



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

---

**Lilian Andréia Chessa Dias**

**IMPACTO DO ACOLHIMENTO E  
ESCU TA QUALIFICADA NA MELHORA  
DA QUALIDADE DEVIDADO  
PACIENTE ONCOLÓGICO**

**São José do Rio Preto**

**2021**

**Lilian Andréia Chessa Dias**

**IMPACTO DO ACOLHIMENTO E ESCUTA  
QUALIFICADA NA MELHORA DA QUALIDADE  
DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e educação em saúde (GES)

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS).

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

**Orientadora (a): Profa. Dra. Marielza Regina Ismael Martins**

**São José do Rio Preto**

**2021**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### Ficha Catalográfica

Andréia Chessa Dias, Lilian

Impacto do acolhimento e escuta qualificada na melhora da qualidade de vida do paciente oncológico / Lilian Andréia Chessa Dias

São José do Rio Preto; 2021.

113p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e educação em saúde (GES)

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS).

Orientador: Profa. Dra. Marielza Regina Ismael Martins

1. Qualidade de vida; 2. Apoio social; 3. Questionário de saúde do paciente; 4. Câncer.

**LILIAN ANDRÉIA CHESSA DIAS**

**Impacto do Acolhimento e Escuta Qualificada na Melhora da  
Qualidade de Vida do Paciente Oncológico**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE MESTRE**

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Marielza Regina Ismael Martins (FAMERP)

Membro Efetivo 01: Profa. Dra. Maria Christiane Valeria Braile Sternieri (Inst. Braile)

Membro Efetivo 02: Prof. Dr. José Eduardo Nogueira Forni (FAMERP)

Membro Suplente 01: Prof. Dr. Randolfo dos Santos Junior (FAMERP)

Membro Suplente 02: Profa. Dra. Patrícia Soraia Mustafá (UNESP - Franca)

São José do Rio Preto, 18/08/2021

## **AGRADECIMENTOS**

**Agradeço com toda força da minha Alma DEUS...**

**Aos meus filhos Vitor e Livia minha razão de viver**

**A minha mãe Jocelena pela força, apoio e incentivo de sempre.**

**Ao meu irmão Thiago pela força e carinho.**

**Ao Marcelo por sua admiração e respeito e amor.**

**À todos meus familiares que contribuíram direta ou indiretamente na minha vida.**

**À minha amiga Stella pela parceria e irmandade.**

**À minha Orientadora amada Prof Dr Marielza Regina Ismael Martins minha eterna Gratidão, pelos ensinamentos, disposição, carinho e dedicação e acima de tudo acreditar como eu no trabalho e na capacidade de fazer acontecer.**

**À Prof Dr Patricia Soraia Mustafa, integrante da minha banca minha referência em Serviço Social.**

**Ao Dr. Forni , integrante de minha banca, pelo conhecimento e instrução**

**À Prof Dr Valeria Braille por fazer parte da minha historia e participar da minha vida.**

**À equipe da Oncologia do Hospital de Base pela base, aprendizado e vivência.**

**Aos pacientes da Oncologia que me impulsiona, faz acreditar em dias melhores, acreditar no cuidado, amor e justiça.**

## EPÍGRAFE

Quando não houver saída  
Quando não houver mais solução  
Ainda há de haver saída  
Nenhuma ideia vale uma vida

Quando não houver esperança  
Quando não restar nem ilusão  
Ainda há de haver esperança  
Em cada um de nós, algo de uma criança

Enquanto houver sol  
Enquanto houver sol  
Ainda haverá  
Enquanto houver sol  
Enquanto houver sol

Quando não houver caminho  
Mesmo sem amor, sem direção  
A sós ninguém está sozinho  
É caminhando que se faz o caminho

Quando não houver desejo  
Quando não restar nem mesmo dor  
Ainda há de haver desejo  
Em cada um de nós, aonde Deus colocou

Titãs

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS.....	i
LISTA DE FIGURAS.....	ii
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
RESUMEN.....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	09
2.1. Objetivo Geral.....	10
2.2. Objetivos Específicos.....	10
3. MÉTODOS.....	11
3.1. Tipo de estudo.....	12
3.2. Aspectos éticos.....	12
3.3. Participantes do estudo.....	13
3.4. Procedimento.....	14
3.5. Intervenção social.....	17
3.6. Análise de dados.....	18
4. RESULTADOS.....	19

5. DISCUSSÃO.....	27
5.1. Limitações do estudo.....	36
6. CONCLUSÃO.....	38
7. FINANCIAMENTO.....	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXOS.....	48
APÊNDICES.....	52
MANUSCRITO.....	76

**LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

<b>BI</b>	Baixa Inferior
<b>BS</b>	Baixa Superior
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DRS</b>	Divisão Regional de Saúde
<b>EORTC QLQ</b>	<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i>
<b>FAMERP</b>	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
<b>ICA</b>	Instituto de Câncer
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>M</b>	Média
<b>MI</b>	Média Inferior
<b>MS</b>	Média Superior
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNH</b>	Política Nacional de Saúde
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional.....	21
<b>Figura 2.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ C30 da escala de sintomas.....	22
<b>Figura 3.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.....	24
<b>Figura 4.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ C30 da escala de sintomas dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.....	24

## MANUSCRITO

<b>Figura 1.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional.....	90
<b>Figura 2.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da escala de sintomas.....	91
<b>Figura 3.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.....	93
<b>Figura 4.</b>	Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da escala de sintomas dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.....	93

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Tabela 1.</b>	Descrição das variáveis sociodemográficas dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.....	18
<b>Tabela 2</b>	Análise dos indicadores sociais e fatores de risco dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 27/10/20 à 22/12/20.....	19
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das médias dos escores do questionário QLQ-30, estado global de saúde e escalas funcionais, entre as pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.....	20
<b>Quadro 01.</b>	Escala que compõem o questionário EORTC QLQ-C30 e questões correspondentes.....	13

### MANUSCRITO

<b>Tabela 1.</b>	Descrição das variáveis sociodemográficas dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.....	87
<b>Tabela 2</b>	Análise dos indicadores sociais e fatores de risco dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 27/10/20 à 22/12/20.....	88
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das médias dos escores do questionário QLQ-30, estado global de saúde e escalas funcionais, entre as pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.....	89

## RESUMO

DIAS, L. A C. Impacto do acolhimento e escuta qualificada na melhora da qualidade de vida do paciente oncológico. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Pós Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2021.

O diagnóstico de câncer é uma experiência devastadora para as pessoas e suas famílias. Toda a equipe multidisciplinar que está envolvida no tratamento destes pacientes deve compreender o impacto social para que haja uma intervenção na sua realidade, permitindo o acesso a bens e serviços de políticas públicas igualmente. O objetivo deste estudo foi analisar a percepção da qualidade de vida do paciente frente a intervenção social de acolhimento e escuta qualificada no início do tratamento oncológico. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de coorte transversal realizado com pacientes oncológicos em início de tratamento. Houve uma avaliação com questões referentes situações socioeconômicas e emocionais apresentadas pelos pacientes e seus familiares. A percepção da qualidade de vida (QV) foi mensurada pelo questionário European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), ocorrendo concomitantemente a intervenção social que consistiu de esclarecimento sobre a compreensão do processo saúde doença, legislações previdenciárias e específicas à pacientes oncológicos, bem como acolhimento e escuta ativa. Foi entregue uma cartilha de direitos específicos bem como acesso recursos sociais de esfera municipal, estadual e federal. Após 30 dias foram reavaliados a QV e feita uma entrevista foi estruturada baseada nas percepções dos pacientes após orientações sociais. Os resultados identificaram melhora na QV de vida de 60 pacientes oncológicos, média de idade de  $59,8 \pm 15,7$  anos, baixa escolaridade ( $6,5 \pm 3,5$  anos de estudo), maioria aposentados (46,6%) e casados (68,3%), que se submeteram a intervenção social no início do tratamento. Nesta etapa os domínios mais comprometidos eram a função física e emocional ( $60,56 \pm 23,34$  e  $61,11 \pm 30,86$  respectivamente). Os piores sintomas relatados eram insônia ( $46,11 \pm 42,56$ ), dor ( $38,06 \pm 26,41$ ) e, dificuldades financeiras ( $34,44 \pm 24,52$ ). Após 30 dias haviam melhorado estes escores e observou-se expressiva satisfação em todas as respostas da entrevista estruturada. Ao explorar as percepções dos pacientes com câncer verificou-se o impacto do apoio social para compreensão que envolvem o diagnóstico e tratamento na ótica do paciente e do assistente social. Assim ao analisar e intervir na realidade social de pacientes oncológicos em início de tratamento orientando, acolhendo e, encaminhando pôde promover melhor QV. O trabalho social dentro de uma intervenção multidisciplinar resulta em vantagens significativas no domínio social da QV e contribui para melhorias clinicamente significativas na QV geral para pacientes com câncer. Observou-se que práticas adotadas como acolhimento e escuta qualificada na rotina de atuação do paciente oncológico reduz incertezas e promove um cuidado clínico mais eficaz e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida.

**DESCRITORES:** 1. Qualidade de vida; 2. Apoio social; 3. Questionário de saúde do paciente; 4. Câncer.

## ABSTRACT

DIAS, L. A C. Impact of welcoming and qualified listening on improving the quality of life of cancer patients. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Stricto Sensu Graduate Studies in Nursing. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2021.

The diagnosis of cancer is a devastating experience for people and their families. The entire multidisciplinary team involved in the treatment of these patients must understand the social impact so that there is an intervention in their reality, allowing equal access to public policy goods and services. The aim of this study was to analyze the perception of the patient's quality of life in the face of social intervention of welcoming and qualified listening at the beginning of cancer treatment. This is a descriptive, exploratory, cross-sectional cohort study carried out with cancer patients in the beginning of treatment. There was an evaluation with questions regarding socioeconomic and emotional situations presented by patients and their families. The perception of quality of life (QL) was measured by the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), concomitantly occurring social intervention that consisted of clarification on the understanding of the health-disease process, legislation social security and specific to cancer patients, as well as care and active listening. A booklet of specific rights was delivered, as well as access to social resources at the municipal, state and federal levels. After 30 days, the QoL was reassessed and an interview was structured based on the patients' perceptions after social guidance. The results identified an improvement in the QoL of life of 60 cancer patients, mean age of  $59.8 \pm 15.7$  years, low education ( $6.5 \pm 3.5$  years of study), most retired (46.6%) and married (68.3%), who underwent social intervention at the beginning of treatment. At this stage, the most compromised domains were physical and emotional function ( $60.56 \pm 23.34$  and  $61.11 \pm 30.86$  respectively). The worst symptoms reported were insomnia ( $46.11 \pm 42.56$ ), pain ( $38.06 \pm 26.41$ ) and financial difficulties ( $34.44 \pm 24.52$ ). After 30 days, these scores had improved and there was significant satisfaction in all the answers to the structured interview. By exploring the perceptions of cancer patients, it was verified the impact of social support for the understanding that involve the diagnosis and treatment in the perspective of the patient and the social worker. Thus, when analyzing and intervening in the social reality of cancer patients in the beginning of treatment, guiding, welcoming and referring, it could promote a better QoL. Social work within a multidisciplinary intervention results in significant advantages in the social domain of QoL and contributes to clinically significant improvements in overall QoL for cancer patients. It was observed that practices adopted such as welcoming and qualified listening in the routine of performance of cancer patients reduce uncertainties and promote more effective clinical care and, consequently, an improvement in quality of life

**DESCRIPTORS:** 1. Quality of life; 2. Social support; 3. Patient Health Questionnaire; 4. Cancer.

## RESUMEN

DIAS, L. A C. Impacto de la escucha acogedora y calificada en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Stricto Sensu Estudos de Pós-graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2021.

El diagnóstico de cáncer es una experiencia devastadora para las personas y sus familias. Todo el equipo multidisciplinario involucrado en el tratamiento de estos pacientes debe comprender el impacto social para que se intervenga en su realidad, permitiendo un acceso igualitario a los bienes y servicios de las políticas públicas. El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de la calidad de vida del paciente ante la intervención social de acogida y escucha calificada al inicio del tratamiento oncológico. Se trata de un estudio de cohorte descriptivo, exploratorio y transversal realizado con pacientes oncológicos al inicio del tratamiento. Se realizó una valoración con preguntas sobre situaciones socioeconómicas y emocionales presentadas por los pacientes y sus familiares. La percepción de la calidad de vida (CV) se midió mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30), intervención social que se produjo concomitantemente y que consistió en aclarar la comprensión del proceso salud-enfermedad, legislación de seguridad social y específica para pacientes oncológicos, así como de atención y escucha activa. Se entregó un folleto de derechos específicos, así como el acceso a los recursos sociales a nivel municipal, estatal y federal. Después de 30 días, se reevaluó la CV y se estructuró una entrevista en función de las percepciones de los pacientes después de la orientación social. Los resultados identificaron una mejora en la CdV de vida de 60 pacientes oncológicos, edad media  $59,8 \pm 15,7$  años, baja escolaridad ( $6,5 \pm 3,5$  años de estudio), la mayoría jubilados (46,6%) y casados (68,3%), que se sometieron a estudios sociales. intervención al inicio del tratamiento. En esta etapa, los dominios más comprometidos fueron la función física y emocional ( $60,56 \pm 23,34$  y  $61,11 \pm 30,86$  respectivamente). Los peores síntomas reportados fueron insomnio ( $46,11 \pm 42,56$ ), dolor ( $38,06 \pm 26,41$ ) y dificultades económicas ( $34,44 \pm 24,52$ ). A los 30 días estos puntajes habían mejorado y hubo una satisfacción significativa en todas las respuestas a la entrevista estructurada. Al explorar las percepciones de los pacientes con cáncer, se verificó el impacto del apoyo social para la comprensión que involucran el diagnóstico y el tratamiento en la perspectiva del paciente y del trabajador social. Así, al analizar e intervenir en la realidad social de los pacientes oncológicos en el inicio del tratamiento, orientando, acogiendo y remitiendo, se podría promover una mejor CV. El trabajo social dentro de una intervención multidisciplinaria da como resultado ventajas significativas en el dominio social de la calidad de vida y contribuye a mejoras clínicamente significativas en la calidad de vida general de los pacientes con cáncer. Se observó que prácticas adoptadas como la acogida y la escucha calificada en la rutina de actuación de los pacientes oncológicos reducen las incertidumbres y promueven una atención clínica más eficaz y, en consecuencia, una mejora en la calidad de vida..

**DESCRIPTORES:**1. Calidad de vida; 2. Apoyo social; 3. Cuestionario de salud del paciente; 4. Cáncer.

# **1.INTRODUÇÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

O paciente oncológico apresenta uma série de necessidades, sobretudo de ordem social, econômica e familiar, os quais devem se apropriar do processo de acolhimento e intervenções sempre que possível<sup>1</sup>

Estudos demonstram que serviços multidisciplinares em oncologia reconhecem numerosos desafios relacionado ao enfrentamento do diagnóstico de câncer. Estes profissionais devem ter um conhecimento teórico prático dos tipos de tratamentos, dos efeitos colaterais e do impacto biopsicossocial causados pela doença<sup>2</sup>.

O câncer ou neoplasia, engloba mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância<sup>3</sup>. Estas células dividem se aceleradamente, com tendência a serem agressivas e incontroláveis, provocando a formação de tumores que podem se expandir pelo organismo<sup>3,4</sup>.

Podem ocorrer diferentes tipos de câncer que referem se a vários tipos de células do corpo. Iniciando em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se a procedência são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas<sup>3</sup>.

Indicadores de saúde utilizados para colher informações sobre o perfil dos pacientes oncológicos com diferentes tipos de câncer caracterizam mudanças prováveis ao longo do tempo e norteiam ações para vigilância do câncer em diferentes regiões do Brasil. Estas medidas de controle, tais como incidência, morbidade hospitalar e mortalidade servem para analisar a ocorrência e distribuição da doença para que haja um planejamento estratégico eficaz e programas de prevenção e controle sejam implementados. Os números que constroem esta base de informação destes indicadores

são originados dos Registros de Câncer e do Sistema de Informações sobre Mortalidade<sup>5</sup>.

O diagnóstico de um câncer impacta não apenas o emocional e o físico, mas também o social trazendo à luz a abordagem do Serviço Social. Este manejo varia em todas as fases, desde o início do tratamento até o acompanhamento e efetivação deste<sup>6</sup>.

A conduta envolve o acolhimento e a escuta ativa e qualificada, que enfoca um processo educativo para pacientes e cuidadores, gerenciamento de auto cuidado, socialização de direitos, acesso à recursos sociais entre outros, objetivando sempre intervenções que possa promover a reflexão, autonomia e conseqüentemente minimizar o impacto do Câncer<sup>6,7</sup>.

O serviço social de acordo com artigo 1º do código ética profissional constitui o objeto da profissão liberal de assistente social, de natureza técnico - científico e cujo o exercício é regulado em todo o território nacional pela Lei nº 8.662 de 07/06/93.

Durante o exercício profissional o assistente social direciona socialmente sua atuação, com autonomia e independência junto ao paciente e usuário de seu serviço<sup>9</sup> e, no momento do atendimento e intervenção profissional, existe um conhecimento técnico operativo a ele legitimado que lhe permite direcionar suas ações de acordo com suas convicções profissionais. Torna se possível este direcionamento devido a existência da Projeto ético político do serviço social que garante o exercício da prática conforme objetivos propostos pelos profissionais, desde que estes apresentem concordância com o arsenal normativo da profissão (mesmo apresentando-se divergentes dos objetivos institucionais), quanto pelas diversas possibilidades de manejo e intervenção sobre as questões sociais apresentadas pelos Assistentes Sociais neste espaço sigiloso e autônomo de atendimento social<sup>10</sup>.

O Serviço Social, segundo Martinelli<sup>11</sup>, é uma profissão de natureza eminentemente interventiva que atua no campo das relações humano-sociais. É uma forma de especialização do trabalho coletivo, socialmente construído. Participa do processo global de trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte.

Na área da Saúde o Serviço Social é uma profissão criada primordialmente para intervir nas expressões da questão social nas sociedades capitalistas, como o Brasil e, na área da saúde está inserida desde os primórdios da profissão<sup>9</sup>. O cotidiano profissional na saúde e nos demais espaços sócio-ocupacionais proporciona a construção de novos conhecimentos que respondem sobre a realidade social dos pacientes. Em um cenário contraditório de desigualdades e de redução do Estado via políticas públicas à população, são muitos os desafios enfrentados por estes profissionais no seu exercício profissional, apesar da saúde ser direito universal e dever do Estado<sup>9-10</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como fundamento os aspectos biopsicossociais, promovem ao assistente social uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida dos pacientes ou usuários que atende, com relação aos hábitos de higiene e saúde, atuando assim nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde<sup>12</sup>.

As prerrogativas do Assistente Social na área da saúde de acordo com o Ministério da Saúde são norteadas em oito funções, sendo elas: discutir com os usuários as situações problema; fazer acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde; discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social dele; informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania; elaborar relatórios sociais e pareceres sobre matérias

específicas do serviço social; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente<sup>13</sup>.

Observando o panorama oncológico os assistentes sociais precisam ter conhecimento sobre os estilos de enfrentamento, recursos, intervenções clínicas individuais e familiares e empregar uma miríade de outras habilidades para ajudar os pacientes e suas famílias a gerenciar o impacto multidimensional (físico social e familiar) de um diagnóstico de câncer durante seu longo período jornada<sup>14</sup>.

Este conjunto de habilidades é amplo, especialmente para aqueles que trabalham em centros de atendimento oncológicos no qual são habilitados para compreender a realidade do paciente/familiares, visão de homem e de Mundo (Marx) e contribuir no processo saúde e doença para efetivação de tratamento<sup>15</sup>.

Neste contexto a atuação do Serviço Social está voltada para o atendimento do usuário em suas necessidades biopsicossociais em situações de doença, norteado pelo compromisso de valorização da dignidade da pessoa humana, compreendendo visão de mundo, como ser completo que pertence a uma família e a uma comunidade, dentro de uma perspectiva de acolhimento ao paciente e seu familiar<sup>9,11,13</sup>.

Diante desta demanda e deste cenário a escuta qualificada vem após o acolhimento se fazer extremamente necessário, já que é através dela que podemos fazer um diagnóstico social e intervir de forma individual e assertiva<sup>16</sup>.

O acolhimento, a escuta ativa e qualificada vai contribuir para compreensão do processo saúde doença, ambientalização e outras questões sociais bem como o direcionamento das intervenções técnicas para a melhoria da qualidade de vida (QV) no tratamento oncológico<sup>14,16</sup>.

Profissionais que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios os aspectos de:

- **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.

Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; \* **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Em 19/9/1990 foi assinada a Lei nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A

atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A atenção voltada aos direitos dos usuários do SUS, referida na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado entre os quais:

- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Nesse sentido, torna-se necessário considerar a seguinte constatação de Hilma Guilherme dos Santos<sup>61</sup>:

“Sendo assim, os assistentes sociais se inserem no processo de trabalho em saúde como agentes de interação entre os níveis de atenção do SUS. Tal atuação dá-se de modo concomitante e encontra-se atrelado às demais políticas e sociais; desta forma sua função é assegurar a integralidade e a intersetorialidade das ações de maneira

casa vez mais coletiva e democrática. Porém o Serviço Social de modo em geral tem como demandas da área da saúde pessoas em estado de vulnerabilidade social, ou seja vitimizadas pelas condições sociais, condições esta que se manifestam na vida coletiva e que decorrem do modelo de sociedade vigente, trazendo serias consequências, especialmente para a saúde.”<sup>61</sup>

A QV (QV) de uma pessoa é afetada desde o início da experiência oncológica, durante a qual ela encontra muitos eventos não planejados que alteram sua vida. Após o diagnóstico de câncer há muito o que aprender e pensar, sem falar nas decisões a serem tomadas, muitas vezes difíceis, mas precisam ser tomadas rapidamente dependendo do estágio da doença. O agora “paciente” experimenta as consequências dessas decisões, como cirurgia, quimioterapia, radiação ou cuidados paliativos<sup>17</sup>.

Definindo então a qualidade de vida (QV) trata se de um conceito multidimensional que pode ser difícil de definir devido à natureza subjetiva dos aspectos positivos e negativos da vida<sup>18</sup>. De acordo com a UNdata, uma divisão das Nações Unidas, QV é definida como uma “noção de bem-estar humano (bem-estar) medido por indicadores sociais em vez de por medidas 'quantitativas' de renda e produção”<sup>19</sup>. Alguns autores contemporâneos referem que o termo 'qualidade de vida se estende não apenas ao impacto do tratamento e dos efeitos colaterais, mas ao reconhecimento do paciente como indivíduo e como pessoa integral<sup>20-21</sup>.

A qualidade de vida dos pacientes oncológicos pode modificar o contexto do tratamento, como contribuição do bem estar físico, mental e social e, principalmente na efetivação de um tratamento muitas vezes longo, complexo e doloroso. Daí a necessidade conhecimento neste campo para intervenções multidisciplinares<sup>17</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a intervenção do assistente social diante do acolhimento e escuta qualificada para a melhora da qualidade de vida do paciente oncológico, bem como levantar o perfil socioeconômico.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- avaliar condição socioeconômica familiar e cultural;
- verificar a contribuição da cartilha com direitos específicos;
- Analisar se a compreensão sobre os procedimentos para solicitação dos seus direitos teve impacto na melhoria de qualidade de vida.

## **3.MÉTODOS**

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório, com finalidade de descrever a percepção do paciente oncológico em início de tratamento, identificando suas características com a intenção prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas.

#### **3.2 Aspectos éticos**

Foram respeitados todos os preceitos éticos contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde– CNS, para pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto /FAMERP, sob o protocolo nº 3.261.957/2019 (Anexo 1)

Houve a autorização prévia do Instituto do Câncer – Funfarme. Esta instituição, do Hospital de Base, se desenvolveu gradativamente obtendo equipes qualificadas e avanços em tecnologia. O hospital se tornou um centro de referência em tratamento oncológico para todo o estado de São Paulo. Assim em consequência do seu desenvolvimento em 2006 foi inaugurado o Instituto do Câncer – ICA podendo ser concedida melhor tecnologia e qualidade durante o processo do tratamento oncológico, sendo ofertada a quimioterapia, radioterapia, braquiterapia e cirurgia. Contando com equipes médicas especializadas e equipe multidisciplinar. A instituição faz parte da rede Hebe Camargo do Estado de São Paulo sendo responsável pelo atendimento da DRS XV, que atende 102 municípios da nossa região.

Todo universo da pesquisa e experiência profissional foi desenvolvido no ICA de São José do Rio Preto.

O Hospital de Base, referência em saúde no Estado abrange 102 municípios do Estado de São Paulo - segundo DRS XV – Divisão Regional de Saúde, fazendo parte também da rede Hebe Camargo.

O Hospital de Base desenvolve-se gradativamente obtendo equipes qualificadas e avanços em tecnologia, o hospital se tornou um centro de referência para todo o estado de São Paulo assim em consequência do seu desenvolvimento em 2006 foi inaugurado o Instituto do Câncer – ICA podendo ser ofertando melhor tecnologia e qualidade durante o processo do tratamento oncológico., sendo ofertada a quimioterapia, radioterapia, braquiterapia e cirurgias tratamentos hormonais entre outros, ,contanto com equipes médicas especializadas e equipe multidisciplinar onde atendimento é 100% SUS.

Aos participantes da pesquisa foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma (Apêndice 01).

### **3.3 Participantes do estudo**

Foram incluídos neste estudo pacientes do Instituto do Câncer que receberam diagnóstico recente e iriam iniciar o tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico.

A pesquisa foi realizada neste contexto, onde recrutamos pacientes do Instituto do Câncer que receberam diagnóstico recentemente e, irão iniciar tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico, no período de 17/10/20 à 22/12/20.

Participaram do estudo 60 pacientes que passavam pela consulta multidisciplinar (Enfermagem, Serviço Social e Psicologia) de acordo com Protocolo da Instituição e que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento. Não houve exclusão por sexo e, a idade variou entre 18 e 80 anos. Foram excluídos pacientes com deficiências cognitivas, comorbidades psiquiátricas ou que se recusassem a responder as questões do estudo.

Para o cálculo da amostra deste estudo tomou-se como base os pacientes oncológicos, a partir do início do tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico no período de outubro a dezembro de 2020. Utilizou-se o valor de dez como o coeficiente de variação, como definido pela literatura, o, de 5% como coeficiente de confiabilidade, e poder estatístico de 95%, e obteve-se como valor da amostra o número de 60 pacientes (Fórmula de cálculo:  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$ ).

### **3.4. Procedimento**

Os pacientes passaram inicialmente por uma avaliação social<sup>22</sup> que consistia em responder questionário para caracterização da amostra (Anexo 3). Foram coletados dados como idade, gênero, estado civil, religião, ocupação e instrução escolar bem como dados sociodemográficos que consiste em questões familiares e habitacionais. Neste mesmo instrumento foram abordadas questões referentes a renda familiar, identificação do cuidador, função laboral e previdenciárias para direcionamento da intervenção e acesso a esse recurso.

Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde utilizamos o instrumento EORTC QLQ-C30 (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* versão 3.0)<sup>23</sup> (Anexo 4). Este questionário de 30 itens, validado internacionalmente, avalia a QV específica do câncer. É amplamente utilizado

e compreende cinco escalas funcionais (Física, Social, Função, Cognitiva e Funcionamento Emocional), nove escalas de sintomas (fadiga, náusea / vômito, dor, dispneia, distúrbios do sono, perda de apetite, constipação, diarreia e impacto financeiro) e, uma escala global de QV. Cada pontuação da escala linear convertida varia de 0 a 100. Calcula-se os escores separadamente para cada uma das escalas (funcional, QV e sintomas), variando de zero – 100. Na escala de Saúde Global e funcionalidade quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Já nas escalas de sintomas quanto maior a pontuação pior o score.

O questionário apresenta quatro possibilidades de resposta a saber: não/pouco/moderadamente/muito, sendo que cada conceito equivale a um número na escala de um a quatro, respectivamente. A exceção é a escala de saúde global, graduada de 1 a 7, sendo que o valor 1 representa péssima condição de saúde/qualidade de vida, e 7, ótima. As escalas que compõem o questionário e questões correspondentes estão no quadro 01<sup>23</sup>.

**Quadro 01.** Escala que compõem o questionário EORTC QLQC30 e questões correspondentes.

<b>Domínios</b>	<b>Questões</b>
Estado de saúde global	29 e 30
<b>Escalas Funcionais</b>	
Função física	1 a 5
Desempenho funcional	6 e 7
Função emocional	21 a 24
Função cognitiva	20 a 25
Função social	26 e 27
<b>Escalas de Sintomas</b>	
<b>Fadiga</b>	10,12 e 18
<b>Náusea e vômito</b>	14 e 15

---

<b>Dor</b>	9 e 19
<b>Dispneia</b>	8
<b>Insônia</b>	11
<b>Perda do apetite</b>	13
<b>Constipação</b>	16
<b>Diarreia</b>	17
<b>Dificuldades financeiras</b>	28

---

Fonte: FAYERS et al, 2001.

Considerando o fato de a população brasileira investigada não ter o hábito de responder a questionários auto administrados, somado ao nível de escolaridade das mesmas neste estudo assim como o de Orfale et al<sup>24</sup>, foi necessário que o pesquisador aplicasse os questionários acima citados em forma de entrevista.

Neste estudo de métodos mistos, coletamos não apenas avaliação quantitativa, como de qualidade de vida (EORTC QLQ –C30), mas também analisamos a compreensão dos pacientes sobre o tratamento oncológico. Houve um esclarecimento sobre a compreensão do processo saúde doença, legislações previdenciárias e específicas à pacientes oncológicos, bem como acolhimento e escuta ativa.

Neste momento foi entregue uma cartilha (Anexo) de direitos específicos bem como acesso recursos sociais de esfera municipal, estadual e federal que concretiza as orientações e acesso às mesmas, como também norteia o paciente na amplitude do tratamento com endereços, contatos e respaldo profissional.

Esse atendimento permitiu ao paciente um momento de acolhimento, escuta ativa bem como intervenções pertinentes à efetivação do tratamento e alcance da melhora de qualidade de vida e efetivação do tratamento.

### **3.5 Intervenção Social**

Após o acolhimento, escuta qualificada, entrevistas e aplicação do questionário de qualidade de vida foram identificadas as reais necessidades e caminhos a serem seguidos. Houve então a entrega e a orientação da cartilha de direitos específicos à pacientes oncológicos que objetiva concretizar a orientação e assegurar socialização de direitos e acesso a eles.

Esta cartilha foi elaborada com escrita e figuras acessíveis que contribuem com a compreensão do paciente e família no processo saúde doença. Trata-se de um instrumental técnico que foi pesquisado, atualizado e adequado à realidade de nossos pacientes.

A cartilha traduz como materialidade de nosso compromisso ético político em democratizar informações acerca de programas e direitos sociais à pacientes com câncer. A orientação técnica permeia nosso código de ética profissional- Lei 8662/93 I, e a Política Nacional de Humanização (PNH).

A cartilha aborda desde a decisão da busca dos direitos sociais, acesso à documentação de prontuário como atestados, relatórios e exames até a especificação de cada direito.

Após 30 dias da entrega e orientação da cartilha, os participantes foram contactados, em seus retornos programados. Tal estratégia permitiu maior alcance, participação no estudo e, devolutiva do acesso.

A entrevista foi estruturada, construída pela pesquisadora, seguindo um roteiro pré estabelecido, utilizando uma linguagem acessível e, baseada nas percepções dos pacientes após orientações sociais. A análise do conteúdo destacou as respostas

similares as quais foram expressas em percentuais. Foi realizado o registro das respostas através de anotação simultânea, por parte da pesquisadora.

### **3.6 Análise de dados**

Todos os dados obtidos dos participantes, para serem processados, foram inicialmente agrupados em uma planilha do EXCEL 2007 do MICROSOFT OFFICE ENTERPRISE 2007.

Os dados sociodemográficos foram avaliados por meio de uma análise descritiva das variáveis do questionário, para caracterização da amostra e, expressos em frequências e percentuais.

Os resultados das perguntas sobre a compreensão autoavaliada e medida objetivamente, bem como sobre a congruência dos resultados foram categorizados em respostas similares e expressos em percentuais.

Em relação ao questionário EORTC QLQ- C30, conforme orientação do grupo responsável pela sua formulação, na aplicação aos participantes do presente estudo, em cada escala, os escores variam de 0 a 100, sendo que, nas escalas funcional e medida global/QV, considerou-se que quanto mais alto o escore total mais próximo de níveis saudáveis de QV se encontrava o participante. O contrário aconteceu na aplicação das escalas de sintomas e de dificuldade financeira, nas quais se considerou que quanto mais altos os níveis dos escores encontrados maior o comprometimento do paciente<sup>23</sup>.

## **4.RESULTADOS**

**4. RESULTADOS:**

Foram avaliados 60 pacientes oncológicos que estavam iniciando o tratamento no Instituto do Câncer (ICA/HB), os quais se caracterizaram pela predominância do sexo feminino, idade média de  $59,8 \pm 15,7$  anos e variação de 18 a 89 anos. Outros dados são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição das variáveis sociodemográficas dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>%</b>
<b>Sexo(n=60)</b>	
Masculino	40%(n=24)
Feminino	60%(n=36)
<b>Escolaridade(n=60)</b>	
Analfabeto(a)	13,3%(n=8)
Ensino fundamental incompleto	46,6%(n=28)
Ensino fundamental completo	13,3%(n=8)
Ensino médio incompleto	0%
Ensino médio completo	25%(n=15)
Ensino superior incompleto	1,8%(n=1)
Ensino superior completo	0%
<b>Situação laboral</b>	
Ativo(a)	18,3%(n=11)
Desempregado	15%(n=9)
Aposentado e ativo	3,3%(n=2)
Aposentado	46,6%(n=28)
Pensionista	16,8%(n=10)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro(a)	15%(n=9)
Casado(a)	68,3%(n=41)
Viúvo(a)	6,6%(n=4)
Separado/divorciado(a)	10,1%(n=6)

Para ampliar o conhecimento dos recursos naturais de apoio, foi usada avaliação socioeconômica, desenvolvida por Graciano<sup>22</sup> que teve por objetivo refletir as situações encontradas socialmente e servir de instrumento para o conhecimento aproximativo da realidade do usuário e intervenção social. Este instrumento verifica a situação econômica da família, número de membros residentes da família, escolaridade dos membros da família/ maior nível educacional dos responsáveis, habitação, ocupação dos membros da família/ maior nível ocupacional dos responsáveis. A pontuação consiste

em valores que vão abaixo de 1/2 salário mínimo a acima de 100 salários mínimos (01 a 21 pontos) onde , até 02 a acima de 08 membros (01 a 06 pontos), analfabeto a superior completo (0 a 07 pontos), casa cedida a casa própria, de precária a ótima (02 a 10 pontos), trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados a empresários (01 a 13 pontos). Desta forma o estrato das classes são classificados em : Classe Baixa Inferior (0 a 20 pontos); Classe Baixa Superior (>20 a 30 pontos); Classe Média Inferior (>30 a 40 pontos); Classe Média (>40 a 47 pontos); Classe Média Superior (>47 a 54 pontos); Classe Alta (>54 a 57 pontos)<sup>22</sup>.

Na tabela (Tabela2) abaixo outros indicadores como situação socioeconômica, religião, habitação entre outros, serão apresentados.

**Tabela 2.** Análise dos indicadores sociais e fatores de risco dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 27/10/20 à 22/12/20.

<b>Variáveis</b>	<b>% (n=60)</b>
<b>Religião</b>	
Católico(a)	66,6%(n=40)
Evangélico(a)	18,4%(n=11)
Outros	10%(n=6)
Não possui	5%(n=3)
<b>Habitação</b>	
Própria	75%(n=45)
Alugada	20%(n=12)
Cedida	5%(n=3)
<b>Local onde mora</b>	
Própria cidade	10%(n=6)
Até 50 km	26,6%(n=16)
Até 100 km	35%(n=21)
Até 200 km	28,4%(n=17)
<b>Fatores de Risco</b>	
Etilismo	25%(n=15)
Tabagismo	35%(n=21)
<b>Acesso a transporte ao serviço de saúde</b>	
Próprio	40%(n=24)
Municipal	60%(n=36)
<b>Cuidador</b>	
Esposo(a)	25%(n=15)
Filho(a)	40%(n=24)
Outros	26,7%(n=16)
Não tem	8,3%(n=5)

Verifica se que com relação aos fatores de risco que 16,6% (n=10) homens e 8,3%(n=5) mulheres declararam-se étlicos e, 18,3%(n=11) mulheres e 16,6%(n=10) homens tabagistas.

Quanto as caracterizações definidas pelo instrumento usado foram feitas a partir de um sistema de pontuação simples que resulta, por correlações, em seis estratos a saber: Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (M), Média Superior (MS) e Alta (A). Acrescentou se também condições clinicas.

Neste estudo 80% (n=48) apresentou a classificação social do perfil socioeconômico caracterizando o estrato baixa superior (BS) e, 20% (n=12) baixa inferior (BI).

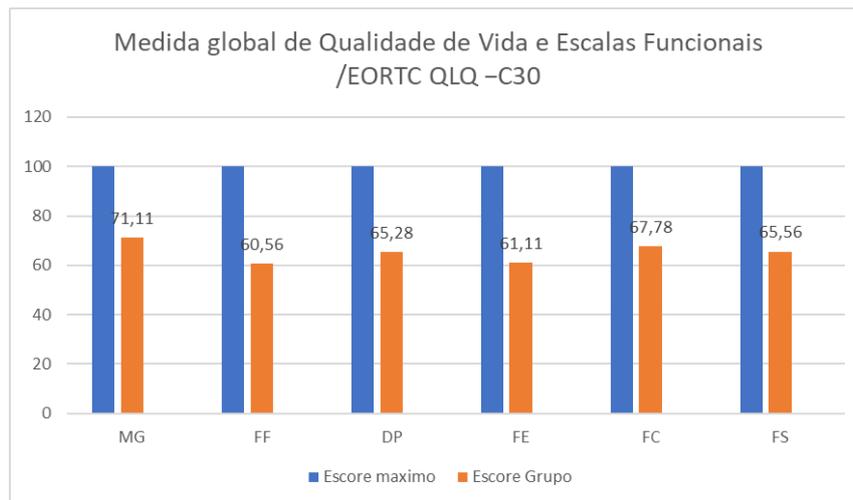
Com relação a qualidade de vida dos pacientes na Tabela 3 estão expressos os valores.

**Tabela 3.** Distribuição das médias dos escores do questionário QLQ-30, estado global de saúde e escalas funcionais, entre as pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.

<b>Variáveis EORTC QLQ –C30</b>				
<b>Estado Geral de Saúde global</b>	<b>Média ±DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>
	71,11 ±20,61	0	100	66,67
<b>Domínios da Escala Funcional</b>				
Função Física	60,56 ±30,17	6,67	100	63,33
Desempenho de papeis	65,28 ±28,51	0	100	66,67
Função emocional	61,11 ±30,86	0	100	66,67
Função cognitiva	67,78 ±29,41	0	100	66,67
Função social	65,56 ±23,34	0	100	66,67
<b>Domínios da Escala de Sintomas</b>				
Fadiga	34,07 ±26,11	0	100	33,33
Náusea e Vômito	11,39 ±24,26	0	100	0,00
Dor	38,06 ±26,41	0	100	33,33
Dispneia	11,11 ±27,90	0	100	0,00
Insônia	46,11 ±42,56	0	100	33,33
Perda de apetite	28,89 ±37,57	0	100	0,00
Constipação	15,00 ±29,06	0	100	0,00
Diarreia	6,11±21,69	0	100	0,00
Dificuldades Financeiras	34,44±24,52	0	100	33,3

O gráfico abaixo (Figura 1) apresenta uma qualidade de vida moderada em medida global e uma qualidade de vida moderada para ruim nos domínios da escala funcional, atentando se para a função física  $60,56 \pm 30,17$ , quando comparados a qualidade de vida ideal (100).

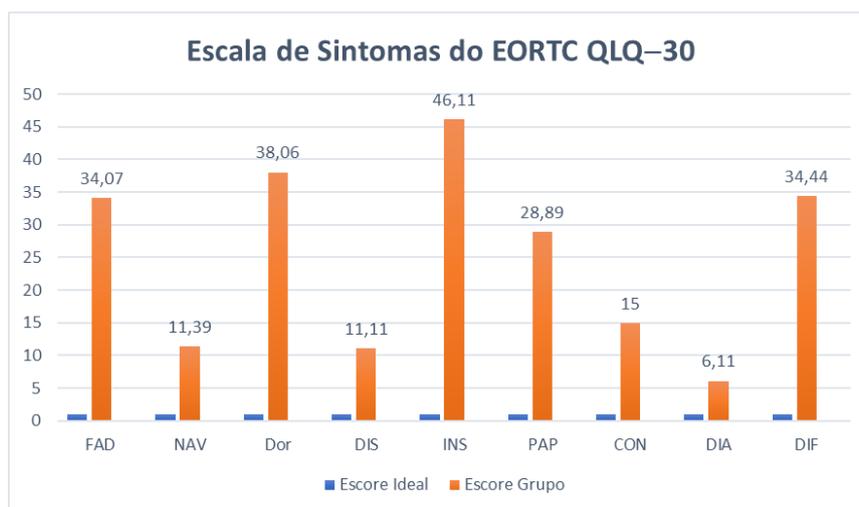
**Figura 1.** Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional.



Legenda: MG–medida global; FF–função física; DP– desempenho de papeis; FE– funcionamento emocional; FC– funcionamento cognitivo; FS–funcionamento social.

A seguir a Figura 2 mostra os domínios da escala de sintomas ilustrando a Escala de sintomas do EORTC QLQ–C30 revelando altos escores em fadiga, dor, insônia, perda de apetite e expondo que, a condição física e o tratamento provocam muitas dificuldades financeiras ( $34,44 \pm 24,52$ ).

**Figura 2.** Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da escala de sintomas



Legenda: FAD–fadiga; NAV–náuseas e vômitos; Dor; DIS– dispnea; INS–insônia; PAP–perda de apetite; CON–constipação; DIA–diarreia; DIF– dificuldades financeiras.

Após 30 dias, foi realizado, em seus retornos programados, uma entrevista através de perguntas formuladas de forma simples e concreta sobre as percepções dos pacientes após orientações sociais (n=60). Criou se um padrão de respostas (categorias), de acordo com a análise feita das respostas dos entrevistados. Portanto organizou se os resultados em categorias e, a partir de então, seguiu se o mesmo procedimento da tabulação simples, expressos em percentuais (%).

#### Como foi receber orientações sociais? Tinha conhecimento do conteúdo da cartilha?

Muito bom/excelente	Importante/ Esclarecedor	Não tinha conhecimento	Tinha conhecimento	Já tinha ouvido falar
100%(n=60)	100%(n=60)	91,6%(n=55)	0,02%(n=1)	15%(n=9)

#### Como está se sentindo agora?

Bem informado	Confiante	Animado	Mais ativo
100%(n=60)	100%(n=60)	100%(n=60)	100%(n=60)

#### Você vai acessar alguns desses direitos?

Sim	Não	Talvez
95%(n=57)	1,6%(n=1)	3,3%(n=2)

#### Você acredita que receber estas orientações no início do tratamento ajudou a minimizar o impacto do tratamento?

Sim
100%

**A pandemia dificultou o acesso ao tratamento oncológico? Teve impacto significativo na sua qualidade de vida?**

Dificultou	Não dificultou	Um pouco
11,6%(n=7)	80%(n=48)	8,3%(n=5)

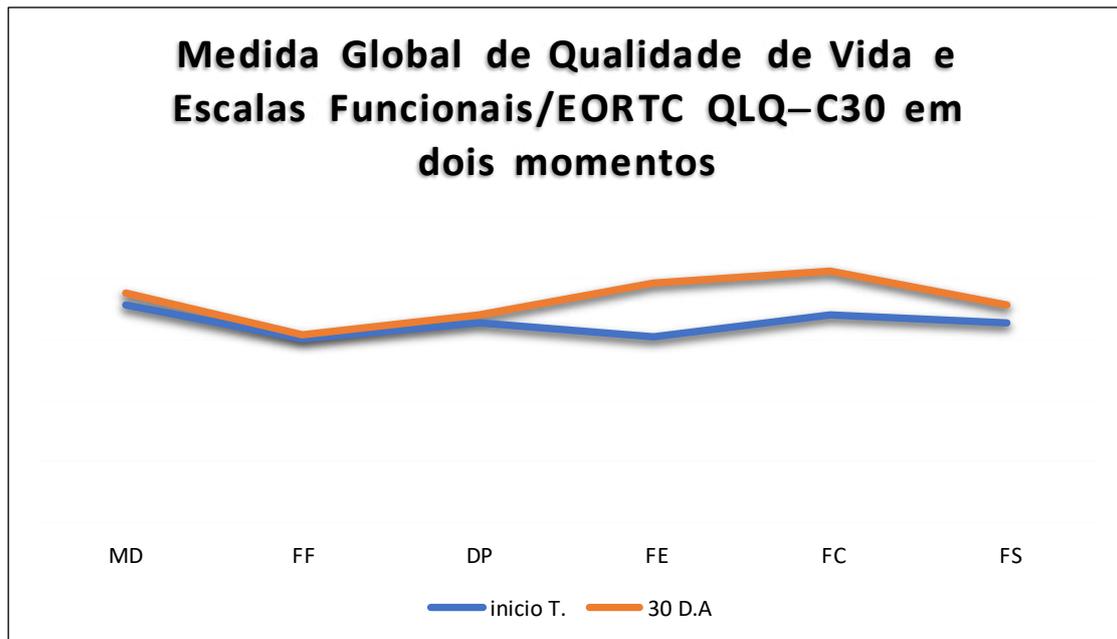
Impactou minha qualidade de vida	Não impactou
96,6%(n=58)	3,3%(n=2)

**Com o cenário do Covid -19 e o distanciamento social o que mudou no contexto de tratamento oncológico?**

Nada mudou	Aumentou o tempo de espera	A obrigação de usar máscaras e álcool gel
83,3%(n=50)	8,3%(n=5)	8,3%(n=5)

Também foi realizado o questionário EORTC QLQ -C30 para verificar os valores nos domínios encontrados após 30 dias de realização do acolhimento, escuta qualificada e orientação social. Na figura abaixo (Figura 3) são apresentados os escores da medida global de QV e domínios da escala funcional. Note que quanto mais alto os valores melhor é a QV.

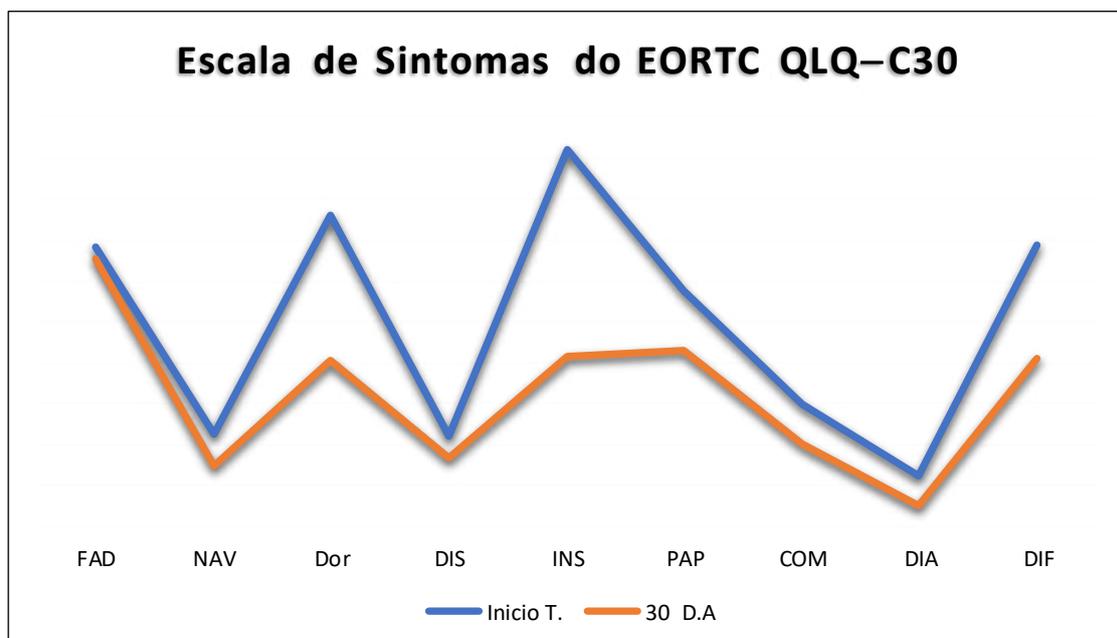
**Figura 3.** Gráfico da escala EORTC QLQ- C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.



Legenda: MG–medida global; FF–função física; DP– desempenho de papéis; FE– funcionamento emocional; FC– funcionamento cognitivo; FS–funcionamento social.

Na ilustração a seguir (Figura 4) apresenta se os valores da escala de sintomas de QV do EORTC QLQC30. Observe que quanto mais altos os escores menor a QV.

**Figura 4.** Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da escala de sintomas dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.



Legenda: FAD–fadiga; NAV–náuseas e vômitos; Dor; DIS– dispneia; INS–insônia; PAP–perda de apetite; CON–constipação; DIA–diarreia; DIF– dificuldades financeiras.

## **5.DISSCUSSÃO**

## 5. DISCUSSÃO

De acordo com dados dessa pesquisa, o sexo feminino apareceu com a prevalência de 60%, o que mostrou analogamente em alguns trabalhos como por exemplo o de um hospital público no estado do Pará que refere que existem altos índices de detecção de neoplasias típicas a esse gênero, como os cânceres do colo uterino e o de mama, que se destacam entre os tumores que afetam mulheres em todo o mundo, principalmente em regiões menos desenvolvidas. Já em países desenvolvidos, a incidência de câncer entre gêneros é similar por conta de investimento em prevenção<sup>25</sup>.

Com relação a escolaridade este estudo revelou que a quase metade possui o ensino fundamental incompleto, ou seja, a média de quatro a sete anos de estudo e a renda classificada com Baixa Superior de acordo com classificação. Dado também referido no estudo de Leuven<sup>26</sup>, no qual os resultados mostraram que a maioria possui até quatro anos de estudo, realidade que tenciona prejudicar o entendimento das orientações de saúde, dificuldade de acesso a programas preventivos, à assistência ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado imediato.

Quanto ao predomínio da religião católica, podemos aludir que esse dado é característico do Brasil que teve colonização e formação jesuíta, bem como é considerado o maior país do mundo em número de católicos<sup>27</sup>, com cerca de 64,6% da população brasileira declarando-se católica, de acordo com o Censo do IBGE de 2010<sup>28</sup>.

Outros dados como habitação (75% própria), estado civil (68,3% casado) originados neste estudo, corroboram outros estudos que identificaram dados similares<sup>29,30</sup>.

Este estudo identificou que 60% dos pacientes vem de outras cidades e utilizam transporte municipal usufruindo do seu direito e cidadania. Isto pode estar relacionado

ao fato que a Instituição desta pesquisa atende toda a região DRS VX, portanto nota-se somente 10% de atendimentos são oriundos da cidade onde ocorreu o estudo.

É interessante refletir que pacientes oncológicos, são sujeitados, na maior parte dos casos e, no início do tratamento a parar de trabalhar. Neste estudo 18,3% dos pacientes estavam ativos e em idade produtiva. Poucos estudos abordam o impacto do câncer e do seu tratamento no trabalho<sup>31-32</sup>. Steiner e colaboradores<sup>33</sup> identificaram em sua pesquisa alvos de intervenção e identificaram que faltam estratégias que devem ser testadas para aumentar a manutenção e o retorno ao trabalho quando as condições de saúde permitirem. Verifica-se também que as mudanças que ocorrem assim que iniciam o tratamento tem impacto substancial sobre autoestima, qualidade de vida e papéis sociais ou familiares.

Nesta pesquisa a maioria dos pacientes eram aposentados (46,6%). Sesto e colaboradores<sup>34</sup> argumentam em sua investigação<sup>34</sup> que o efeito do câncer sobre o emprego e a situação de aposentadoria em uma força de trabalho mais velha não é bem compreendido. Este fato se dá pela perda de produtividade e esta resulta em uma carga econômica considerável para o paciente, empregador e a sociedade. O *National Cancer Institute*<sup>35</sup> estima a perda de produtividade devido ao câncer em aproximadamente 135 bilhões de dólares anualmente. O emprego é um componente muito importante da qualidade de vida, proporcionando seguro saúde, estabilidade econômica, identidade profissional e relacionamentos sociais de apoio. Assim, as dificuldades que os pacientes oncológicos vivenciam no trabalho são consideradas um importante problema de saúde pública, com previsão de aumento na próxima década.

Em nossa análise foram identificados em sua maioria o filho(a) (40%) como cuidador. No estudo de Lim e colaboradores<sup>36</sup> os cuidadores familiares de pacientes com câncer muitas vezes sofrem com o comprometimento da qualidade de vida (QV)

devido ao estresse decorrente da responsabilidade de cuidar. Kilic & Oz<sup>37</sup> referem que os cuidadores familiares podem ser afetados não apenas pelo processo de adoecimento, mas também pelas políticas hospitalares, dificuldades econômicas, acessibilidade e comunicação do serviço de saúde.

Na pesquisa de Empenho e colaboradores<sup>38</sup> os autores demonstram o profissional assistente social relatando maior satisfação em seu papel, porque eram mais capazes de atender às necessidades do paciente oncológico e de seu cuidador, expandindo a variedade de apoio e assistência “prática” aos cuidadores em suas responsabilidades diárias.

Otis–Green<sup>39</sup> e colaboradores registram em seu estudo que assistentes sociais podem ser recursos inestimáveis para as famílias a respeito da melhor forma de comunicar-se com outras pessoas sobre sua doença de uma maneira apropriada. Modelo de comunicação aberta e transparente e, o fornecimento de informações e recursos são muito úteis. A assistente social também pode auxiliar o paciente oncológico e seu cuidador em suas comunicações com a equipe médica.

No que se refere ao tempo que os cuidadores se dedicavam ao paciente, 77% deles informaram que passavam o dia inteiro com o paciente e os demais, 23%, cuidavam do paciente durante um período (manhã, tarde ou noite). Portanto ressaltamos aqui que o universo “Cuidador” deve ter um olhar ampliado sabendo que seu comportamento ou posicionamento reflete diretamente na qualidade de vida do paciente em tratamento oncológico<sup>40</sup>.

Também é importante observar aqui sobre os fatores de risco para doença oncológica que são tabagismo, obesidade, alcoolismo, alimentação não saudável, exposição excessiva ao sol, exposição à radiação, exposição a agentes químicos e, infecções virais de diversos tipos.

Neste trabalho destacamos o alcoolismo e tabagismo que juntos acometem 60% dos pacientes entrevistados.

Uma proporção considerável dos casos de câncer pode ser atribuída ao tabagismo e ao alto consumo de álcool. Há forte associação entre tabagismo e câncer de pulmão e, quanto ao álcool, estudos demonstram que bebidas alcoólicas contêm o etanol, e seu metabólito acetaldeído, são classificados como carcinogênicos para humanos<sup>41</sup>.

Embora alguns tipos de câncer estejam associados ao fumo e ao álcool, alguns estão mais fortemente associados a um fator de risco do que a outro<sup>42</sup>.

O consumo de álcool aumenta o risco de câncer na boca, garganta superior (faríngea), esofágico, caixa vocal (laríngea), mama, intestino e fígado. Enquanto o tabagismo está associado a pelo menos 15 tipos de câncer, sendo o mais comum o câncer de pulmão<sup>41</sup>.

Neste estudo a maioria dos tabagistas eram mulheres e dos etílicos homens. No estudo de Batista e colaboradores<sup>43</sup> o tabagismo e o consumo de bebida alcoólica entre pacientes do sexo masculino caracterizam um estilo de vida inadequado que, se mantido, pode resultar ao longo da vida em vários tipos de doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, pulmonares e muitos tipos de câncer. Em função do contexto apresentado, destaca-se a importância da escuta qualificada no sentido do profissional dar atenção, abertura à fala para a fluência dos conteúdos mais profundos, não recriminação mas, acima de tudo, orientação visando a eliminar ou diminuir, de maneira efetiva, os principais fatores de risco associados ao câncer e às várias outras doenças crônicas não transmissíveis.

Na amostra em estudo, identificou-se a maior frequência da renda familiar entre um a três salários mínimos. Deste modo, menciona-se uma pesquisa que encontrou

dados diferentes, cujo objetivo foi investigar a resiliência em 852 jovens, residentes no Distrito Federal-DF<sup>44</sup>. Na referida população, identificou-se que 35% dos participantes têm rendimentos entre um e dois salários mínimos; 22% entre mais de dois a três salários mínimos; enquanto que 18, 7% relatam renda superior a três salários mensais. Não encontramos estudos brasileiros, porem um americano<sup>45</sup> que relata que homens e mulheres com apenas o ensino médio tiveram taxas de câncer de pulmão elevadas de 3,01 e 2,02, respectivamente, em relação a seus colegas com nível superior. Aqueles com renda familiar anual inferior a US \$ 12.500 tiveram taxas de incidência de mais de 1,7 vezes a taxa de incidência de câncer de pulmão daqueles com renda de US \$ 50.000 ou mais. A renda mais baixa também foi associada a um risco estatisticamente significativo de câncer de mama em pior estágio entre as mulheres e, câncer de próstata em pior estágio entre os homens.

Em referência a qualidade de vida, os resultados obtidos pelo EORTC QLQ-C30 demonstram que a medida global de saúde obteve uma média de  $71,11 \pm 20,61$ , ou seja, os pacientes apresentaram no início do tratamento uma QV satisfatória (acima da média). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com pacientes oncológicos submetidos ao início de radioterapia<sup>46</sup>.

Outro estudo relata que as estimativas globais de qualidade de vida dos pacientes com câncer foram mais elevados globalmente, enquanto a funcionalidade foi avaliada significativamente pior e a carga de sintomas foi marcadamente maior<sup>47</sup>.

O presente estudo reforça este resultado que demonstra a função física, que é um componente da escala funcional do EORTC QLQ-C30 como a mais afetada (60,56). No trabalho de Laird e colaboradores<sup>48</sup> o cancer pode estar associado a deteriorações na composição corporal e função física.

Outra pesquisa relata que a perda funcional é frequente em pacientes oncológicos e, reflete em vários aspectos da sua vida<sup>49</sup>. Portanto, dificuldades em realizar tarefas diárias favorecem o desenvolvimento de mudanças psicológicas, especialmente porque se relacionam ao medo dos pacientes de se tornarem um “fardo” para sua família e cuidadores.

Outro componente impactado foi a função emocional (61,11). O relato de tensão, irritação, depressão, preocupação e ansiedade foram relatados. Alguns estudos referem ansiedade e depressão presentes desde o diagnóstico de câncer, e associa este a sofrimento e morte, resultando em perdas do funcionamento emocional. Batista e colaboradores<sup>50</sup> mostram em seu estudo que a ansiedade foi identificada como o segundo domínio mais afetado na avaliação de qualidade de vida.

Os componentes função cognitiva (67,78), função social (65,56) e desempenho de papéis (65,28) sofreram menos prejuízo, porém um estudo de Iconomou e colaboradores<sup>51</sup> revelam o comprometimento cognitivo no início do tratamento do câncer associado a um risco 6 vezes maior de morte em pacientes com câncer de mama, próstata ou colorretal. Além disso, tanto o comprometimento cognitivo quanto a pior qualidade de vida foram separadamente associados à diminuição da sobrevida geral em pacientes oncológicos.

Quanto as atividades da vida diária, de lazer, de trabalho são atingidas em pacientes oncológicos durante qualquer fase do tratamento e, em contrapartida com este estudo Puchalski e colaboradores<sup>52</sup> relatam mudanças radicais, onde a QV foi extremamente afetada (abaixo da média) por alterações das percepções e fatores sociais, eventos adversos à saúde ou políticas de cuidado.

Com relação a escala de sintomas, no presente estudo a insônia (46,11) foi o sintoma mais comprometido. Outros estudos referem a insônia como distúrbio do sono mais comum em pacientes com câncer<sup>52-53</sup>.

A dor e a fadiga também apresentaram altos escores (38,06 e 34,07 respectivamente). Krug e colaboradores<sup>54</sup> relatam a fadiga e a dor entre os sintomas mais prevalentes corroborando os dados do presente estudo. A dor impacta a QV, assim como a fadiga. Mendes e colaboradores<sup>55</sup> observam em sua pesquisa que a fadiga geralmente é um sintoma persistente por longos períodos em pacientes oncológicos e, não melhora totalmente com sono e repouso. Além disto relatam que este sintoma não está relacionado com as atividades realizadas pelos pacientes, sendo assim um sintoma de difícil tratamento.

Outro componente deste estudo que se relaciona a um impacto na QV é o relacionado as dificuldades financeiras, muito comprometido nestes pacientes (34,44).O trabalho de Callahan e colaboradores<sup>56</sup> referem que as dificuldades financeiras diante do diagnóstico de câncer pode ser devastador. O câncer pode exacerbar o estresse financeiro, influenciando assim seu sustento, sua capacidade de manter os benefícios do emprego, incluindo seguro saúde, administrar as obrigações financeiras e participar de forma significativa no tratamento. Relata também que examinar como as vulnerabilidades em situações psicossociais afetam a qualidade de vida financeira dentro do contexto mais amplo de tomada de decisão em saúde é relevante e pouco abordado<sup>56</sup>.

Zafar e colaboradores<sup>57</sup> registram em seu estudo as assistentes sociais promovendo educação, incentivando apoio social e envolvimento com o cuidado, e utilizando um sistema multidisciplinar e abordagem ao cuidado integral do câncer. As estratégias giram em torno do fortalecimento das relações destes pacientes promovendo

a adesão ao tratamento e proporcionando apoio social e assistência útil. Referem ainda que os serviços clínicos, terapêuticos, de gestão financeira e de gestão de casos podem resolver as questões como estresse financeiro, problemas de habitação e vinculação de recursos.

Outros sintomas como perda de apetite, constipação, náuseas e vômitos, dispneia e diarreia foram relatados também, porém, em menor prejuízo. Estudos demonstram que estes sintomas são mais comuns em cânceres avançados e podem ser relacionados a causas diversas<sup>49,53</sup>.

No presente estudo houve, após 30 dias do acolhimento, escuta qualificada e orientações aos pacientes oncológicos no início do tratamento, uma entrevista, que foi realizada para obter a percepção e o envolvimento dos pacientes na tomada de decisões sobre seus próprios cuidados, não apenas da saúde física, mas também da saúde social. Revelou-se então nestas respostas, a satisfação em receber uma quantidade de informações, antes desconhecidas, que reforçaram a comunicação como uma ferramenta valiosa.

A qualidade de vida também foi mensurada demonstrando que houve melhora da QV, principalmente nos domínios de função emocional e função cognitiva (Escala funcional do EORTC QLQ-C30) e, dor, insônia e dificuldades financeiras (Escala de sintomas do EORTC QLQ-C30).

Há escassez de estudos em relação ao impacto de intervenções sociais em pacientes oncológicos em início de tratamento, contudo são questões provocativas o suficiente para pesquisas futuras oferecendo maior segurança para promoção e adesão ao tratamento, proporcionando apoio social e assistência útil.

De acordo com Vasconcelos(2001) o exercício do assistente social na saúde mostra um descompasso do trabalho realizado mas com um enorme avanço que

significa o projeto ético político profissional e ser explicado pela dificuldade de se efetivar os direitos universais do SUS.

Essa problemática não atinge somente o trabalho do Assistente Social mas todo trabalhador da saúde pública.

Assim concluímos que mesmo diante desta trajetória o Assistente Social se faz necessário pois domina a interface da assistência e saúde, e tem a capacidade de responder as demandas que originam a partir das diferentes expressões da questão social.

Isso se dá através do planejamento na gestão, na educação em saúde e conhecimento da realidade.

Ainda segundo (Iamamoto, 2009) os Assistentes Sociais afirmam o compromisso de com os direitos e interesses do usuário na defesa da qualidade dos serviços prestados em contraposição a uma herança conservadora do passado ou seja procuram intervir de forma a transformar determinadas situações em encontro ao seu alcance.

Sendo assim, apesar de um histórico com pouca visibilidade se faz cada vez mais necessário e importante a presença do Assistente Social no contexto de saúde, de acordo com PNH – Política Nacional de Humanização(2004) e ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

### **5.1. Limitações do Estudo**

Foi utilizada amostra de conveniência, o que dificulta a generalização dos achados, que representam apenas os pacientes da instituição onde foi realizada a pesquisa. É prematuro generalizar esses achados, pois o tamanho do efeito identificado foi pequeno. A qualidade de vida muda com o tempo e enfatiza que a importância do crescimento pessoal, pode levar algum tempo para detectar totalmente suas melhorias.

Além disso, a QV dos pacientes oncológicos também pode depender do prognóstico durante a trajetória da doença. Enfatizamos que estudos adicionais sejam realizados investigando várias áreas relevantes, incluindo habitação e segurança da habitação; suficiência de renda para comida e roupas; transporte para o trabalho, consultas médicas e ambientalização e, acesso a cuidados médicos através de profissionais qualificados para isto.

## **6.CONCLUSÃO**

## **6. CONCLUSÃO**

A qualidade de vida é uma preocupação diária dos pacientes durante o tratamento do câncer. Este estudo possibilitou o acesso à vivência do paciente em relação ao seu cuidado e, direitos específicos, tendo foco direto na concretização e orientação, buscando a assegurar socialização de direitos e o acesso a eles.

Todos os domínios de qualidade de vida avaliados por um questionário específico apresentaram melhora e, na entrevista complementar os pacientes oncológicos avaliados puderam relatar que as orientações, planejamentos, acolhimentos e encaminhamentos, objetivando a autonomia deles e a socialização das informações quanto aos direitos sociais que permitem o acesso a bens e serviços de políticas públicas, privadas, não governamentais e programas sociais foram realizadas satisfatoriamente.

Portanto neste grupo estudado o impacto promoveu uma ação educativa, buscando um processo reflexivo nos pacientes, para que pudessem participar do tratamento e/ou cura com reflexo de melhoria na qualidade de vida.

## **7.FINANCIAMENTO**

## **7. FINANCIAMENTO**

Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

# **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

- 1.Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T, Alivernini F, Laurentiis MD, Botti G, et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget*. 2017; 8:36800–1. doi.org/10.18632/oncotarget.15758.
- 2.Taberna M, Moncayo F, Salas E, Antonio M, Arribas L et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front. Oncol.*, 20 March 2020 | <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085>
- 3.Instituto Nacional do Câncer – INCA. Causas e tratamento do câncer. 2016. <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/estomago/prevencao>. Acesso em 09 de novembro de 2020
- 4.Terraciano D, Buonerba C, Scafuri L, Bernardinis P,Calin G,Ferrajoli A et al. Perspective: Cancer Patient Management Challenges During the COVID-19 Pandemic. *Front. Oncol.*, 18 August 2020 | <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01556>
- 5.Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [cited 2020 out 13]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
- 6.Silva D et.al. A Atuação do Assistente Social no Acolhimento ao Paciente Oncológico. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* 2017; 8 (5):39-51.
- 7.Bravo MIS, Matos MCM. Ethical-Political Project of Social Service and its relation with Sanitary Reform: elements for the debate. São Paulo: Cortez, 2011.
- 8.Regulamentação profissional do Assistente Social. Lei 8662/93.Disponível no [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br).
- 9.Woolf SH, Purnell JQ. The good life: working together to promote opportunity and improve population health and well-being. *JAMA*. 2016;315(16):1706–1708.
- 10.Miller D, Bazzi A, Allen H,Martinson M, Wright C, Jantz K et al.A social work approach to policy:implications for population health. *American Journal of Public Health* 2017; 173(8):858–865
- 11.Martinelli ML. Serviço Social: identidade e alienação. São Paulo: Cortez, 2012
- 12.Santos CF. A atuação de assistente social em cuidados paliativos. In: Figueiredo MTA, organizadores. Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia. São Paulo: Unifesp; 2006. p. 62-65
- 13.Sodre F. Social Work between prevention and health promotion: translation, attachment and reception *Serv. Soc. Soc.*2014; 117(1): 69-83
- 14.Pocket R, Peate M, Hobbs K, Dizdowska M,Bell M, Baylock B et al. The characteristics of oncology social work in Australia: Implications for workforce

- planning in integrated cancer care. *Clinical Oncology* 2016 ;12(4): 444-452. doi.org/10.1111/ajco.12482
15. Markam MJ, Wachter K, Agarwal N, Bertagnolli M, Chang S, Dale W et al. Clinical Cancer Advances 2020: Annual Report on Progress Against Cancer From the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology* 2020;38(10): 1081-1096. doi: 10.1200/JCO.19.03141
16. Sanches N & Silva RB. A escuta qualificada na assistência social: Da postura diagnóstica às formas (po)éticas de escutar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2019; 19(3): 604-622.
17. Nayak M, George A, Vidyasagar MS, Matheu S, Nayak S, Nayak B et al. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*. 2017 ; 23(4): 445-450. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_82\_17
18. Bottomley A. The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist* 7(2):120-5. doi:10.1634/theoncologist.7-2-120
19. National Cancer Institute. Cancer Trends Progress Report - 2009/2010 Update. National Cancer Institute, NIH, DHHS; Bethesda, MD: Apr, 2010. Available from: <http://progressreport.cancer.gov>. 2011
20. Shrestha A, Martins C, Burton M, Walters S, Collins K, Wyld L. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psychooncology*. 2019 ; 28(7): 1367-1380. doi: 10.1002/pon.5054
21. Barrett M, Chu A, Chen J, Lam KY, Portenoy R, Dhingra L, et al. Quality of life in community-dwelling chinese american patients with cancer pain. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(6):1442-8. doi: 10.1007/s10903-016-0392
22. Graciano MIG et al. Validação de conteúdo de um instrumento de avaliação socioeconômica no âmbito do serviço social. *Constr Serv Social, Bauru*, v.19, n.36, p. 39-57, jul./dez. 2015.
23. Fayers P, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group; Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* 2002;38 Suppl 4:S125-33. doi: 10.1016/s0959-8049(01)00448-8.
24. Orfale AG., Araújo PMP, Ferraz MB, Natour J. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. *Braz J Med Biol Res* . 2005 ; 38( 2 ): 293-302.
25. Bastos B., Pereira A., Castro C, Carvalho, Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes em Cuidados Paliativos em um hospital de referência em oncologia do Estado do Pará, Brasil. Instituto Guia.
26. Leuven E, Plug E, Rooning M. Education and cancer risk. *Labour Economics* 2016; 43:106-121. doi.org/10.1016/j.labeco.2016.06.006

- 27.Ferreira LF, Freire A,Silveira AL, Silva APM, Sá HC, Souza IS et al. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(2): e-07422
- 28.IBGE. Censo 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021
- 29.Ribeiro AGC, Mitre R, Ribeiro, Rocha S. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(1): 7-17.
- 30.Dugno M, Soldatelli J, Daltoe T, Rosado J, Spada P, Formolo F. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica* 2014;10(2):60-64
- 31.Parkison M, Maheu C. Cancer and work. *Can Oncol Nurs J*. 2019 ; 29(4): 258–266.
- 32.Fitch MI, Nicoll I. Returning to work after cancer: Survivors', caregivers' and employers' perspectives. *Psycho-Oncology*. 2019;28(4):792–798. doi: 10.1002/pon.5021
- 33.Steiner JF, Cavender T, Main D. Bradley C. Assessing the Impact of Cancer on Work Outcomes What Are the Research Needs? *CANCER* 2004; v. 1(8)
- 34.Sesto M , Faatin M , Wang S , Tevaarwerk A , Wiegmann D. Employment and retirement status of older cancer survivors compared to non-cancer. *Work*. 2013 Jan 1; 46(4): 10.3233/WOR-131680.doi: 10.3233/WOR-131680
- 35.National Cancer Institute. Disponível em: <https://www.cancer.gov/>. Acesso em : 19 de janeiro de 2021
- 36.Lim H , Tan J , Chua J , Yoong R, Lim S , Kua EH, Mahendran R Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and around the world.*Asian Pac J Cancer Prev*. 2019; 20(6): 1735–1741.doi: 10.31557/APJCP.2019.20.6.1735
- 37.Kilic S, Oz F. Family Caregivers' Involvement in Caring with Cancer and their Quality of Life. *Asian Pac J Cancer Prev* . 2019 1;20(6):1735-1741. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.6.1735
- 38.Empenõ J, Raming N, Irwin S, Nelesen R, Lloyd L The impacto f additional support services on caregivers of hospice patients and hospice social workers.*J Psychosoc Oncol*. 2014; 32(4): 431–446.doi: 10.1080/07347332.2014.917140
- 39.Otis-Green S, Sidhu R, Del Ferraro C, Ferrell B. Integrating Social Work into Palliative Care for Lung Cancer Patients and Families: A Multi-Dimensional Approach. *J Psychosoc Oncol*. 2014; 32(4): 431–446.doi: 10.1080/07347332.2014.917140
- 40.Conde C; Lemos TMR, Ferreira MLSM. Características sociodemográficas, individuais e programáticas de mulheres com câncer de colo do útero. *Enfermería Global* 2018; 49 (1):235-241

41. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180287
42. Barbosa MB, Pereira CV, Cruz DT, Leite ICG. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2018; 21(2): 123-133.
43. Batista E et al. Impact of Tobacco and Alcohol on the Body Composition of Youth *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(3): 355-363 355
44. Barros ÂF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013; 35(10): 458-463
45. Helman R, Greenwald G, Copeland C, VanDerhei J. The 2011 Retirement Confidence survey: confidence drops to record lows, reflecting “the new normal” Employee Benefit Research Institute (EBRI) 2011;(355):1–39
46. Birsen Y, Ebru A, Yillar O. The impact of radiotherapy on quality of life for cancer patients: a longitudinal study. *Support Care Cancer* (2014) 22:2479–2487. doi 10.1007/s00520-014-2235-y
47. Ferreira MLS, Mutro ME, Regiane CC, Sanches MMJ, Meneguim S, Moerbeck CM F. Ser cuidador de familiar com cancer. *Cienc. enferm.* 2018 24: 6.
48. Laird BJ, Fallon M, Hjermstad MJ et al. Quality of life in patients with advanced cancer: differential association with performance status and systemic inflammatory response. *J Clin Oncol.* 2016; 34: 2769-2775
49. Return to Breast Collaborative group. D’Egidio V, Sestili C, Mancino M, Sciarra I, Cocchiara R, et al. Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review. *Qual Life Res.* 2017;26(10):2573–92.
50. Batista DRR, Mattos M de, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM* . 2015 ;5(3):499-510.
51. Iconomou G, Mega V, Koutras A, Iconomou AV, Kalofonos HP. Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer.* 2004;101(2):404-411.
52. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliat.* 2011;18(1):20-4 *Support Care Cancer*
53. Lis C, Gupta D, Grutsch JF. The relationship between insomnia and patient satisfaction with quality of life in câncer. *Support Care Cancer* 2008 Mar;16(3):261-6. doi: 10.1007/s00520-007-0314-z

54. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm, F. et al. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliat Care*. 2016;15:4. doi.org/10.1186/s12904-016-0082-y
55. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):758-64.
56. Callahan C, Brintzenhofesoc K. Financial Quality of Life for Patients With Cancer: An Exploratory Study. *Journal of Psychosocial Oncology* 2015; 33(4).doi:10.1080/07347332.2015.1045679
57. Zafar, S. Y., Peppercorn, J. M., Schrag, D., Taylor, D. H., Goetzinger, A. M., Zhong, X., & Abernathy, A. P. (2013). The financial toxicity of cancer treatment: A pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. *The Oncologist*, 18, 381–390. doi:10.1634/theoncologist.2012-0279
58. Wikipédia, a enciclopédia livre. Teoria marxista sobre a natureza humana. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria\\_marxista\\_sobre\\_a\\_natureza\\_humana](https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_marxista_sobre_a_natureza_humana)> Acesso em 13 mai 2021.
59. Vasconcelos, A.M. Serviço Social e Práticas democráticas. In: Bravo e Pereira. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 113-138.
60. Iamamoto, M.V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
61. Santos, H. G. dos. Acolhimento no SUS: percepções da (o) assistente social sobre sua prática profissional [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública; 2018 [citado 2021-07-21]. doi:10.11606/D.108.2018.tde-17052018-144015.

# **ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
**CEP/FAMERP**

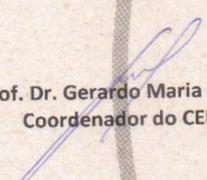
Parecer nº 3.261.957

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 09284619.9.0000.5415** sob a responsabilidade de **Lilian Andreia Chessa Dias** com o título "Impacto do acolhimento e escuta qualificada na melhora da qualidade de vida do paciente oncológico" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP**.

Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 12 de abril de 2019.

  
**Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho**  
Coordenador do CEP/FAMERP





# APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecida que participarei, se for da minha vontade do projeto de pesquisa “Impacto do acolhimento e escuta qualificada na melhora da qualidade de vida do paciente oncológico.” Desta forma autorizo a assistente social mestranda: Lilian Andreia Chessa Dias a realizar avaliações antes e após 30 dias do início do tratamento oncológico . Além de orientações sociais e educativas. Esta profissional me explicou que não terei nenhum gasto financeiro ou remuneração pelas atividades, de forma a contribuir com a dissertação de mestrado. Declaro estar ciente e esclarecido dos objetivos do estudo e de que tenho o direito de retirar-me deste estudo por qualquer razão e a qualquer tempo e também de solicitar esclarecimentos às pesquisadoras pelo contatos colocados no final desta página. Estou ciente que minha participação consiste da avaliação social realizada pela assistente social e em responder às perguntas de uma entrevista com duração prevista de 20 (vinte) minutos que não representa riscos à minha pessoa. Responderei às perguntas referentes aos questionários de e qualidade de vida ( EORTC QLQ30) ciente de que os dados informados são confidenciais e de que minha identidade não será revelada publicamente em nenhuma hipótese, de forma que somente os pesquisadores terão acesso às informações prestadas a seguir. Concordo que estes dados sejam utilizados para fins científicos na análise e conclusão do estudo. Para tanto autorizo a ela o pleno acesso ao meu prontuário médico para obter maiores informações sobre o meu caso. Desta forma, me comprometo a responder os questionários, receber as orientações e participar das avaliações, antes e após o tratamento. Além disso, o sigilo todos os meus dados pessoais e clínicos foram garantidos pela pesquisadora, como processo da pesquisa na elaboração do trabalho acadêmico supracitado.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021. \_\_\_\_\_

Assinatura Legível Paciente      Assinatura Legível Pesquisadora

Telefones de contato: Lilian (17) 99724 4636

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

### DADOS SOBRE A PERCEÇÃO DO PACIENTE FRENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

- 1- Como foi receber essas orientações sociais? Tinha conhecimento prévio? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2- Como você está se sentindo agora? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3- Você vai acessar alguns dos direitos específicos à pacientes oncológicos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4- Você acredita que receber estas orientações no início do tratamento pôde ajudar ou minimizar o impacto do diagnóstico do câncer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5- A pandemia dificultou o acesso ao tratamento oncológico? Teve impacto significativo na sua qualidade de vida? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6- Com o cenário do covid 19 e o distanciamento social , o que mudou no contexto de tratamento oncológico? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7- Você citar algum diferencial da equipe multidisciplinar da oncologia na era da pandemia do covid 19 ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### APÊNDICE C – INSTRUMENTAL DE CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONOMICA E CULTURAL



até 2	06
03 04	04
05 06	03
07 08	01
08 acima	01

**IV- Escolaridade dos Membros da Família- Pontuação = Maior Nível Educacional/responsável**

<b>Nível Educacional</b>	<b>*Especificar</b>	<b>Pontos</b>
Superior ( <i>Ens. sup.</i> )	( )	07
Sup. Inc./colégio comp. ( <i>Ens. Médio</i> )	( )	05
Col. Inc./gin.comp.( <i>E. Fundamental</i> )	( )	04
Ginásio Incompleto/primário completo	( )	03
Primário Incompleto	( )	02
Sem escolaridade/alfabetizado	( )	01
Sem escolaridade/analfabeto	( )	00
Sem idade escolar ( <i>ou Ens. Infantil</i> )	( )	N

Obs.: Colégio = segundo grau / Ginásio e primário = primeiro grau

\*Especificar nível educacional dos membros: P-Pai, M-Mãe, F-Filhos, Pc-Paciente, O-Outros

**V- Habitação**

Condição/situação	Prec.	Ins.	Reg.	Boa	Ótima	Pontos
<b>Própria</b>	06	07	08	09	10	
<b>Financiada</b>	05	06	07	08	09	
<b>Alugada</b>	04	05	06	07	08	
<b>Cedida por benefício</b>	02	03	04	05	06	
<b>Outras (barraco/favela)</b>	00	00	00	01	02	

**Localidade:** Urbana ( ) Rural ( ) Suburbana ( )

\*Condição/situação: Precária, Insuficiente, Regular, Boa. Ótima (tipo, propriedade, zona, infraestrutura, acomodações, etc.)

**VI- Ocupação dos membros da família - Pontuação: Maior nível ocupacional responsável**

Ocupação/setor/membros	Especificar		Pontos
	*Membros	Setor**	
<b>Empresários:</b> Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc	( )	( )	<b>13</b>
<b>Trabalhadores da alta administração:</b> Juizes, Promotores, Diretores, Administradores, Gerentes, Supervisores, Assessores, Consultores, etc.	( )	( )	<b>11</b>
<b>Profissionais liberais autônomos:</b> Médico, Advogado, Contador, Arquiteto, Engenheiro, Dentista, Representante Comercial, Oculista, Auditor, etc	( )	( )	<b>10</b>
<b>Trabalhadores assalariados administrativo, Técnicos e Científicos:</b> Chefias em geral, Assistentes, Ocupações de Nível Superior, Analistas, Ocupações de Nível Médio, Atletas Profissionais, Técnicos em Geral, Servidores públicos de Nível Superior, etc.	( )	( )	<b>09</b>
<b>Trabalhadores assalariados:</b> Ocupações da produção, da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), Ajudantes e auxiliares, etc.	( )	( )	<b>07</b>
<b>Trabalhadores por conta própria:</b> Pedreiros Caminhoneiros, Marceneiros, Feirantes, Cabeleireiros, Taxistas, Vendedores Autônomos, etc.	( )	( )	<b>07</b>
Com empregado	( )	( )	<b>07</b>

Sem empregado	( ) ( )	<b>06</b>
<b>Pequenos produtores rurais:</b> Meeiros, Parceiro, Chacareiro, etc.,		
Com empregado	( ) ( )	<b>05</b>
Sem empregado	( ) ( )	<b>03</b>
<b>Empregados domésticos:</b> Jardineiros, Diaristas, Mensalista, Faxineiro, Cozinheiro, Mordomo, Babá, Motorista Particular, Atendentes, etc		
Urbano	( ) ( )	<b>03</b>
Rural	( ) ( )	<b>02</b>
<b>Trabalhadores rurais assalariados:</b> volantes e assemelhados: Ambulantes, Chapa, Bóia-Fria, Ajudantes Gerais, etc.		
<b>Especificar:</b> ( ) ativo ( ) aposentado ( ) desempregado		
<b>Setor ( ) primário – recursos da natureza ( ) secundário – atividades industriais</b>		
<b>( ) terciário - comércio e prestação de serviços.</b>		

\*Membros: P-Pai, M-Mai, F-Filhos, P-Paciente, O-Outros / especificar ocupações

\*\*Setor: I-Indústria, C-Comércio, S-Seviços, S.F.-Sistema Financeiro, S.p.-Setor primário, S.P.-Setor Público, O-Outros

#### SISTEMA DE PONTOS

Pontos	Classificação	Siglas	Intervalos	Códigos
<b>Códigos/CPD</b>				
00 20 - F	Baixa Inferior	BI	20	6
21 30 - E	Baixa Superior	BS	10	5
31 40 - D	Média Inferior	MI	10	4
41 47 - C	Média	ME	07	3
48 54 - B	Média Superior	MS	07	2
54 acima - A	Alta	A	00	1

GRACIANO, Maria Inês Gândara, NEVES FILHO, Albério, LEHFELD, Neide Aparecida de Souza.

**Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização.** In Serviço Social & Realidade. UNESP 8(1): Franca; 1999. p. 109-28.

**Informações importantes para efetivação do tratamento oncológico**

- Etilista?
- Tabagista?
- Meio de transporte utilizado no tratamento

**\* Cuidador (a):**

**\* Aspectos familiares:**

- O diagnóstico é do conhecimento da : ( ) somente do paciente ( ) somente da família  
( ) Paciente e família

- Relacionamento Familiar : ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim
- 

**\* Parecer Social:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assistente Social

## APÊNDICE D- CARTILHA

*Cartilha dos direitos do  
Paciente Oncológico*

**FUNFARME** **HOSPITAL DE BASE HB** **HCM Hospital de Câncer de Marabá** **AMBULATÓRIO GERAL E DE ESPECIALIDADES** **HEMOCENTRO SÃO JOSÉ DO RIO PRETO** **Rede de Reabilitação Lucy Montoro**

## Apresentação

Esta Cartilha tem o objetivo de informar, compartilhar e socializar direitos do paciente oncológico.

Traduz como materialidade do nosso compromisso ético político em democratizar informações acerca de programas e direitos sociais direcionados à pessoa com diagnóstico e tratamento de câncer.

Sabemos que o processo saúde doença pode impactar ou atenuar fatores sociais, financeiros e familiares que podem interferir no tratamento.

Portanto o Serviço Social da Oncologia atua no Instituto do Câncer, Quimioterapia e Radioterapia como facilitador e orientador na busca de qualidade de vida, Humanização e enfrentamento das questões sociais, familiares para efetivação de tratamento oncológico.

Esperamos que esta publicação possa ajudar tanto no seu cotidiano como usuário desta instituição, quanto para usufruir plenamente dos seus direitos e cidadania.

**Serviço Social da Oncologia**



## Sumário

<b>Direito a Saúde</b> .....	4
Direito do paciente.....	4
<b>Importância da Documentação</b> .....	6
<b>Previdência Social</b> .....	7
Auxílio doença .....	7
Aposentadoria por Invalidez.....	7
Acréscimo de 25% ao Valor da Aposentadoria .....	7
<b>Benefício da Prestação Continuada</b> .....	8
<b>Isenções Tributárias</b> .....	9
IR- Imposto de Renda a Aposentadoria e Pensão.....	9
Isenção IPI na compra do veículo.....	9
Isenção ICMS na compra de veículo.....	10
Isenção IOF financiamento para compra de veículos.....	10
Isenção IPVA na compra de veículo.....	11
Isenção Imposto Predial e Territorial Urbano.....	11
<b>Fonte de Recursos</b> .....	12
Fundo de garantia por tempo de serviço FGTS.....	12
PIS/PASEP.....	12
<b>Outros Direitos</b> .....	13
Andamento Prioritário em Proc. Judiciais e Administrativos.....	13
Tarifas de Transporte Público.....	13
Transporte Municipal.....	13
Cirurgia de Reconstrução Mamária.....	13
Quitação de Casa .....	13
TFD – Tratamento fora de Domicílio.....	14
<b>Bibliografia</b> .....	14
<b>Estrutura</b> .....	15

---

## **Direito a Saúde**

A partir da Constituição Federal de 1988, assegurado pelo artigo 196 em que “ A saúde é direito de todos e dever do Estado”, tem-se dado a efetivação da garantia a saúde por meio de políticas sociais e econômicas onde visam a redução do risco a doenças e de outros agravos, bem como pelo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

### **Direitos dos Pacientes:**

- Ser atendido de forma digna;
- Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome;
- Ter respeitado o sigilo sobre seus dados, salvo os casos de notificação compulsória.
- Identificar as pessoas responsáveis por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham: a) nome completo; b) função; c) cargo; e d) nome da instituição.
- Ter informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos confirmados; c) ações terapêuticas; d) riscos, benefícios e inconvenientes provenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; e) duração prevista do tratamento proposto; f) a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada dos procedimentos; g) os exames e condutas a que será submetido; h) a finalidade dos materiais coletados para exames; i) as alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço em que está sendo atendido e em outros serviços; j) o que julgar necessário relacionado ao seu estado de saúde.
- Consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e/ou terapêuticos a que será submetido, para os quais deverá conceder autorização por escrito, através de Termo de Consentimento.
- Ter acesso integral ao seu prontuário.
- Ter por escrito seu diagnóstico, bem como o tratamento proposto, assinado pelo profissional médico, constando do referido documento o seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da região de atuação.

- Receber as prescrições medicas: a) com o nome genérico das substâncias; b) impressas ou em caligrafia legível; c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas; e d) com o nome legível do profissional, assinatura e seu numero de registro no Conselho Regional de Medicina da região de atuação.
- Ser informado, antes de recebê- los, da procedência do sangue e dos hemoderivados, podendo, assim, verificar os carimbos que atestaram a origem, as sorologias efetuadas e os prazos de validade.
- Ter anotado em seu prontuário: a) todas as medicações, com as dosagens utilizadas; b) o registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazos de validade.
- Ter assegurado, em todos os momentos de atendimento e/ou internação, a sua integridade física, privacidade, segurança do procedimento; bem como o acompanhamento de pessoa de sua confiança.
- Se idoso, ter respeitado os direitos a ele garantido pelo Estatuto do Idoso e, se criança ou adolescente, os direitos a eles garantidos pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Se criança ou adolescente, poder desfrutar de recreação, conforme previsto na Resolução nº 41, do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, e Lei Federal nº 11.104/0.
- Minimamente, ter garantia de comunicação por telefone.
- Ser prévia e claramente informado quando o tratamento proposto for experimental ou estiver relacionado a projeto de pesquisa em seres humanos, observando o que dispõe a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.
- Ter liberdade de recusar a participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.
- Ter assegurada, após a alta hospitalar, continuidade da assistência médica, inclusive domiciliar, se necessário.



## ▶ **Importância da Documentação**

Os documentos são importantes para que tanto o paciente quanto seu dependente tenha acesso a qualquer direito.

Os laudos, atestados, receitas, são necessários para instruir requerimentos ou comprovar sobretudo o diagnóstico do paciente.

E esta Instituição, a partir da Central de Documentações fornece informações referentes ao prontuário médico do paciente, onde podem ser solicitadas pelo próprio paciente ou seu representante legal através do site ou pessoalmente.



### **Horário de funcionamento**

Solicitação ou retirada de documentos: de 2ª a 6ª feira, das 7h às 16h.

Localização

A Central de Documentação está localizada no andar térreo do prédio administrativo do HB.

Contatos

(17) 3201-5000 - ramais: 1232 / 1795 / 5057

centraldedocumentacao@hospitaldebase.com.br

## Previdência Social

### Auxílio Doença

Lei Federal nº 8.213 de 24/07/1991

O benefício é devido ao paciente que ficar incapacitado, ainda que seja temporário, para atividade habitual ou trabalho por mais de 15 dias consecutivos ( desde que inscrito no Regime Geral de Previdência Social do INSS), onde deverá requerer o benefício, submetendo-se a perícia médica, levando laudos ou atestados médicos que descreva o estado clínico da doença e sua condição clínica e também todos os exames que tenha e comprovem a doença.

### O Auxílio Doença deixa de ser pago quando:

- O segurado recupera a capacidade para o trabalho.
- O benefício se transforma em aposentadoria por invalidez ou aposentadoria por idade.
- O segurado solicita alta médica e tem a concordância da perícia médica da Previdência Social.
- O segurado volta voluntariamente ao trabalho.
- O segurado vier a falecer.

### Aposentadoria por Invalidez

Lei Federal 8.213 de 24/07/1991

Para este benefício, o que dá direito a esta aposentadoria não é a doença grave em si, mas sim a sua consequência incapacitante para determinado paciente. Portanto, estar acometido por doença mesmo que grave, não gera ao paciente direito á aposentadoria por invalidez.

E para que seja concedido a aposentadoria por invalidez, o paciente deve provar que a doença lhe trouxe, como consequência comprovada, a impossibilidade de trabalho ou exercício de suas atividades habituais, somado ao fato de ser assegurado do INSS.

### Acréscimo de 25% ao Valor da Aposentadoria

De acordo com o Art. 45. O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento) sobre os proventos, mesmo que receba o teto máximo da Previdência Social e será recalculado quando o benefício que lhe deu origem for reajustado.

## Benefícios da Prestação Continuada - LOAS

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social- Lei nº8.742/93

O benefício de prestação continuada concedido pela LOAS é representado por uma quantia mensal que é paga ao cidadão portador de deficiência ou idoso, independente de ter contribuído para a seguridade social.

Tal benefício garante a quantia de 1 salário mínimo mensal ao portador de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal seja inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo.

O benefício poderá ser pago a mais de um membro da mesma família, desde que atendidas as condições de renda e incapacidade prevista na lei.

A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social- INSS.

O BPC deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no “caput”, ou em caso de morte do beneficiário.

O benefício será cancelado quando se constatar irregularidades na sua concessão ou utilização.



## **Isonções Tributárias**

### **IR- Imposto de Renda a Aposentadoria e Pensão**

Lei nº 7.713/88- Art. 6º, inciso XIV

Aplica-se a isenção do Imposto de Renda nos proventos de aposentadoria e/ou reforma e pensão recebidos pelos portadores de doenças graves. O direito é garantido ao paciente mesmo que a doença tenha sido identificada após a aposentadoria por tempo de serviço ou a concessão da pensão. A isenção ainda é garantida nos casos em que o pensionista seja portador da doença grave.

A isenção também deve ser concedida retroativamente á data da comprovação da doença e/ou deficiência por laudo oficial ou exame. Se a isenção for pedida após algum tempo da doença, é possível solicitar a restituição retroativa do Imposto de Renda pago. A restituição é feita até, no máximo, os últimos cinco anos.

### **Isonção IPI na compra do veículo**

Segundo a Lei nº 8.989 de 24/02/1995, com alterações posteriores introduzidas pelas Leis nº: 10.182/01, 10.690/03 e 10.754/03 regulamentada pela IN-SFR nº 607 de 05/01/06.

Para usufruir de isenções dos impostos na compra do automóvel é necessário que a pessoa seja portadora de deficiência física que a impossibilite de dirigir veículos nacionais não adaptados.

O direito as isenções decorre da deficiência em sim, e não pela doença grave, devendo ser comprovada por laudo médico e exame compatível.

Porém, a lei que beneficia o portador de deficiência, também se estende ao paciente de câncer quando, em razão da doença ou tratamento, o paciente adquire um déficit de suas funções habituais que o impede de dirigir veículos comuns, sem adaptações.

Portanto, nem todo tipo de câncer incapacita o paciente de dirigir veículo comum, reiterando-se que o fato gerador da isenção tributaria é a incapacidade e não a doença em si.

### **Isenção ICMS na compra de veículo**

Lei Distrital nº 261 de 06/05/92 (DODF de 07/05/92)

O ICMS- Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, é um imposto estadual, e está sujeito a regulação específica de cada Estado da Federação. O CONFAZ- Conselho Nacional de Política Fazendária determina, em nível nacional, que a isenção para a compra de veículo a ser dirigido pelo próprio deficiente deve se dar em todos os Estados da União. A isenção é concedida por ato do Secretário da Fazenda dos estados e Distrito Federal estadual, através dos chamados Convênios de ICMS.

O Convênio em vigor é o 03/2007 CONFAZ, que concede a isenção do ICMS nas saídas de veículos destinados a pessoas portadoras de deficiência física.

### **Isenção IOF no financiamento para compra de veículo**

Lei Federal nº 8.383 de 30/12/1991.

Art 72 IV, “a” e “b” Imposto sobre Operação Financeira (IOF)

A isenção ao portador de deficiência, IOF- Imposto sobre Operação Financeira no financiamento para compra de veículo, é concedida desde que o laudo da perícia médica do Departamento de Transito do Estado especifique o tipo de veículo que ele pode dirigir.





### **Isenção IPVA na compra de veículo**

Lei nº 6.606 de 20/12/89- DOE de 21/12/89 ( Alterada pelas Leis: 7.002/90- 7.644/91- 8.052/92- 8.205/92- 78.490/93- 9.459/96) Dispõe a respeito do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores- IPVA

O IPVA- Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores, é também um tributo estadual pago anualmente, onde cada Estado da Federação tem sua Lei própria que regula esse imposto.

No estado de São Paulo, a norma que regulamenta o IPVA já prevê expressamente a isenção do imposto para os deficientes que adquirem seu veículo com isenção de IPI e ICMS.

A isenção é restritiva ao IPVA, não alcançando outras taxas como licenciamento e seguro obrigatório.

Para a isenção o veículo zero ou usado devera estar devidamente documentado em nome da pessoa portadora da deficiência física.

E no caso de possuir mais de um veículo no nome, somente será aceita a isenção de um veículo.

Referente aos rodízios, o portador de deficiência pode rodar com seu veículo todos os dias, independente da restrição colocada a finais de placas pelo rodizio municipal, portanto deve-se cadastrar o veículo ao órgão competente, para evitar que as multas sejam cobradas.

### **Isenção do imposto predial e territorial urbano**

O IPTU- Imposto Predial e Territorial Urbano é um tributo municipal, regulado pelo próprio município.

O paciente oncológico deverá consultar a Lei Orgânica do município onde reside para verificar se há previsão legal de isenção para seu caso.

## Fontes de Recursos

### Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS

Lei nº 8.922 de 25/07/1994

Se o trabalhador é regido pela CLT- Consolidação das Leis do Trabalho, ele tem o direito aos depósitos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço recolhidos uma parte pelo empregador e outra por contribuição descontada do seu salário.

O direito de sacar o valor depositado no FGTS junto a Caixa Econômica Federal só é permitido em algumas situações em especial, e uma delas para o trabalhador portador de câncer. AIDS e em estagio terminal de doenças graves ou que possua dependente com câncer, desde que, neste caso, esse dependente esteja previamente inscrito como tal perante INSS ou Imposto de Renda.

O saldo a receber pelo trabalhador poderá ser de todas as suas contas, inclusive de seu atual contrato de trabalho. Podendo assim, o saque na conta poderá ser efetuado quantas vezes for solicitado pelo trabalhador, desde que esteja devidamente documentado.

### PIS/PASEP

Lei Complementar nº 07 de 07/09/70 e Lei Complementar nº 08 de 03/12/70,

Lei Complementar nº 17 de 12/12/75, Lei Complementar nº 26 de 11/09/1975.

Resolução nº 01 de 15/10/1996 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP.

É permitido o saque do PIS ao trabalhador cadastrado até 04/10/1988, portador de câncer ou AIDS, ou que o dependente seja portador dessas doenças.

Observação: o trabalhador poderá receber o total de quotas depositadas. Caso o PIS não esteja cadastrado na Caixa Econômica Federal, o trabalhador deverá verificar junto ao Banco do Brasil se o mesmo não está cadastrado como PIS/PASEP, pois o saque será efetuado da mesma maneira.

## Outros direitos

### **Andamento Prioritário em Processos Judiciais**

Lei nº10.173 de 09/01/2001.  
Lei nº 10.741 de 01/10/2003 (Estatuto do Idoso)

### **Transporte Municipal**

Trata-se da concessão passes para transporte gratuito, porém deve-se ser consultada a legislação do local junto á Prefeitura ou Câmara Municipal, para a concessão deste benefício. Mas de toda forma, é garantido pelo Estatuto do Idoso maiores de 65 anos, tem direito a transporte municipal gratuito.

### **Cirurgia de Reconstrução Mamária**

É a cirurgia plástica reparadora da mama multilada ou amputada em decorrência de técnica cirúrgica de tratamento para retirada de câncer. Lei nº 9.797 de 06/05/1999; Lei nº 10.223 de 15/05/2001; Lei nº 9.656 de 03/06/1998.

### **Quitação do Financiamento da Casa Própria**

Quando se adquire um imóvel financiado pelo Sistema Financeiro da Habitação (SFH) ou outro tipo de financiamento, paga-se juntamente com as prestações mensais um valor de seguro que é destinado a quitar dito imóvel em casos de sinistros, dentre eles, invalidez e/ou morte do comprador. O sinistro- invalidez ou morte- tem que ter ocorrido após a assinatura do contrato de financiamento. Na hipótese de invalidez permanente, cuja documentação tenha sido corretamente apresentada junto a Seguradora, dentro de um mês devera ser feita a quitação da parte coberta pelo seguro.



### **Tratamento Fora de Domicílio- TFD**

Portaria nº 55 de 24/02/99, da Secretaria de Assistência á Saúde, publicada no DOU de 26/02/99.

Art.4. As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas ao transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado.

Art. 7 – Será permitido o pagamento das despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porque da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.



### **Bibliografia**

Constituição Brasileira de 1988.

BARBOSA, Antonieta.; Câncer: Direito e Cidadania; Editora ARX, 11ª Edição, São Paulo, 2007.

Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Cartilha dos Direitos do Paciente Oncológico. 6ª Edição, 2016

### **Elaborado por:**

- Lilian Andreia Chessa Dias – Assistente social
- Stella Grigolette Rodrigues – Assistente Social

Colaboração:

- Jenifer Luana de Oliveira – Aprimoranda de Serviço Social de 2017/2018
- Diagramado pelo setor de Comunicação e Marketing FUNFARME



▶ **Estrutura**

Recepção



Consultório  
Ginecológico



Consultório  
Geral



**Hospital de Base  
Instituto do Câncer**  
**(17) 3201 5000 - ramal: 1272**  
[social.ica@ambulatoriohb.com.br](mailto:ssocial.ica@ambulatoriohb.com.br)  
[www.hospitaldebase.com.br](http://www.hospitaldebase.com.br)

**FUNFARME**



**AMBULATÓRIO  
GERAL E DE ESPECIALIDADES**



**MANUSCRITO**

## IMPACTO DO ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA NA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

---

*Impact of reception and qualified listening in improving the quality of  
life of cancer patients*

### RESUMO

Este artigo aborda o impacto da atuação do assistente social no início do tratamento de pacientes com câncer, que enfrentarão vários desafios para sua qualidade de vida. Foram identificadas questões específicas da percepção da qualidade de vida através de um instrumento validado, concomitante a identificação questões referentes situações socioeconômicas e emocionais apresentadas pelos pacientes e seus familiares. Sob uma perspectiva multidisciplinar e apoiado na experiência profissional de atenção a este público a intervenção social consistiu de esclarecimento sobre a compreensão do processo saúde doença, legislações previdenciárias e específicas à pacientes oncológicos, bem como acolhimento e escuta ativa. Foi entregue uma cartilha de direitos específicos bem como acesso recursos sociais de esfera municipal, estadual e federal. Após 30 dias foram reavaliados a QV e feita uma entrevista foi estruturada baseada nas percepções dos pacientes após orientações sociais. Numerosos estudos documentaram os encargos financeiros e as mudanças sociais que podem ocorrer com o diagnóstico de câncer. No entanto, pesquisas anteriores não examinaram o papel do assistente social no fornecimento de educação financeira, social e jurídica, em uma intervenção multidisciplinar estruturada e seu impacto direto na QV.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de vida. Apoio social. Questionário de saúde do paciente. Câncer.

## **ABSTRACT**

This article discusses the impact of the role of the social worker in the beginning of the treatment of cancer patients, who will face several challenges to their quality of life. Specific issues regarding the perception of quality of life were identified through a validated instrument, concomitant with the identification of issues related to socioeconomic and emotional situations presented by patients and their families. From a multidisciplinary perspective and supported by the professional experience of caring for this public, the social intervention consisted of clarification on the understanding of the health-disease process, social security legislation and specific to cancer patients, as well as reception and active listening. A booklet of specific rights was delivered, as well as access to social resources at the municipal, state and federal levels. After 30 days, the QoL was reassessed and an interview was structured based on the patients' perceptions after social guidance. Numerous studies have documented the financial burdens and social changes that can occur with a cancer diagnosis. However, previous research has not examined the role of the social worker in providing financial, social and legal education, in a structured multidisciplinary intervention and its direct impact on QOL.

**KEYWORDS:** Quality of life. Social support. Patient Health Questionnaire. Cancer

## **INTRODUÇÃO**

O paciente oncológico apresenta uma série de necessidades, sobretudo de ordem social, econômica e familiar, os quais devem se apropriar do processo de acolhimento e intervenções sempre que possível. Estudos demonstram que serviços multidisciplinares em oncologia reconhecem numerosos desafios relacionado ao enfrentamento do diagnóstico de câncer. Estes profissionais devem ter um conhecimento teórico prático dos tipos de tratamentos, dos efeitos colaterais e do impacto biopsicossocial causados pela doença (Chirico et al.,2017; Taberna,2020).

O câncer ou neoplasia, engloba mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância<sup>3</sup>. Estas células dividem se aceleradamente, com tendência a serem agressivas e incontroláveis, provocando a formação de tumores que podem se expandir pelo organismo. Podem ocorrer diferentes tipos de câncer que referem se a vários tipos de células do corpo. Iniciando em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se a procedência são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas.

Indicadores de saúde utilizados para colher informações sobre o perfil dos pacientes oncológicos com diferentes tipos de câncer caracterizam mudanças prováveis ao longo do tempo e norteiam ações para vigilância do câncer em diferentes regiões do Brasil. Estas medidas de controle, tais como incidência, morbidade hospitalar e mortalidade servem para analisar a ocorrência e distribuição da doença para que haja um planejamento estratégico eficaz e programas de prevenção e controle sejam implementados. Os números que constroem esta base de informação destes indicadores são originados dos Registros de Câncer e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (2018).

O diagnóstico de um câncer impacta não apenas o emocional e o físico, mas também o social trazendo à luz a abordagem do Serviço Social. Este manejo varia em todas as fases, desde o início do tratamento até o acompanhamento e efetivação deste. A conduta envolve o acolhimento e a escuta ativa e qualificada, que enfoca um processo educativo para pacientes e cuidadores, gerenciamento de auto cuidado, socialização de direitos,

acesso à recursos sociais entre outros, objetivando sempre intervenções que possa promover a reflexão, autonomia e consequentemente minimizar o impacto do Câncer.

O serviço social de acordo com artigo 1º do código ética profissional constitui o objeto da profissão liberal de assistente social, de natureza técnico - científico e cujo o exercício é regulado em todo o território nacional pela Lei nº 8.662 de 07/06/93. Durante o exercício profissional o assistente social direciona socialmente sua atuação, com autonomia e independência junto ao paciente e usuário de seu serviço e, no momento do atendimento e intervenção profissional, existe um conhecimento técnico operativo a ele legitimado que lhe permite direcionar suas ações de acordo com suas convicções profissionais. Torna se possível este direcionamento devido a existência da Projeto ético político do serviço social que garante o exercício da prática conforme objetivos propostos pelos profissionais, desde que estes apresentem concordância com o arsenal normativo da profissão (mesmo apresentando-se divergentes dos objetivos institucionais), quanto pelas diversas possibilidades de manejo e intervenção sobre as questões sociais apresentadas pelos Assistentes Sociais neste espaço sigiloso e autônomo de atendimento social.

O Serviço Social, segundo Martinelli (2012), é uma profissão de natureza eminentemente interventiva que atua no campo das relações humano-sociais. É uma forma de especialização do trabalho coletivo, socialmente construído. Participa do processo global de trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte.

Na área da Saúde o Serviço Social é uma profissão criada primordialmente para intervir nas expressões da questão social nas sociedades capitalistas, como o Brasil e, na área da saúde está inserida desde os primórdios da profissão. O cotidiano profissional na saúde e nos demais espaços sócio-ocupacionais proporciona a construção de novos conhecimentos que respondem sobre a realidade social dos pacientes. Em um cenário contraditório de desigualdades e de redução do Estado via políticas públicas à população, são muitos os desafios enfrentados por estes profissionais no seu exercício profissional, apesar da saúde ser direito universal e dever do Estado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como fundamento os aspectos biopsicossociais, promovem ao assistente social uma tarefa educativa com

intervenção normativa no modo de vida dos pacientes ou usuários que atende, com relação aos hábitos de higiene e saúde, atuando assim nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

As prerrogativas do Assistente Social na área da saúde de acordo com o Ministério da Saúde são norteadas em oito funções, sendo elas: discutir com os usuários as situações problema; fazer acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde; discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social dele; informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania; elaborar relatórios sociais e pareceres sobre matérias específicas do serviço social; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente.

Observando o panorama oncológico os assistentes sociais precisam ter conhecimento sobre os estilos de enfrentamento, recursos, intervenções clínicas individuais e familiares e empregar uma miríade de outras habilidades para ajudar os pacientes e suas famílias a gerenciar o impacto multidimensional (físico social e familiar) de um diagnóstico de câncer durante seu longo período jornada.

Este conjunto de habilidades é amplo, especialmente para aqueles que trabalham em centros de atendimento oncológicos no qual são habilitados para compreender a realidade do paciente/familiares, visão de homem e de Mundo (Marx) e contribuir no processo saúde e doença para efetivação de tratamento.

Neste contexto a atuação do Serviço Social está voltada para o atendimento do usuário em suas necessidades biopsicossociais em situações de doença, norteadas pelo compromisso de valorização da dignidade da pessoa humana, compreendendo visão de mundo, como ser completo que pertence a uma família e a uma comunidade, dentro de uma perspectiva de acolhimento ao paciente e seu familiar.

Diante desta demanda e deste cenário a escuta qualificada vem após o acolhimento se fazer extremamente necessário, já que é através dela que podemos fazer um diagnóstico social e intervir de forma individual e assertiva. O acolhimento, a escuta ativa e qualificada vai contribuir para compreensão do processo saúde doença, ambientalização

e outras questões sociais bem como o direcionamento das intervenções técnicas para a melhoria da qualidade de vida (QV) no tratamento oncológico (Sanches,2019).

A QV de uma pessoa é afetada desde o início da experiência oncológica, durante a qual ela encontra muitos eventos não planejados que alteram sua vida. Após o diagnóstico de câncer há muito o que aprender e pensar, sem falar nas decisões a serem tomadas, muitas vezes difíceis, mas precisam ser tomadas rapidamente dependendo do estágio da doença. O agora “paciente” experimenta as consequências dessas decisões, como cirurgia, quimioterapia, radiação ou cuidados paliativos.

Definindo então a qualidade de vida (QV) trata se de um conceito multidimensional que pode ser difícil de definir devido à natureza subjetiva dos aspectos positivos e negativos da vida. De acordo com a UNdata, uma divisão das Nações Unidas, QV é definida como uma “noção de bem-estar humano (bem-estar) medido por indicadores sociais em vez de por medidas 'quantitativas' de renda e produção”. Alguns autores contemporâneos referem que o termo 'qualidade de vida se estende não apenas ao impacto do tratamento e dos efeitos colaterais, mas ao reconhecimento do paciente como indivíduo e como pessoa integral .

A qualidade de vida dos pacientes oncológicos pode modificar o contexto do tratamento, como contribuição do bem estar físico, mental e social e, principalmente na efetivação de um tratamento muitas vezes longo, complexo e doloroso. Daí a necessidade conhecimento neste campo para intervenções multidisciplinares.

Diante deste contexto buscamos analisar a percepção da qualidade de vida do paciente frente a intervenção social de acolhimento e escuta qualificada no início do tratamento oncológico, sendo que para isto os passos foram avaliar condição socioeconômica familiar e cultural, socializar direitos sociais e específicos à pacientes oncológicos (entrega da cartilha), encaminhar, articular e orientar e verificar a compreensão sobre os procedimentos para solicitação dos seus direitos.

## **METODOLOGIA**

Trata se de um estudo descritivo, transversal, exploratório, com finalidade de descrever a percepção do paciente oncológico em início de tratamento, identificando suas

características com a intenção prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas.

Foram respeitados todos os preceitos éticos contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, para pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto /FAMERP, sob o protocolo nº 3.261.957/2019 .

Houve a autorização prévia do Instituto do Câncer – Funfarme. Esta instituição, do Hospital de Base, se desenvolveu gradativamente obtendo equipes qualificadas e avanços em tecnologia. O hospital se tornou um centro de referência em tratamento oncológico para todo o estado de São Paulo. Assim em consequência do seu desenvolvimento em 2006 foi inaugurado o Instituto do Câncer – ICA podendo ser concedida melhor tecnologia e qualidade durante o processo do tratamento oncológico, sendo ofertada a quimioterapia, radioterapia, braquiterapia e cirurgia. Contando com equipes médicas especializadas e equipe multidisciplinar. A instituição faz parte da rede Hebe Camargo do Estado de São Paulo sendo responsável pelo atendimento da DRS XV, que atende 102 municípios da nossa região.

Aos participantes da pesquisa foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma.

Foram incluídos neste estudo pacientes do Instituto do Câncer que receberam diagnóstico recente e iriam iniciar o tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico.

A pesquisa foi realizada neste contexto, onde recrutamos pacientes do Instituto do Câncer que receberam diagnóstico recentemente e, irão iniciar tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico, no período de 17/10/20 à 22/12/20.

Participaram do estudo 60 pacientes que passavam pela consulta multidisciplinar (Enfermagem, Serviço Social e Psicologia) de acordo com Protocolo da Instituição e que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento. Não houve exclusão por sexo e, a idade variou entre 18 e 80 anos. Foram excluídos pacientes com

deficiências cognitivas, comorbidades psiquiátricas ou que se recusassem a responder as questões do estudo.

Para o cálculo da amostra deste estudo tomou-se como base os pacientes oncológicos, a partir do início do tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico no período de outubro a dezembro de 2020. Utilizou-se o valor de dez como o coeficiente de variação, como definido pela literatura, o, de 5% como coeficiente de confiabilidade, e poder estatístico de 95%, e obteve-se como valor da amostra o número de 60 pacientes (Fórmula de cálculo:  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$ ).

Como procedimento os pacientes passaram inicialmente por uma avaliação social que consistia em responder questionário para caracterização da amostra. Foram coletados dados como idade, gênero, estado civil, religião, ocupação e instrução escolar bem como dados sociodemográficos que consiste em questões familiares e habitacionais. Neste mesmo instrumento foram abordadas questões referentes a renda familiar, identificação do cuidador, função laboral e previdenciárias para direcionamento da intervenção e acesso a esse recurso.

Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde utilizamos o instrumento EORTC QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire versão 3.0)<sup>23</sup>. Este questionário de 30 itens, validado internacionalmente, avalia a QV específica do câncer. É amplamente utilizado e compreende cinco escalas funcionais (Física, Social, Função, Cognitiva e Funcionamento Emocional), nove escalas de sintomas (fadiga, náusea / vômito, dor, dispneia, distúrbios do sono, perda de apetite, constipação, diarreia e impacto financeiro) e, uma escala global de QV. Cada pontuação da escala linear convertida varia de 0 a 100. Calcula-se os escores separadamente para cada uma das escalas (funcional, QV e sintomas), variando de zero – 100. Na escala de Saúde Global e funcionalidade quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Já nas escalas de sintomas quanto maior a pontuação pior o score.

O questionário apresenta quatro possibilidades de resposta a saber: não/pouco/moderadamente/muito, sendo que cada conceito equivale a um número na escala de um a quatro, respectivamente. A exceção é a escala de saúde global, graduada

de 1 a 7, sendo que o valor 1 representa péssima condição de saúde/qualidade de vida, e 7, ótima.

Considerando o fato de a população brasileira investigada não ter o hábito de responder a questionários auto administrados, somado ao nível de escolaridade das mesmas, neste estudo, foi necessário que o pesquisador aplicasse os questionários acima citados em forma de entrevista.

Neste estudo de métodos mistos, coletamos não apenas avaliação quantitativa, como de qualidade de vida (EORTC QLQ –C30), mas também analisamos a compreensão dos pacientes sobre o tratamento oncológico. Houve um esclarecimento sobre a compreensão do processo saúde doença, legislações previdenciárias e específicas à pacientes oncológicos, bem como acolhimento e escuta ativa.

Neste momento foi entregue uma cartilha de direitos específicos bem como acesso recursos sociais de esfera municipal, estadual e federal que concretiza as orientações e acesso às mesmas, como também norteia o paciente na amplitude do tratamento com endereços, contatos e respaldo profissional.

Esse atendimento permitiu, ao paciente um momento de acolhimento, escuta ativa bem como intervenções pertinentes à efetivação do tratamento e alcance da melhora de qualidade de vida e efetivação do tratamento.

A Intervenção Social ocorreu após o acolhimento, escuta qualificada, entrevistas e aplicação do questionário de qualidade de vida foram identificadas as reais necessidades e caminhos a serem seguidos. Houve então a entrega e a orientação da cartilha de direitos específicos à pacientes oncológicos que objetiva concretizar a orientação e assegurar socialização de direitos e acesso a eles.

Esta cartilha foi elaborada com escrita e figuras acessíveis que contribuem com a compreensão do paciente e família no processo saúde doença. Trata-se de um instrumental técnico que foi pesquisado, atualizado e adequado à realidade de nossos pacientes. A cartilha traduz como materialidade de nosso compromisso ético político em democratizar informações acerca de programas e direitos sociais à pacientes com câncer. A orientação técnica permeia nosso código de ética profissional- Lei 8662/93 I, e a Política Nacional de Humanização (PNH).

A cartilha aborda desde a decisão da busca dos direitos sociais, acesso à documentação de prontuário como atestados, relatórios e exames até a especificação de cada direito.

Após 30 dias da entrega e orientação da cartilha, os participantes foram contactados, em seus retornos programados. Essa estratégia permitiu maior alcance, participação no estudo e, devolutiva do acesso. A entrevista foi estruturada, construída pela pesquisadora, seguindo um roteiro pré estabelecido, utilizando uma linguagem acessível e, baseada nas percepções dos pacientes após orientações sociais. A análise do conteúdo destacou as respostas similares as quais foram expressas em percentuais. Foi realizado o registro das respostas através de anotação simultânea, por parte da pesquisadora.

Foi realizada a análise de dados onde todos os dados obtidos dos participantes, para serem processados, foram inicialmente agrupados em uma planilha do EXCEL 2007 do MICROSOFT OFFICE ENTERPRISE 2007. Os dados sociodemográficos foram avaliados por meio de uma análise descritiva das variáveis do questionário, para caracterização da amostra e, expressos em frequências e percentuais. Os resultados das perguntas sobre a compreensão autoavaliada e medida objetivamente, bem como sobre a congruência dos resultados foram categorizados em respostas similares e expressos em percentuais.

Em relação ao questionário EORTC QLQ- C30, conforme orientação do grupo responsável pela sua formulação, na aplicação aos participantes do presente estudo, em cada escala, os escores variam de 0 a 100, sendo que, nas escalas funcional e medida global/QV, considerou-se que quanto mais alto o escore total mais próximo de níveis saudáveis de QV se encontrava o participante. O contrário aconteceu na aplicação das escalas de sintomas e de dificuldade financeira, nas quais se considerou que quanto mais altos os níveis dos escores encontrados maior o comprometimento do paciente.

## **RESULTADOS**

Foram avaliados 60 pacientes oncológicos que estavam iniciando o tratamento no Instituto do Câncer (ICA/HB), os quais se caracterizaram pela predominância do sexo feminino, idade média de  $59,8 \pm 15,7$  anos e variação de 18 a 89 anos. Outros dados são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição das variáveis sociodemográficas dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>%</b>
<b>Sexo(n=60)</b>	
Masculino	40%(n=24)
Feminino	60%(n=36)
<b>Escolaridade(n=60)</b>	
Analfabeto(a)	13,3%(n=8)
Ensino fundamental incompleto	46,6%(n=28)
Ensino fundamental completo	13,3%(n=8)
Ensino médio incompleto	0%
Ensino médio completo	25%(n=15)
Ensino superior incompleto	1,8%(n=1)
Ensino superior completo	0%
<b>Situação laboral</b>	
Ativo(a)	18,3%(n=11)
Desempregado	15%(n=9)
Aposentado e ativo	3,3%(n=2)
Aposentado	46,6%(n=28)
Pensionista	16,8%(n=10)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro(a)	15%(n=9)
Casado(a)	68,3%(n=41)
Viúvo(a)	6,6(n=4)
Separado/divorciado(a)	10,1%(n=6)

Para ampliar o conhecimento dos recursos naturais de apoio, foi usada avaliação socioeconômica, desenvolvida por Graciano<sup>22</sup> que teve por objetivo refletir as situações encontradas socialmente e servir de instrumento para o conhecimento aproximativo da realidade do usuário e intervenção social. Este instrumento verifica a situação econômica da família, número de membros residentes da família, escolaridade dos membros da família/ maior nível educacional dos responsáveis, habitação, ocupação dos membros da família/ maior nível ocupacional dos responsáveis. A pontuação consiste

em valores que vão abaixo de 1/2 salário mínimo a acima de 100 salários mínimos(01 a 21 pontos) onde , até 02 a acima de 08 membros (01 a 06 pontos), analfabeto a superior completo (0 a 07 pontos), casa cedida a casa própria, de precária a ótima (02 a 10 pontos), trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados a empresários (01 a 13 pontos). Desta forma o estrato das classes são classificados em : Classe Baixa Inferior (0 a 20 pontos); Classe Baixa Superior (>20 a 30 pontos); Classe Média Inferior (>30 a 40 pontos); Classe Média (>40 a 47 pontos); Classe Média Superior (>47 a 54 pontos); Classe Alta (>54 a 57 pontos)<sup>22</sup>.

Na tabela (Tabela2) abaixo outros indicadores como situação socioeconômica, religião, habitação entre outros, serão apresentados.

**Tabela 2.** Análise dos indicadores sociais e fatores de risco dos pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 27/10/20 à 22/12/20.

<b>Variáveis</b>	<b>% (n=60)</b>
<b>Religião</b>	
Católico(a)	66,6%(n=40)
Evangélico(a)	18,4%(n=11)
Outros	10%(n=6)
Não possui	5%(n=3)
<b>Habitação</b>	
Própria	75%(n=45)
Alugada	20%(n=12)
Cedida	5%(n=3)
<b>Local onde mora</b>	
Própria cidade	10%(n=6)
Até 50 km	26,6%(n=16)
Até 100 km	35%(n=21)
Até 200 km	28,4%(n=17)
<b>Fatores de Risco</b>	
Etilismo	25%(n=15)
Tabagismo	35%(n=21)
<b>Acesso a transporte ao serviço de saúde</b>	
Próprio	40%(n=24)

Municipal	60%(n=36)
<b>Cuidador</b>	
Esposo(a)	25%(n=15)
Filho(a)	40%(n=24)
Outros	26,7%(n=16)
Não tem	8,3%(n=5)

Verifica se que com relação aos fatores de risco que 16,6% (n=10) homens e 8,3%(n=5) mulheres declararam-se etílicos e, 18,3%(n=11) mulheres e 16,6%(n=10) homens tabagistas.

Quanto as caracterizações definidas pelo instrumento usado foram feitas a partir de um sistema de pontuação simples que resulta, por correlações, em seis estratos a saber: Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (M), Média Superior (MS) e Alta (A). Acrescentou se também condições clinicas.

Neste estudo 80% (n=48) apresentou a classificação social do perfil socioeconômico caracterizando o estrato baixa superior (BS) e, 20% (n=12) baixa inferior (BI).

Com relação a qualidade de vida dos pacientes na Tabela 3 estão expressos os valores.

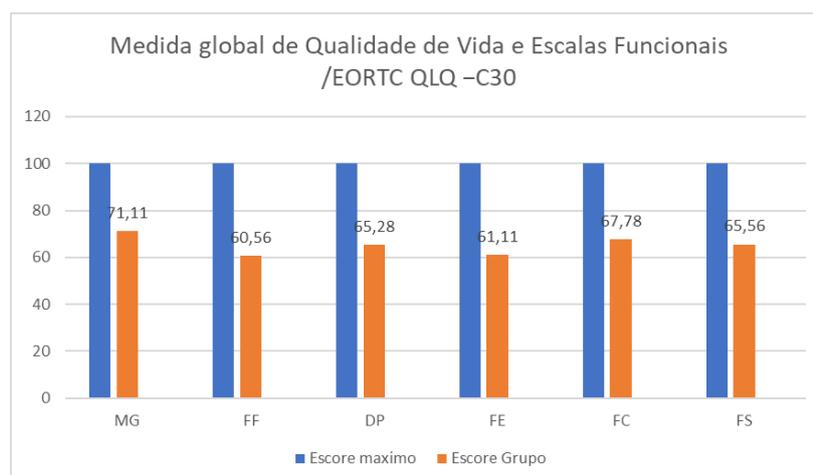
**Tabela 3.** Distribuição das médias dos escores do questionário QLQ-30, estado global de saúde e escalas funcionais, entre as pacientes submetidos ao tratamento do câncer no período de 17/10/20 à 22/12/20.

<b>Variáveis EORTC QLQ –C30</b>				
<b>Estado Geral de Saúde global</b>	<b>Média ±DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>
	71,11 ±20,61	0	100	66,67
<b>Domínios da Escala Funcional</b>				
Função Física	60,56 ±30,17	6,67	100	63,33
Desempenho de papeis	65,28 ±28,51	0	100	66,67
Função emocional	61,11 ±30,86	0	100	66,67
Função cognitiva	67,78 ±29,41	0	100	66,67

Função social	65,56 ±23,34	0	100	66,67
<b>Domínios da Escala de Sintomas</b>				
Fadiga	34,07 ±26,11	0	100	33,33
Náusea e Vômito	11,39 ±24,26	0	100	0,00
Dor	38,06 ±26,41	0	100	33,33
Dispneia	11,11 ±27,90	0	100	0,00
Insônia	46,11 ±42,56	0	100	33,33
Perda de apetite	28,89 ±37,57	0	100	0,00
Constipação	15,00 ±29,06	0	100	0,00
Diarreia	6,11±21,69	0	100	0,00
Dificuldades Financeiras	34,44±24,52	0	100	33,3

O gráfico abaixo (Figura 1) apresenta uma qualidade de vida moderada em medida global e uma qualidade de vida moderada para ruim nos domínios da escala funcional, atentando se para a função física 60,56 ±30,17, quando comparados a qualidade de vida ideal (100).

**Figura 1.** Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional.

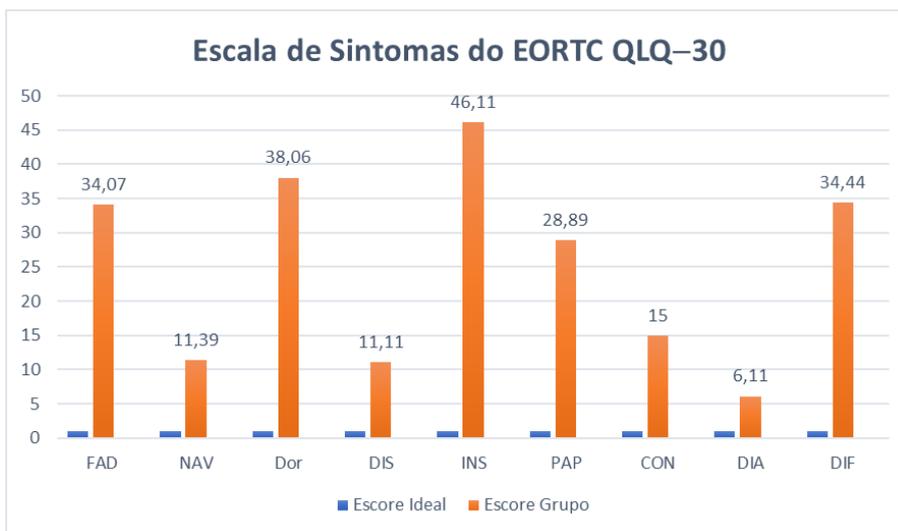


Legenda: MG–medida global; FF–função física; DP– desempenho de papeis; FE– funcionamento emocional; FC– funcionamento cognitivo; FS–funcionamento social.

Fonte: Elaboração própria

A seguir a Figura 2 mostra os domínios da escala de sintomas ilustrando a Escala de sintomas do EORTC QLQ–C30 revelando altos escores em fadiga, dor, insônia, perda de apetite e expondo que, a condição física e o tratamento provocam muitas dificuldades financeiras (34,44±24,52).

**Figura 2.** Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da escala de sintomas



Legenda: FAD–fadiga; NAV–náuseas e vômitos; Dor; DIS– dispnea; INS–insônia; PAP–perda de apetite; CON–constipação; DIA–diarreia; DIF– dificuldades financeiras.

Fonte: Elaboração própria

Após 30 dias, foi realizado, em seus retornos programados, uma entrevista através de perguntas formuladas de forma simples e concreta sobre as percepções dos pacientes após orientações sociais (n=60). Criou se um padrão de respostas (categorias), de acordo com a análise feita das respostas dos entrevistados. Portanto organizou se os resultados em categorias e, a partir de então, seguiu se o mesmo procedimento da tabulação simples, expressos em percentuais (%).

**Como foi receber orientações sociais? Tinha conhecimento do conteúdo da cartilha?**

Muito bom/excelente	Importante/ Esclarecedor	Não tinha conhecimento	Tinha conhecimento	Já tinha ouvido falar
100%(n=60)	100%(n=60)	91,6%(n=55)	0,02%(n=1)	15%(n=9)

**Como está se sentindo agora?**

Bem informado	Confiante	Animado	Mais ativo
100%(n=60)	100%(n=60)	100%(n=60)	100%(n=60)

**Você vai acessar alguns desses direitos?**

Sim	Não	Talvez
95%(n=57)	1,6%(n=1)	3,3%(n=2)

**Você acredita que receber estas orientações no início do tratamento ajudou a minimizar o impacto do tratamento?**

Sim
100%

**A pandemia dificultou o acesso ao tratamento oncológico? Teve impacto significativo na sua qualidade de vida?**

Dificultou	Não dificultou	Um pouco
11,6%(n=7)	80%(n=48)	8,3%(n=5)

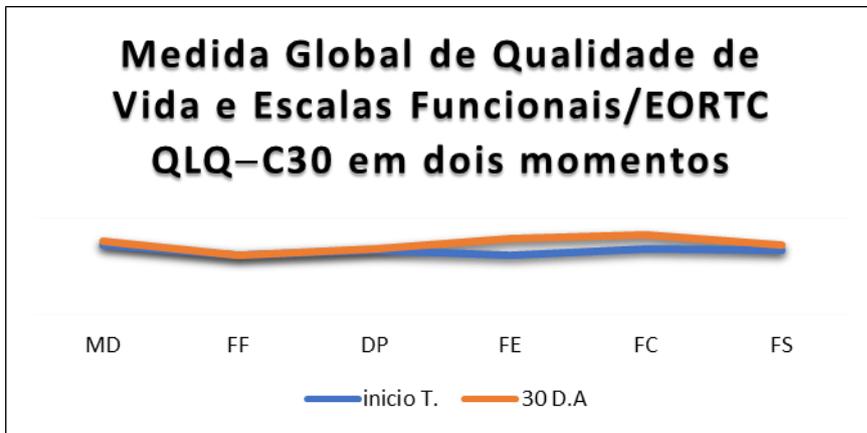
Impactou minha qualidade de vida	Não impactou
96,6%(n=58)	3,3%(n=2)

**Com o cenário do Covid -19 e o distanciamento social o que mudou no contexto de tratamento oncológico?**

Nada mudou	Aumentou o tempo de espera	A obrigação de usar máscaras e álcool gel
83,3%(n=50)	8,3%(n=5)	8,3%(n=5)

Também foi realizado o questionário EORTC QLQ -C30 para verificar os valores nos domínios encontrados após 30 dias de realização do acolhimento, escuta qualificada e orientação social. Na figura abaixo (Figura 3) são apresentados os escores da medida global de QV e domínios da escala funcional. Note que quanto mais alto os valores melhor é a QV.

**Figura 3.** Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da medida global de saúde e dos domínios da escala funcional dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.

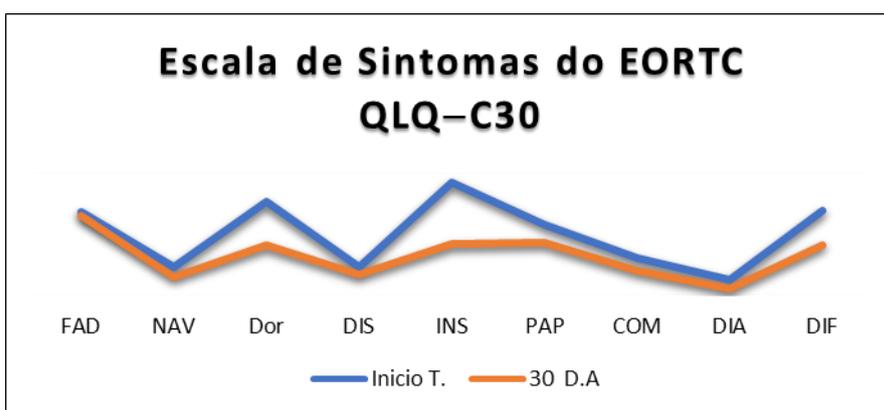


Legenda: MG–medida global; FF–função física; DP– desempenho de papéis; FE– funcionamento emocional; FC– funcionamento cognitivo; FS–funcionamento social.

Fonte: Elaboração própria

Na ilustração abaixo (Figura 4) apresenta se os valores da escala de sintomas de QV do EORTC QLQ –C30. Observe que quanto mais altos os escores menor a QV.

**Figura 4.** Gráfico da escala EORTC QLQ– C30 da escala de sintomas dos pacientes no início do tratamento e 30 dias após o acolhimento, escuta qualificada e orientação social.



Legenda: FAD–fadiga; NAV–náuseas e vômitos; Dor; DIS– dispneia; INS–insônia; PAP–perda de apetite; CON–constipação; DIA–diarreia; DIF– dificuldades financeiras.

Fonte: Elaboração própria

## DISCUSSÃO

De acordo com dados dessa pesquisa, o sexo feminino apareceu com a prevalência de 60%, o que mostrou analogamente em alguns trabalhos como por exemplo o de um hospital público no estado do Pará que refere que existem altos índices de detecção de neoplasias típicas a esse gênero, como os cânceres do colo uterino e o de mama, que se destacam entre os tumores que afetam mulheres em todo o mundo, principalmente em regiões menos desenvolvidas. Já em países desenvolvidos, a incidência de câncer entre gêneros é similar por conta de investimento em prevenção (Bastos,2017).

Com relação a escolaridade este estudo revelou que a quase metade possui o ensino fundamental incompleto, ou seja, a média de quatro a sete anos de estudo e a renda classificada com Baixa Superior de acordo com classificação. Dado também referido no estudo de Leuven (2016), no qual os resultados mostraram que a maioria possui até quatro anos de estudo, realidade que tenciona prejudicar o entendimento das orientações de saúde, dificuldade de acesso a programas preventivos, à assistência ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado imediato.

Outros dados como habitação (75% própria), estado civil (68,3% casado) originados neste estudo, corroboram outros estudos que identificaram dados similares.

Este estudo identificou que 60% dos pacientes vem de outras cidades e utilizam transporte municipal usufruindo do seu direito e cidadania. Isto pode estar relacionado ao fato que a Instituição desta pesquisa atende toda a região DRS VX, portanto nota-se somente 10% de atendimentos são oriundos da cidade onde ocorreu o estudo.

Nesta pesquisa a maioria dos pacientes eram aposentados (46,6%). Sesto e colaboradores (2013) argumentam em sua investigação que o efeito do câncer sobre o emprego e a situação de aposentadoria em uma força de trabalho mais velha não é bem compreendido. Este fato se dá pela perda de produtividade e esta resulta em uma carga econômica considerável para o paciente, empregador e a sociedade. O *National Cancer Institut*<sup>5</sup> estima a perda de produtividade devido ao câncer em aproximadamente 135 bilhões de dólares anualmente. O emprego é um componente muito importante da qualidade de vida, proporcionando seguro saúde, estabilidade econômica, identidade profissional e relacionamentos sociais de apoio. Assim, as dificuldades que os pacientes

oncológicos vivenciam no trabalho são consideradas um importante problema de saúde pública, com previsão de aumento na próxima década.

Em nossa análise foram identificados em sua maioria o filho(a) (40%) como cuidador. No estudo de Lim e colaboradores(2019) os cuidadores familiares de pacientes com câncer muitas vezes sofrem com o comprometimento da qualidade de vida (QV) devido ao estresse decorrente da responsabilidade de cuidar. Kilic & Oz(2019) referem que os cuidadores familiares podem ser afetados não apenas pelo processo de adoecimento, mas também pelas políticas hospitalares, dificuldades econômicas, acessibilidade e comunicação do serviço de saúde.

Na pesquisa de Empenho e colaboradores(2014) os autores demonstram o profissional assistente social relatando maior satisfação em seu papel, porque eram mais capazes de atender às necessidades do paciente oncológico e de seu cuidador, expandindo a variedade de apoio e assistência “prática” aos cuidadores em suas responsabilidades diárias.

Otis–Green(2014) e colaboradores registram em seu estudo que assistentes sociais podem ser recursos inestimáveis para as famílias a respeito da melhor forma de comunicar-se com outras pessoas sobre sua doença de uma maneira apropriada. Modelo de comunicação aberta e transparente e, o fornecimento de informações e recursos são muito úteis. A assistente social também pode auxiliar o paciente oncológico e seu cuidador em suas comunicações com a equipe médica.

Também é importante observar aqui sobre os fatores de risco para doença oncológica que são tabagismo, obesidade, alcoolismo, alimentação não saudável, exposição excessiva ao sol, exposição à radiação, exposição a agentes químicos e, infecções virais de diversos tipos.

Neste trabalho destacamos o alcoolismo e tabagismo que juntos acometem 60% dos pacientes entrevistados.

Uma proporção considerável dos casos de câncer pode ser atribuída ao tabagismo e ao alto consumo de álcool. Há forte associação entre tabagismo e câncer de pulmão e, quanto ao álcool, estudos demonstram que bebidas alcoólicas contêm o etanol, e seu metabólito acetaldeído, são classificados como carcinogênicos para humanos.

Neste estudo a maioria dos tabagistas eram mulheres e dos etílicos homens. O tabagismo e o consumo de bebida alcoólica entre pacientes do sexo masculino caracterizam um estilo de vida inadequado que, se mantido, pode resultar ao longo da

vida em vários tipos de doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, pulmonares e muitos tipos de câncer. Em função do contexto apresentado, destaca-se a importância da escuta qualificada no sentido do profissional dar atenção, abertura à fala para a fluência dos conteúdos mais profundos, não recriminação mas, acima de tudo, orientação visando a eliminar ou diminuir, de maneira efetiva, os principais fatores de risco associados ao câncer e às várias outras doenças crônicas não transmissíveis.

Na amostra em estudo, identificou-se a maior frequência da renda familiar entre um a três salários mínimos. Deste modo, menciona-se uma pesquisa que encontrou dados diferentes, cujo objetivo foi investigar a resiliência em 852 jovens, residentes no Distrito Federal-DF. Na referida população, identificou-se que 35% dos participantes têm rendimentos entre um e dois salários mínimos; 22% entre mais de dois a três salários mínimos; enquanto que 18, 7% relatam renda superior a três salários mensais. Não encontramos estudos brasileiros, porém um americano<sup>45</sup> que relata que homens e mulheres com apenas o ensino médio tiveram taxas de câncer de pulmão elevadas de 3,01 e 2,02, respectivamente, em relação a seus colegas com nível superior. Aqueles com renda familiar anual inferior a US \$ 12.500 tiveram taxas de incidência de mais de 1,7 vezes a taxa de incidência de câncer de pulmão daqueles com renda de US \$ 50.000 ou mais. A renda mais baixa também foi associada a um risco estatisticamente significativo de câncer de mama em pior estágio entre as mulheres e, câncer de próstata em pior estágio entre os homens.

Em referência a qualidade de vida, os resultados obtidos pelo EORTC QLQ-C30 demonstram que a medida global de saúde obteve uma média de 71,11±20,61, ou seja, os pacientes apresentaram no início do tratamento uma QV satisfatória (acima da média). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com pacientes oncológicos submetidos ao início de radioterapia.

Outro estudo relata que as estimativas globais de qualidade de vida dos pacientes com câncer foram mais elevadas globalmente, enquanto a funcionalidade foi avaliada significativamente pior e a carga de sintomas foi marcadamente maior.

O presente estudo reforça este resultado que demonstra a função física, que é um componente da escala funcional do EORTC QLQ-C30 como a mais afetada (60,56). No trabalho de Laird e colaboradores(2016) o câncer pode estar associado a deteriorações na composição corporal e função física.

Outro componente impactado foi a função emocional (61,11). O relato de tensão, irritação, depressão, preocupação e ansiedade foram relatados. Alguns estudos

referem ansiedade e depressão presentes desde o diagnóstico de câncer, e associa este a sofrimento e morte, resultando em perdas do funcionamento emocional. Batista e colaboradores(2015) mostram em seu estudo que a ansiedade foi identificada como o segundo domínio mais afetado na avaliação de qualidade de vida.

Quanto as atividades da vida diária, de lazer, de trabalho são atingidas em pacientes oncológicos durante qualquer fase do tratamento e, em contrapartida com este estudo Puchalski e colaboradores(2011) relatam mudanças radicais, onde a QV foi extremamente afetada (abaixo da média)por alterações das percepções e fatores sociais, eventos adversos à saúde ou políticas de cuidado.

Com relação a escala de sintomas, no presente estudo a insônia (46,11) foi o sintoma mais comprometido. Outros estudos referem a insônia como distúrbio do sono mais comum em pacientes com câncer.

Outro componente deste estudo que se relaciona a um impacto na QV é o relacionado as dificuldades financeiras, muito comprometido nestes pacientes (34,44). Referem que as dificuldades financeiras diante do diagnóstico de câncer pode ser devastador. O câncer pode exacerbar o estresse financeiro, influenciando assim seu sustento, sua capacidade de manter os benefícios do emprego, incluindo seguro saúde, administrar as obrigações financeiras e participar de forma significativa no tratamento. Relata também que examinar como as vulnerabilidades em situações psicossociais afetam a qualidade de vida financeira dentro do contexto mais amplo de tomada de decisão em saúde é relevante e pouco abordado.

Zafar e colaboradores(2013) registram em seu estudo as assistentes sociais promovendo educação, incentivando apoio social e envolvimento com o cuidado, e utilizando um sistema multidisciplinar e abordagem ao cuidado integral do câncer. As estratégias giram em torno do fortalecimento das relações destes pacientes promovendo a adesão ao tratamento e proporcionando apoio social e assistência útil. Referem ainda que os serviços clínicos, terapêuticos, de gestão financeira e de gestão de casos podem resolver as questões como estresse financeiro, problemas de habitação e vinculação de recursos.

Outros sintomas como perda de apetite, constipação, náuseas e vômitos, dispnéia e diarreia foram relatados também, porém, em menor prejuízo. Estudos demonstram que estes sintomas são mais comuns em cânceres avançados e podem ser relacionados a causas diversas.

No presente estudo houve, após 30 dias do acolhimento, escuta qualificada e orientações aos pacientes oncológicos no início do tratamento, uma entrevista, que foi realizada para obter a percepção e o envolvimento dos pacientes na tomada de decisões sobre seus próprios cuidados, não apenas da saúde física, mas também da saúde social. Revelou se então nestas respostas, a satisfação em receber uma quantidade de informações, antes desconhecidas, que reforçaram a comunicação como uma ferramenta valiosa.

A qualidade de vida também foi mensurada demonstrando que houve melhora da QV, principalmente nos domínios de função emocional e função cognitiva (Escala funcional do EORTC QLQ-C30) e, dor, insônia e dificuldades financeiras (Escala de sintomas do EORTC QLQ-C30).

Há escassez de estudos em relação ao impacto de intervenções sociais em pacientes oncológicos em início de tratamento, contudo são questões provocativas o suficiente para pesquisas futuras oferecendo maior segurança para promoção e adesão ao tratamento, proporcionando apoio social e assistência útil.

## **CONCLUSÃO**

A qualidade de vida é uma preocupação diária dos pacientes durante o tratamento do câncer. Este estudo possibilitou o acesso à vivência do paciente em relação ao seu cuidado e, direitos específicos, tendo foco direto na concretização e orientação, buscando assegurar socialização de direitos e o acesso a eles.

Todos os domínios de qualidade de vida avaliados por um questionário específico apresentaram melhora e, na entrevista complementar os pacientes oncológicos avaliados puderam relatar que as orientações, planejamentos, acolhimentos e encaminhamentos, objetivando a autonomia deles e a socialização das informações quanto aos direitos sociais que permitem o acesso a bens e serviços de políticas públicas, privadas, não governamentais e programas sociais foram realizadas satisfatoriamente.

Portanto neste grupo estudado o impacto promoveu uma ação educativa, buscando um processo reflexivo nos pacientes, para que pudessem participar do tratamento e/ou cura com reflexo de melhoria na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BASTOS.B. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Câncer Cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um Hospital da Rede Pública. **Instituto Oncoguia**, v.67,n.2

CHIRICO.M. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. **Oncotarget**. v.8, n.22, 2017

EMPENÒ. J. The impact of additional support services on caregivers of hospice patients and hospice social workers. **J Psychosoc Oncol**.v.32,n.4, 2014.

FAYERS.P. EORTC Quality of Life Group; Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. **European Organisation for Research and Treatment of Cancer** ,v.4,n.28,2002

GRACIANO M.I.G. Validação de conteúdo de um instrumento de avaliação socioeconômica no âmbito do serviço social. **Constr Serv Social**, Bauru, v.19, n.36, p. 39-57, 2015.

KILIC.S. Family Caregivers' Involvement in Caring with Cancer and their Quality of Life. **Asian Pac J Cancer Prev** .v.20,n.8, 2019

LAIRD.B.J. Quality of life in patients with advanced cancer: differential association with performance status and systemic inflammatory response **Clin Oncol**.v.34, n.2, 2016

LEUVEN.E. Education and cancer risk. **Labour Economics**, v.4, n.43, 2016.

LIM. H. Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and around the world. **Asian Pac J Cancer Prev**., v.20, n.6, 2019.

MARTINELLI.M.L. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 2012

OTIS-GREEN.S. Integrating Social Work into Palliative Care for Lung Cancer Patients and Families: A Multi-Dimensional Approach. **J Psychosoc Oncol**. v.3,n.1,2014

SANCHES.N. A escuta qualificada na assistência social: Da postura diagnóstica às formas (po)éticas de escutar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**,v.19,n.3,2019

SESTO.M. Employment and retirement status of older cancer survivors compared to non-cancer. **Work**.v.1,n.4,

TABERNA.M. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. **Front. Oncol.**, 20 March 2020

ZAFAR.S. The financial toxicity of cancer treatment: A pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. **The Oncologist**, v.18, n.2,2013