HEPATOLOGIA MÉDICA, CIÊNCIA E ÉTICA, 2007.** Hep centro. Disponível em: <http://www.hepcentro.com.br/alcoolismo.htm>. Acesso em 05 jul. 2009.

KALOUSTIAN, Silvio Manoug. **Famílias brasileiras, a base de tudo.** 7. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2005. 183 p.

LEITE, A. L. S. A. S; QUIRINO, J. F. Aspectos socioculturais de um modo de adoecer: a somatização. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 74, p. 5-30, jul. 2003.p.5-30.

LEONELLI, Vera. **O direito à convivência familiar e comunitária,** 2009. Disponível em: <<http://www.abmp.org.br/textos/490.htm>>. Acesso em: 04 out. 2009.

LIMA, Francisco P; SICCA, Dejeni Nara D; JUNIOR, Oswaldo N. **Voz saudável.** Disponível em: < <http://www2.correioweb.com.br/hotsites/saude/voz/saude.htm>.> Acesso em: 04 set. 2009.

LOPES, Vera Lúcia Bidoene. **Doutor, Estou com Câncer?** Conduta Médica e familiar nas comunicações dolorosas. 2. ed. Porto Alegre: Age,2005

LOTTENBERG, Claudio. **A saúde brasileira pode dar certo.** São Paulo: Atheneu, 2007. 111 p.

MARQUES, M.T.C; RAMALHO, M.P. **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos á pratica interdisciplinar no ensino , pesquisa e extensão;** Janete Lianch Martins de Sá (org). São Paulo: Cortez,1989.

MARTINELLI, Chevalier Chantal. **Convivendo com o câncer**. São Paulo: Larrouse, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa, um instigante desafio**. São Paulo: Veras: 1999. p.143.

MELO, Fabio de. **Quando o sofrimento bater a sua porta**. 27. ed. São Paulo, SP: Editora Canção Nova, 2009. 238 p.

MONTEIRO, Marília. **8 de Abril – Dia Mundial de Combate ao câncer**. São Paulo, 08 abr. 2009. Disponível em: <http://www.itu.com.br/noticias/detalhes.asp?cod-conteudo=17840>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

MORIN, E. **A morte aflige o homem**. Disponível em: <
<http://www.meaningsoflife.com/Medo-morte.htm#>. Acesso em 5 out. 2009.

MORSOLETTO, Regina Helena C. Serviço Social. **Unitri-Serviço Social**,
Uberlândia. Disponível em:

<http://unitri.asoec.com.br/cursos/popup_cursos.asp?IdCurso=21>. Acesso em: 28 out. 2009.

MOSCOVICI, Felá. **Equipes dão certo**. 3 ed. Rio de Janeiro: José Olimpyo, 1996.
Disponível

em

:

<<http://www.conteudojuridico.com.br/?colunas&colunista=1614&ver=336>> Acesso em: 04 out. 2009.

MUDANÇA. **Wikipédia**. A enciclopédia livre. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Mudan%C3%A7a>> acesso em 4 set. 3009.

NETO, E.M. **Ministério da Saúde alerta sobre os riscos de mascar fumo**. 21 fev 2009
Disponível em: <www.grandefm.com.br>. Acesso em 22 fev 2009.

NETO, José Paulo. **Serviço Social Crítico: Problemas e perspectivas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

NETTO, Faria. Instituto francês diz que consumir álcool causa câncer. **O estado de São Paulo**, 18 fev. 2009. Disponível em: <www.estadão.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2009.

O BOM relacionamento familiar fortalece o indivíduo, a comunidade e a nação. **A igreja de Jesus Cristo dos santos dos últimos dias**, Disponível em: <<http://www.mormon.org/learn/0,8672,1457-2,00.html>>. Acesso em: 31 set. 2009.

O QUE É SAÚDE. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Parâmetros curriculares nacionais**. Disponível em:
<<http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=/pcn/pcn.html>>. Acesso em 12 de jul. 2009.

PACHECO, Valdirene. O Assistente Social como profissional de saúde, de 22 de maio 2007. **Educaçao fisica.org**. Disponível em:

<http://educacaofisica.org/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=275&Itemid=2> Acesso em 29 de mai. 2009.

PERFEITO, Sândor. **Previdência Social: Legislação**. Brasil: Senado federal, 1974. 317 p.

PINHO, Ângela. Anvisa veta uso ode cigarro eletrônico. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 ago. 2009. Nacional, p. C5.

PITTA, Ana. **Hospital, dor e morte como ofício**. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 198 p.

POEL, Francisco van der. **Preconceito**, 2005. Disponível em:
<<http://www.religiosidadepopular.uaivip.com.br/preconceito.htm>>. Acesso em : 04 out. 2009.

REABILITAÇÃO como processo. In: **Wikipédia, a enciclopédia livre**, 1987. Disponível em
:
<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Reabilita%C3%A7%C3%A3o_\(sa%C3%BAde\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Reabilita%C3%A7%C3%A3o_(sa%C3%BAde))>. Acesso em:
04 out. 2009.

RIBEIRO, Herval Pina. **Hospital história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

RUDIO, Franz Victor. **Compreensão humana e ajuda ao a outro**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

SANTO, F.H.E.; SOUZA, M.G.G. O olhar que olha o outro...Um estudo com famílias de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Brasileira de Cancerologia**, Minas Gerais, n. 54, p 31-41, abr 2008.

SANTOS, André Michel dos. As contribuições do Serviço Social para a realidade escolar do Brasil. **Meu Artigo**. Disponível em:
<<http://www.meuartigo.brasile scola.com/educacao/as-contribuicoes-servico-social- para-realidade-escolar-.htm>>. Acesso em 28 de out. 2009.

SILVA. Ana Beatriz B. **Mentes com Medo: da Compreensão a Superação**.9. ed. São Paulo: Imegrare, 2006.

SILVA, Lúdia Maria Monteiro da. **Serviço Social e família: a legitimação de uma ideologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1987. 176 p

SILVA, Lúdia Maria Monteiro da. **Serviço Social e família: a legitimação de uma ideologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1987. 176 p.

SILVA, Luiz A. Palma e; STANISCI, Silvia Andrade; BACCHETTO, Sinésio. **Famílias: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos**. Brasília: MPAS/SAS; São Paulo: FUNDAP. 1998. 168p.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.16, n. 30, p. 01-92, jul./dez.2012.
CAMPOS, Catiuche da Silva; RICARDO, Débora; CALOBRIZI, Maria Dvanil D'Avila. Os impactos do câncer de laringe na vida do paciente e o trabalho do assistente social neste contexto

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Renda mínima e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez, 1997. 168 p.

SIMONETTI, Richard. **Quem tem medo da morte**. São Paulo: Lúmini, 1987. p. 142

TORRES, Zélia. **A humanização do trabalho com grupos**. Minas Gerais: Arteescrita, 1990

YOUNES, Riad Naim. **O Câncer**. São Paulo : PubliFolha, 2001, 86 p.