



**Ministério da Saúde  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia**

## **O perfil socioeconômico dos pacientes com tumores gástricos**

**Carolina Santarnecki**

**Rio de Janeiro  
2018**

**Carolina Santarnecki**

**O perfil socioeconômico dos pacientes com tumores gástricos.**

**Trabalho de Conclusão de Residência  
Multiprofissional em Oncologia,  
apresentado à banca examinadora para  
obtenção de título de especialista.**

**Orientadora: Marcia Valéria de Carvalho  
Monteiro**

**Rio de Janeiro  
2018**

## **RESUMO:**

Com o processo de transições demográficas e epidemiológicas a população sofreu alterações em suas formas de viver em coletividade. Foram redefinidos padrões de vida que modificaram as formas de adoecer, e nesse contexto, o câncer se insere como uma doença crônica relevante do ponto de vista do aumento de incidência, tornando-se a segunda maior causa de mortalidade por doença crônica no Brasil. Esse contexto traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, no âmbito da assistência e do tratamento aos pacientes acometidos com a doença. O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil socioeconômico dos usuários com tumores gástricos através de estudo descritivo retrospectivo. A amostra se constituiu dos dados secundários da avaliação social contida nos prontuários de pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer gástrico, matriculados entre 01 de outubro de 2015 até 30 de setembro de 2016. Os dados coletados buscaram identificar aspectos sociais, rede de suporte social, situação previdenciária e de renda, acessibilidade, hábitos de etilismo e tabagismo e situação clínica atual. Após coleta, os dados foram organizados em uma planilha idealizada para essa finalidade através do programa Microsoft Excel® 2007 e os resultados expressos pela estatística descritiva, apresentados por meio de gráficos.

Em geral, identificou-se que os pacientes com tumores gástricos matriculados no período já citado, são em sua maioria homens idosos, com baixa escolaridade, que residem em casa própria na região metropolitana do Rio de Janeiro, em territórios com saneamento básico. Apresentam rede organizada e favorável para o tratamento oncológico, sendo o apoio social geralmente viabilizado pelos filhos e esposas\ companheiras. Em sua maioria, os pacientes possuem acesso a algum tipo de renda fixa, vínculo previdenciário e não acessam benefícios assistenciais. Utilizam transporte coletivo para acessar o tratamento e contam com rede básica de saúde no território de residência. São encaminhados ao instituto através do Sistema Estadual de Regulação e conseguiram acessar o diagnóstico pela rede privada, porém, a maior parte dos pacientes pesquisados veio a óbito. Não apresentam trajetória de etilismo no contexto de vida, mas grande parte é tabagista.

## **ABSTRACT**

With the process of demographic and epidemiological transitions the population underwent changes in their ways of living collectively. Life standards have been redefined that have modified the ways of getting sick, and in this context, cancer is a chronic disease that is relevant from the point of view of increased incidence, making it the second largest cause of mortality due to chronic disease in Brazil. This context brings increasing challenges to services and health professionals, in the scope of care and treatment to patients affected by the disease. The present study aims to describe the socioeconomic profile of users with gastric tumors through a retrospective descriptive study. The sample consisted of the secondary data of the social evaluation contained in the medical records of patients with histopathological diagnosis of gastric cancer, enrolled between October 1, 2015 and September 30, 2016. The data collected sought to identify social aspects, social support network, situation social security and income, accessibility, smoking and smoking habits and current clinical situation. After data collection, the data were organized into a spreadsheet designed for this purpose through the Microsoft Excel® 2007 program and the results expressed by the descriptive statistics, presented through graphs.

In general, it was identified that the patients with gastric tumors enrolled in the mentioned period, are mostly elderly men with low schooling who live in their own home in the metropolitan region of Rio de Janeiro, in territories with basic sanitation. They present an organized and favorable network for cancer treatment, with social support usually made possible by the children and their spouses. Most patients have access to some type of fixed income, social security bond and do not access welfare benefits. They use collective transport to access treatment and have a basic health network in the territory of residence. They were referred to the institute through the State System of Regulation and were able to access the diagnosis through the private network, however, most of the patients studied came to death. They do not show trajectory of alcoholism in the context of life, but much is smoker.

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	07
2- DESENVOLVIMENTO	10
2.1 - Câncer Gástrico e determinação social em saúde	10
2.2 - Serviço Social e os estudos socioeconômicos	15
2.3 - O perfil socioeconômico	19
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
4- REFERÊNCIAS	52
5- ANEXO I	56
6- ANEXO II	62

## **INTRODUÇÃO:**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes – são as principais causas de óbitos no mundo tendo em vista seu crescimento nas últimas décadas. São responsáveis atualmente por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (WHO, 2012).

O câncer se insere como a segunda maior causa de morte no Brasil, com 190 mil óbitos por ano (INCA 2018). Em relação aos novos casos de tumores gástricos estimam-se para o Brasil 13.540 casos. Diferenças são observadas entre os sexos, sendo duas vezes mais frequente no sexo masculino do que no feminino. Nas regiões Norte e Nordeste é o segundo mais frequente em homens, na região sul, sudeste, e centro-oeste o quinto mais frequente em homens (INCA, 2018). O contexto de adoecimento acarreta em perda de qualidade de vida com alto grau de limitação para as atividades diárias, impactos laborativos e econômicos para as famílias e pacientes, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

A exemplo do que ocorre em outros tipos de neoplasia, o diagnóstico precoce, o acesso aos serviços especializados de saúde, assim como, a qualidade do tratamento recebido, bem como a melhoria das condições e da qualidade de vida da população, são fatores fundamentais para o aumento das taxas de sobrevivência. Em seu conjunto, tais fatores apontam para a determinação social do processo de adoecimento por câncer de estômago, bem como de suas possibilidades de tratamento e controle. Assim, evidencia-se a necessidade de conhecer os pacientes com tumores gástricos para além de suas condições clínicas, mas também conhecer suas condições de vida cotidiana. O objetivo desse trabalho, portanto, é descrever o perfil socioeconômico dos pacientes com tumores gástricos matriculados na clínica de cirurgia abdômino-pélvica, através de um estudo quantitativo, descritivo retrospectivo desenvolvido no Hospital de Câncer I (HC I).

Avalia-se que o conhecimento do perfil desses pacientes poderá contribuir

para a qualificação da assistência prestada no âmbito institucional, para o enriquecimento do debate das desigualdades sociais que permeiam e determinam o processo de saúde-doença e para o fomento de políticas públicas de enfrentamento ao adoecimento e morbimortalidade por câncer, especificamente o gástrico.

A motivação inicial para tal estudo se deu a partir das discussões realizadas pela participação da equipe multiprofissional no Grupo de Estudos e Tratamento do Câncer Gástrico, criado em 2015 com o objetivo de realizar pesquisas, estudos e organizar o atendimento multiprofissional a todos os usuários com tumores gástricos matriculados na clínica Abdomino-pélvica do INCA. Tal atendimento multiprofissional conta com profissionais da área médica, de fisioterapia, de nutrição, de psicologia, de enfermagem e de serviço social. A organização do fluxo de atendimento multiprofissional tem viabilizado a realização de avaliação social dos pacientes matriculados próxima à data da matrícula. Há que se ressaltar que o número de usuários matriculados para tratamento de câncer gástrico vem representando um percentual médio de cerca de 25% do total das matrículas efetuadas na clínica de cirurgia Abomino Pélvica<sup>1</sup>.

Os prontuários para o estudo foram selecionados através da planilha de controle do programa de navegação<sup>2</sup> do Grupo de Estudos e Tratamento do Câncer Gástrico. O universo se constituiu dos dados secundários de prontuários dos casos de pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer gástrico, matriculados a partir de 01 de outubro de 2015 até 30 de setembro de 2016, esse critério delimita o estudo em relação ao desenvolvimento no tempo como uma pesquisa retrospectiva.

Os dados socioeconômicos e demográficos foram coletados nos formulários de Avaliação Social contidas nos prontuários físicos, e os dados referentes ao estadiamento da doença, história de etilismo e tabagismo, bem como desfecho do tratamento, coletados nos formulários de evolução multiprofissional também contido em prontuário físico e/ou prontuário eletrônico (Intranet\INCA). Para a análise dos dados coletados foram utilizados gráficos e tabelas, que caracterizam análise descritiva, utilizando os recursos do programa Microsoft Excel® 2007.

O universo total foi baseado na identificação de 236 prontuários entre o

---

<sup>1</sup> Dados obtidos a partir de consulta em sistema Absolute e planilha de navegação do Grupo de Estômago, estabelecendo uma relação entre o total de número matriculados na clínica e o número de pacientes identificados com câncer gástrico.

<sup>2</sup> Programa de acompanhamento do itinerário terapêutico dos pacientes om Câncer Gástrico.

período de outubro de 2015 a setembro 2016 na planilha de navegação do Grupo de Estudos e Tratamento do Câncer Gástrico. O período de coleta dos dados nos prontuários físicos, foi de outubro de 2017 a janeiro de 2018. Dentro do universo pesquisado, 58 (20% do total) não foram analisados por estarem dentro dos critérios de exclusão delimitados para a pesquisa, que seriam prontuários sem entrevista social ou que não puderam ser disponibilizados pelo arquivo. Sendo assim, foram pesquisados 178 prontuários, que correspondem a 80% do universo delimitado inicialmente.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, aprovado em 16/10/2017 com o CAAE: 75205417.7.0000.5274.



## 2.0 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 - Câncer gástrico e a sua relação com a determinação social em saúde

O tumor gástrico é uma doença que pôde ser rastreada ao longo da história e do desenvolvimento da civilização moderna. Este tipo de tumor tem como fatores de risco carnes e alimentos industrializados e processados, tabaco, álcool, infecção por *helicobacter pylori* e também por causas genéticas. No mundo é o quarto mais comum entre homens e o quinto em mulheres. (GUGGENHEIM; SHAH, 2013)

Estima-se para o ano de 2018 um risco estimado de 13,11 casos novos a cada 100 mil homens e 7,32 para cada 100 mil mulheres. Nas regiões Norte e Nordeste é o segundo mais frequente em homens, na região sul, sudeste, e centro-oeste o quinto mais frequente em homens. Para as mulheres é o quinto nas regiões sul e nordeste, quarto no norte e sexto nas regiões sudeste e centro-oeste (INCA 2018). Na maioria dos casos este tumor não possui um bom prognóstico. No Brasil a sobrevida em cinco anos no período compreendido entre 2005 a 2009, foi de 25%. Na maioria dos casos o diagnóstico é feito tardiamente. (INCA, 2016).

Em 2012, o câncer gástrico chegou a atingir o patamar de segunda causa de morte por neoplasia no mundo em ambos os sexos, embora na observação da série histórica mundial, tanto a taxa de mortalidade quanto a de incidência venham apresentando declínio. (INCA, 2016).

De um modo geral, o câncer gástrico tem no fator ambiental/comportamental relacionado a exposições prolongadas a fatores de risco a principal causa para a sua ocorrência. A incidência é maior em países com baixo ou médio Índice de Desenvolvimento Humano, e com alta prevalência de infecção pela bactéria *helicobacter pylori*. (INCA, 2018).

A exposição prolongada inclui fatores relacionados à alimentação, sedentarismo, obesidade, tabagismo (ativo ou passivo), etilismo, exposição a determinados vírus ou bactérias. Enfim, diversos são os fatores de risco que englobam o aumento da incidência do câncer gástrico, e estes não são desarticulados do contexto social, como discutem Czeresnia, Macial, Oviedo (2013).

Sendo assim, ao abordá-los, é necessário refletir sobre a determinação social<sup>3</sup> que incide diretamente sobre os adoecimentos por câncer.

As diversas condições objetivas de existência, ressaltando a de precarização socioeconômica, à qual grande parte da população está exposta, acabam inviabilizando possibilidades dos sujeitos construírem uma vida saudável, com acesso a condições sanitárias e de habitações adequadas, inserção na política de saúde, com condições de trabalho e renda, de uma educação equânime com acesso ao conhecimento e à informação. Tais desigualdades são produzidas historicamente com o modelo econômico capitalista vigente. Como ressalta Barata (2001), isso se dá em decorrência das diferentes posições de posse e poder dos grupos sociais em uma dada formação histórica, o que acarreta as iniquidades em saúde, compreendida pela mesma autora como a distinção nas formas de acesso aos serviços, condições básicas de existência e oportunidades.

Grande parte da população está sujeita a níveis de pobreza que impedem o acesso às condições de vida elementares, o que aloca o nível socioeconômico como fator que influencia na condição de saúde dos grupos sociais. Sobre isso, Barata (2001) ressalta:

O nível de riqueza determina a possibilidade de consumo ou a privação de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde e também o acesso e a utilização de serviços de saúde. Deste modo, o nível de riqueza influencia, diretamente, a situação de saúde. (BARATA, 2001.p. 141)

A saúde vai além de um fator biológico e clínico, não definida apenas como ausência ou presença de doença. São fatores coletivos e complexos que perpassam a vida dos sujeitos e interferem em sua forma de viver e adoecer na sociedade. O desenvolvimento das neoplasias por si só não explica o câncer como a segunda maior causa de morte por doenças crônicas no Brasil. São fatores políticos, econômicos, sociais e culturais que fazem parte da vida cotidiana do indivíduo em sociedade que vão interferindo nas formas de adoecer no curso da sua história.

---

<sup>3</sup> A noção de determinação social da saúde foi construída nas três últimas décadas do século XX, a partir de um importante movimento de produção científica da corrente médico-social latino-americana. Essa corrente empenhou-se em trazer suporte teórico para elaboração de um pensamento social na área da saúde, na realização de uma nova leitura da Saúde Pública, a partir de uma perspectiva crítica à abordagem positivista da história natural da doença. Essa leitura crítica foi intensamente marcada por referenciais vinculados ao materialismo histórico, com ênfase nos processos de produção e reprodução social (ARAUJO, SODRÉ, GARBOIS.2017. p. 72)

Do ponto de vista da determinação social em saúde, entende-se que na construção da política de saúde e de suas práticas, desconsiderar que o processo de adoecimento é intrínseco às trajetórias e às condições de vida, reforça a lógica da fragmentação do “ser biológico” e “ser social”. Tal compreensão sobre “a separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade. Reforça a fragmentação da vida e constrói atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde” (ARAUJO, SODRÉ, GARBOIS. 2017. p.74). Esse movimento reforça a exclusão de acesso à saúde e a cultura biomédica, na qual os indivíduos são vistos somente pela ótica da sua doença.

Como aponta FLEURY (1997) tal visão contrapõe-se ao direcionamento do conceito ampliado em saúde, debate construído no processo de redemocratização do país no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, que impulsionou a construção de mudanças constitucionais no que diz respeito à saúde após 1988, representando uma conquista social importante no que se refere aos direitos sociais e a efetivação de uma política pública e universal de Saúde.

Foi o debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizado em março de 1986, que direcionou alterações na Constituição Federal. O relatório produzido e debatido na conferência apresentava questões centrais à Reforma Sanitária e uma nova diretriz para a Política Nacional de Saúde. Essa ótica busca resgatar o processo de adoecimento como algo inerente a fatores culturais, políticos, econômicos e psicossociais que envolvem as coletividades. O modelo biomédico que tem em sua centralidade a valorização do patológico, a fragmentação dos corpos e uma dimensão hospitalocêntrica não direcionaria mais as práticas em saúde, que adquiriu a seguinte compreensão:

“Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)”

O conceito ampliado defende princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde universal, equânime, integral, descentralizado, regionalizado, com a

participação efetiva da sociedade, portanto, no texto da Constituição de 1988, reflete a luta social pela ampliação das conquistas sociais tendo a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A despeito desse avanço, com o desenvolvimento da política econômica neoliberal, os direitos sociais foram cada vez mais sendo alvos de ataques e desmonte. A saúde passou por um processo de precarização e falta de investimento, culminando em dificuldades de acesso a serviços, impactando diretamente no direito a uma saúde pública, equânime e universal.

Dessa forma a incidência do câncer, como reflexo das desigualdades sociais, apresenta questões que rebatem na dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde e na qualidade dos mesmos, o que resulta em uma dificuldade e demora na definição de diagnóstico, processo que acarreta matrículas de pacientes com estadiamento cada vez mais avançado. Sobre isso, afirma Borges *et al* (2008):

‘As condições socioeconômicas, a situação geográfica das populações, os aspectos étnicos e as diferenças nos acessos individuais aos serviços de saúde oferecem impedimento ao diagnóstico precoce das doenças. (...) O rastreamento dos agravos da saúde, em especial na área oncológica, sofre forte influência das condições socioeconômicas. Pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente, estão expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive do câncer’. (BORGES *et al.*, 2008:114)

O diagnóstico oncológico produz diversas mudanças da vida daquele que terá que se submeter ao tratamento, que costuma ser longo e exaustivo. Essas alterações são de níveis físicos, psicológicos, simbólicos, pessoais, familiares e econômicos. Todo esse contexto reconfigura a vida dos indivíduos e daqueles que o acompanham nesse processo. Considerando a magnitude do número de adoecimentos por câncer, pauta-se a necessidade de discussões que o considerem em suas múltiplas configurações, em particular os impactos sociais e como os mesmos interferem no processo de adoecimento.

Nesse contexto, afirma-se que a exemplo do que ocorre em outros tipos de neoplasia, o diagnóstico precoce, o acesso aos serviços especializados de saúde, assim como, a qualidade do tratamento recebido, bem como a melhoria das condições e da qualidade de vida da população são fatores fundamentais para o

aumento das taxas de sobrevivência dos pacientes com tumores gástricos. Em seu conjunto, tais fatores apontam para a determinação social do processo de adoecimento por câncer de estômago, bem como de suas possibilidades de tratamento e controle, condição que justifica a relevância de conhecimento do perfil socioeconômico dos pacientes matriculados na clínica de cirurgia abdômino-pélvica do HC I INCA.

## 2.2- Serviço Social e os estudos socioeconômicos.

No âmbito do Serviço Social, abordar o estudo socioeconômico remete a pensá-lo enquanto parte intrínseca das ações profissionais da categoria, pois o desenvolvimento das ações no âmbito da profissão pressupõe o conhecimento das condições sociais em que vivem os sujeitos, grupos e populações as quais elas se destinam, conforme afirma Miotto (2009). A autora define estudo socioeconômico como:

(...)'processo de conhecimento, análise e interpretação de uma determinada situação social. Sua finalidade imediata é a emissão de um parecer-formalizado ou não- sobre tal situação. (...) essa finalidade é ampliada quando se incluem a obtenção e análise de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais da população atendida em programas ou serviços, partir de conjunto dos estudos efetuados como procedimento necessário para subsidiar o planejamento e a gestão de serviços e programas, bem como a reformulação ou formulação de políticas sociais.' (MIOTTO, 2009, p.488)

Na trajetória da profissão, os estudos socioeconômicos foram se desenvolvendo no período de consolidação da profissão com fortes influências do Serviço Social americano articulado à abordagem do Método do Serviço Social de Caso<sup>4</sup>, iniciado na década de 1940, com orientações positivistas\funcionalistas. Partia-se da premissa que as desigualdades sociais eram oriundas de desajustes individuais e falta de adaptação às regras sociais. Todos os indivíduos, nesse período, eram considerados passíveis de desajuste, isso era um " fato natural" da sociedade. As necessidades dos sujeitos não eram notadas em sua relação de produção com o modelo econômico capitalista vigente.

Miotto (2009) resgata essa discussão considerando que durante esse período, os profissionais do Serviço Social eram contratados pelo Estado e pelas instituições com o objetivo de ter uma categoria especializada para a adequação dos sujeitos aos meios em que estavam, ou seja, enquadrá-los às exigências da sociedade.

---

<sup>4</sup> As teorias de caso, grupo e comunidade compuseram a tríade metodológica que orientou o Serviço Social na busca da integração do homem ao meio social. O Serviço Social de Caso ou Casework orientava-se pelas teorias de Mary Richmond, Porter Lee e Gordon Hamilton, cuja preocupação centrava-se na personalidade do cliente. O trabalho orientado por essas teorias buscava conseguir mudanças no indivíduo, a partir de novas atividades e comportamentos. O indivíduo era visto como o elemento que deveria ser trabalhado, no sentido de ajustá-lo ao meio social e fazê-lo cumprir bem seu papel no sistema vigente. (ANDRADE, 2008.p.280)

Portanto, quando um usuário chegava ao serviço social buscando atendimento, esse “ método” de atuação” previa que, ao solicitar auxílio, “era necessário à realização de estudo social de caso, numa primeira etapa, posteriormente, o diagnóstico e por último o tratamento” (MIOTO, 2009, p.483). Esse fluxo de atuação demonstra que o objetivo fim das ações era voltado para a identificação do problema através do estudo social e correção do mesmo com o tratamento. Tal contexto demonstra uma perspectiva biomédica funcionalista no trato com os usuários no período do Serviço Social de Caso.

As informações colhidas eram voltadas “ao indivíduo (aparência física, capacidade mental, habilitações específicas) e aquelas próprias do ambiente (tipo de casa, tipo de emprego, companheiro que mais gostava” (HAMILTON, 1956; NICHOLDS, 1969, apud MIOTO, 2009:483). O acesso aos benefícios sociais no âmbito das instituições era submetido aos julgamentos morais do profissional, particularizando as demandas e associando-as à personalidade do usuário e seu ambiente de vida, desvinculando o acesso a benefícios sociais ao âmbito do direito e de questões coletivas, políticas e econômicas que culminam em condições objetivas de vida desiguais.

Como afirma Miotto (2009) “ancorados nessas perspectivas, os assistentes sociais aprimoraram os seus instrumentos e técnicas, direcionando basicamente para o processo de averiguação dos modos de vida dos indivíduos” (2009, p.483)”. Os estudos socioeconômicos, nesse contexto, foram utilizados como forma de reforçar o controle, a seletividade e meritocracia no acesso aos benefícios, despolitizando o trato da questão social, como afirma Yazbec (2000).

As teorias funcionalistas\positivas já não tinham efetividade diante das demandas e dos contextos políticos sociais do período, o que gerou a necessidade de uma reorganização da categoria, buscando apropriações teóricas e metodológicas que dessem respostas às novas exigências impostas pelo desenvolvimento capitalista e industrial. Com a apropriação teórica das ciências sociais, no decorrer da década de 1960, a profissão passou a ser discutida e refletida dentro da lógica da teoria social de Marx “que permitiu tanto o avanço do debate teórico-metodológico da profissão, quanto a construção de seu projeto ético político” (MIOTO, 2009,p. 484).

A partir da vinculação ético política dos assistentes sociais com a classe

trabalhadora, a lógica dos instrumentos e técnicas da profissão tomaram outro direcionamento com esse contexto de mudanças. As demandas ganham respostas e análises em configurações não mais ancoradas na moralidade e em problemas de âmbito dos desajustes individuais dos sujeitos, as necessidades postas pelos usuários passaram a ser compreendidas pela lógica da desigualdade social oriunda da organização capitalista. Para realizar estudo socioeconômico no cotidiano profissional, fez-se necessário uma aproximação com realidade social dos sujeitos para de fato compreender as condições de vida nos quais eles se inserem.

Com a vigência da Lei n. 8.662\93, que dispõem sobre o exercício profissional, o debate sobre estudos socioeconômicos tomou espaço significativo entre a categoria. O artigo 4, que discorre sobre as competências profissionais, constitui a realização de estudos socioeconômicos como uma delas, visando levantar subsídios para fins de acesso a benefícios e serviços sociais nos diversos órgãos, políticas e projetos sociais. Essa competência foi legitimada historicamente pela profissão, principalmente articulada ao âmbito das políticas sociais, que por muito tempo constitui-se como um espaço ocupacional privilegiado dos assistentes sociais, possibilitando que os estudos socioeconômicos impactassem na gestão, planejamento, e formulação das mesmas. (Miotto (2009).

Assim, atualmente essa modalidade de estudo caminha em consonância ao direcionamento social da profissão, que tem como condições básicas para o exercício da prática profissional o conhecer e compreender a realidade social para, então, intervir. O conhecimento da realidade social pode ser realizado de diferentes formas. Nos estudos sociais e econômicos, o Serviço Social se utiliza historicamente de diversos instrumentos, entre eles: entrevista social, visita domiciliar, reuniões e análise de documentos, em abordagens grupais e individuais Miotto (2009).

As informações obtidas nos estudos sociais tanto podem fornecer respostas imediatas às demandas individualizadas quanto podem ser sistematizadas no sentido de contribuir para a construção de respostas coletivas às necessidades dos usuários atendidos pelo Serviço Social nas diversas instituições, tendo como direção a efetivação, garantia e ampliação de direitos fundamentais.

Graciano e Lehfel'd (2010) corroboram com essa perspectiva ao afirmar que os estudos socioeconômicos visam instrumentalizar os assistentes sociais para:



“... o conhecimento das condições de vida dos usuários, implementar programas e serviços, bem como traçar o perfil dos sujeitos de amostras de pesquisa, relacionados aos estratos socioeconômicos com diferentes indicadores para maior conhecimento da realidade” (2010. p.159).

Nessa perspectiva é que se insere o levantamento do perfil socioeconômico dos usuários com tumores gástricos. Faz-se necessário destacar que os dados do perfil socioeconômico dos pacientes com tumores gástricos, foram coletados no instrumento de entrevista social realizado pela categoria no atendimento aos usuários, o qual contém informações relevantes no que se refere ao contexto social. O mesmo tem como objetivo subsidiar criticamente elementos da condição de vida dos usuários e familiares possibilitando a intervenção e o acompanhamento ao longo do processo de tratamento no que se refere aos impactos sociais e econômicos que podem interferir no acesso, adesão e permanência no mesmo.

## 2.3- O perfil socioeconômico dos pacientes com tumores gástricos

A partir da planilha de controle e navegação do Grupo de Estudos e Tratamento de Câncer Gástrico, foram identificados 236 prontuários entre o período outubro de 2015 a setembro 2016. Dentro deste universo, 58 (20% do total) não foram analisados por estarem dentro dos critérios de exclusão delimitados para a pesquisa, que foram os prontuários sem entrevista social ou que não puderam ser disponibilizados pelo arquivo. Sendo assim foram pesquisados 178 prontuários, que correspondem a 80% do universo inicialmente delimitado.

É fundamental ressaltar que 21% do total de excluídos, isto é, 12 prontuários, não puderam ser disponibilizados, pois ao longo da pesquisa de campo não foram localizados dentro dos diversos setores da própria instituição. De acordo com as movimentações constantes em sistema de controle interno (Absolute) tais prontuários encontravam-se na quimioterapia, pesquisa e ambulatório de abdômen, mas quando esses setores foram acionados, não foi obtido êxito na localização dos mesmos. Observe-se que o não acesso às informações contidas em prontuários pode repercutir nas ações assistenciais necessárias ao usuário comprometendo a efetivação do seu direito de acesso a informações e continuidade do seu tratamento de saúde. Assim como não foram localizados para a pesquisa, é possível inferir que podem não ter sido encontrados em momentos de consultas, haja vista que este estudo levou cerca de seis meses para ser concluído.

Além disso, tal situação tem implicação direta com um dos direitos dos usuários do SUS, que é a garantia de solicitar e receber a cópia do respectivo prontuário durante ou após o seu tratamento de saúde. Como afirma o Quarto Princípio, Artigo III, contido na Carta dos Direitos dos usuários da Saúde:

III. Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência. (BRASIL, 2006)

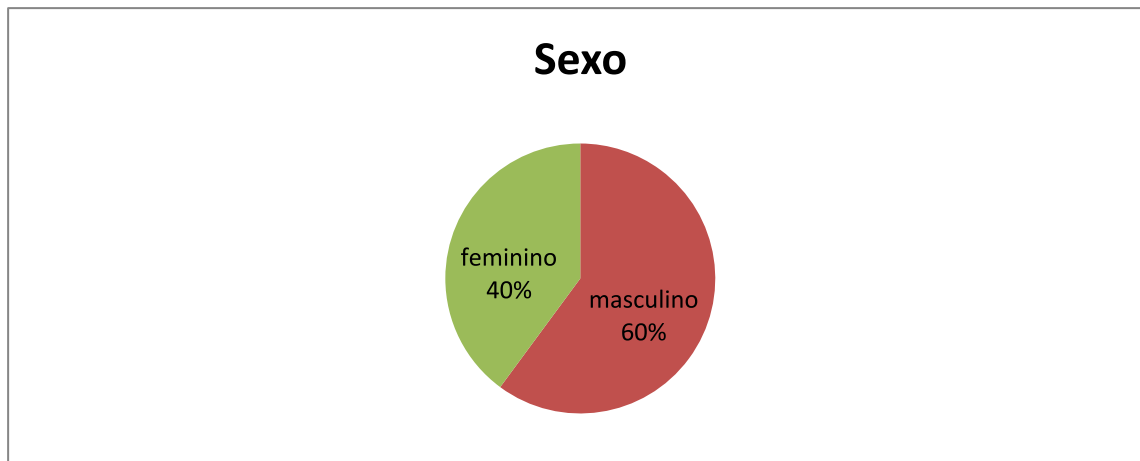
Dentro do universo de 58 prontuários que não foram pesquisados, 46 prontuários estavam sem entrevista social, o que representa 79% desse total. De acordo com as observações feitas na consulta a tais prontuários é possível atribuir a

não realização da entrevista social às situações em que o usuário, em razão de sua condição de adoecimento no momento da matrícula foi encaminhado para acompanhamento no HC IV e\ou encaminhados para atendimento e\ou procedimento de emergência, contexto que interfere no fluxo do atendimento multiprofissional proposto pelo grupo de estomago. Identificou-se que em algumas dessas situações, os usuários evoluíram a óbito, não havendo tempo hábil de realização da entrevista social.

Ressaltadas essas questões que remetem à importância de pensar os fluxos e processos de trabalho, no sentido de melhor qualificá-los, serão apresentados a seguir. Os dados relacionados à condição de vida dos usuários com câncer gástrico matriculados no período já citado. Os dados referem-se a: identificação dos usuários em relação à idade; sexo e gênero; onde e como residem; redes de saneamento básico; rede de suporte social cotidiana e no acompanhamento ao tratamento; vínculos previdenciários; situação de renda; mobilidade e acessibilidade em relação aos meios de transporte que utiliza para acessar o tratamento; rede de saúde próxima ao domicílio; meios de matrícula no instituto e dados sobre estadiamento; situação clínica e de tratamento no momento da pesquisa; assim como trajetória de vida relacionada ao tabagismo e etilismo. Os dados foram coletados do instrumento utilizado pelo Serviço Social na instituição, formulário de avaliação social, complementados com a anamnese médica e, quando necessário, evoluções em prontuário eletrônico.

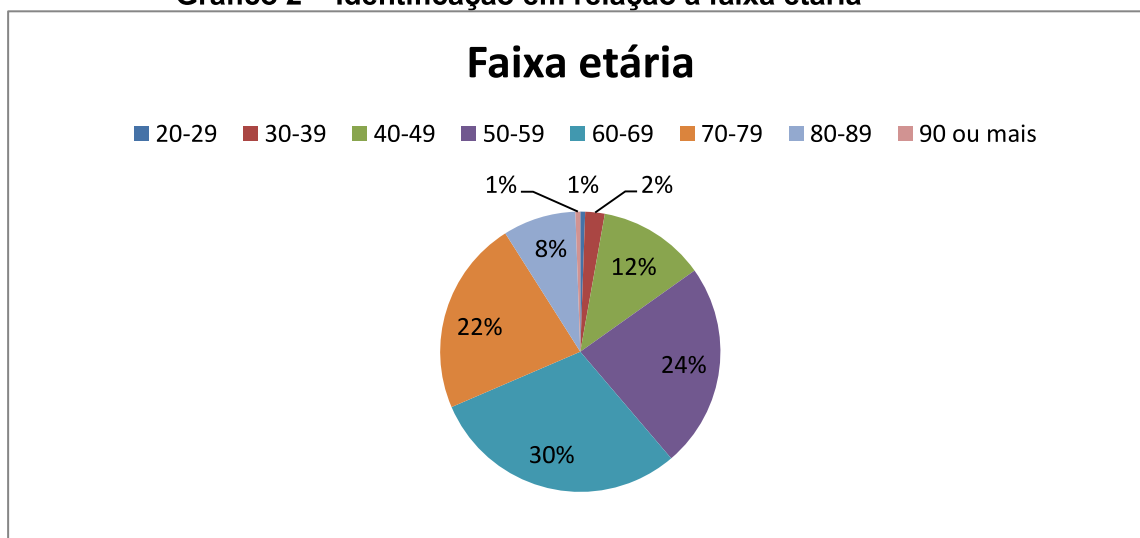
### 2.3.1 Quanto a Identificação:

Gráfico 1 – Identificação em relação ao sexo



Na pesquisa realizada, foram identificados que entre os usuários matriculados no instituto, 107 (60%) são do sexo masculino e 71 (40%), sexo feminino. Resultado que segue a tendência mundial, e como afirma a estimativa para o Brasil, biênio 2018-2019, os tumores gástricos encontram-se entre os mais frequentes em homens.

Gráfico 2 – Identificação em relação à faixa etária



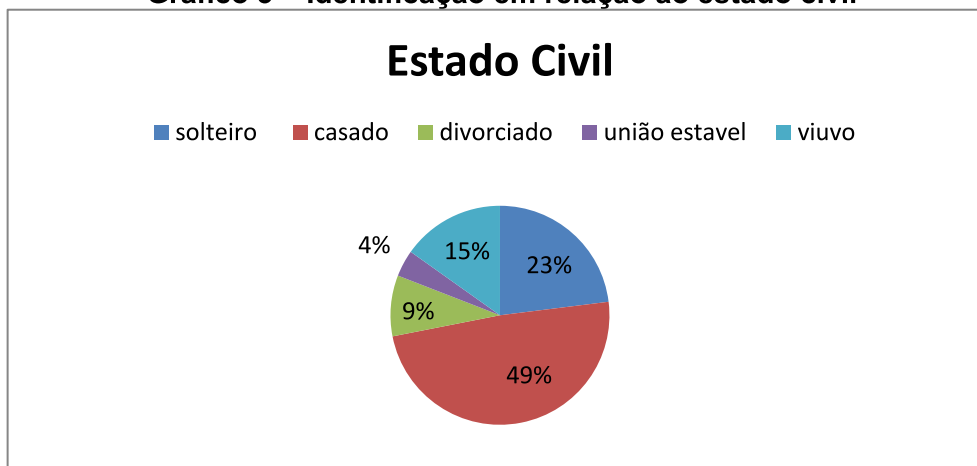
Sobre a faixa etária, 109 (61%) são idosos, sendo considerados para essa pesquisa aquelas pessoas acima dos 60 anos, conforme institui o Estatuto do Idoso (LEI N° 10.741\2003.). Os outros 69 indivíduos de 20 a 59 anos, correspondem a um percentual de 39% do universo. De 50 a 59 anos, temos um número expressivo de

casos, o restante apresenta porcentagem decrescente quanto menor a faixa etária.

Esse resultado reforça pesquisas realizadas sobre a relação entre adoecimento por câncer e envelhecimento no processo de transição demográfica.

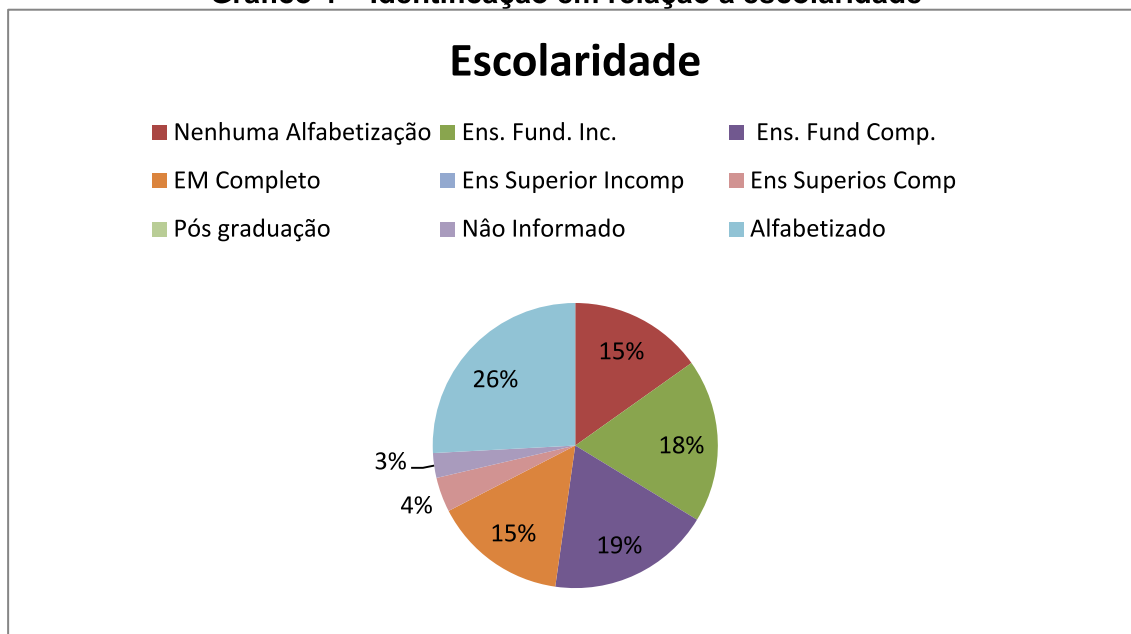
É fundamental destacar que a transição do perfil demográfico, a partir de 1960, colocou o Brasil na rota do envelhecimento populacional. Alteraram os padrões de uma sociedade rural, com famílias extensas, população jovem, expectativa de vida pouco elevada e altos índices de natalidade, para uma estrutura etária, na qual é expressivo o aumento do número de pessoas com mais de 60 anos de idade. O envelhecimento passa ser o principal fenômeno da alteração populacional, culminando para um cenário de predominância de óbitos por acidentes e violências e doenças crônico-degenerativas (GONZALES; AIDAR. 2014), dentre elas, o câncer, segunda causa de mortalidade por doença no Brasil. Importante ressaltar que a transição demográfica também acirrou as condições precárias de vida e existência, no que se refere a acesso a renda e trabalho, condições de habitação e saneamento básico, oferta e acesso a serviços públicos de saúde, alimentação, informação e educação.

De acordo com a Fundação do Câncer (2014), os indivíduos com mais de 65 anos de idade tem onze vezes mais probabilidade de desenvolver a doença do que uma pessoa mais jovem, e uma a cada três mulheres e um em cada quatro homens, entre 60 e 79 anos, desenvolverão algum tipo de câncer. Netto e Yaso (2007) referem que 50% das neoplasias e 60% das mortes por câncer, ocorrem nos indivíduos com mais de 65 anos de idade. Aos 25 anos a probabilidade de desenvolver câncer é de 1:700, enquanto que aos 65 anos é de 1:14.

**Gráfico 3 – Identificação em relação ao estado civil**

Sobre o estado civil dos usuários, identificou-se que 87 (49%) são casados (as), seguido de 41 (23%) solteiros (as), 27 (15%) viúvos (as), 16 (9%) divorciados e 7 (4%) em união estável.

Gráfico 4 – Identificação em relação à escolaridade



Para retratar os dados sobre escolaridade, é importante situar que os graus de escolaridade foram considerados conforme as seguintes referências: analfabeto - pessoas que não sabem ler e escrever; ensino fundamental - o ciclo de estudos entre 1ª a 9ª série e ensino médio - 1º ao 3º ano. Na categoria “alfabetizada” considerou-se os pacientes que relataram não ter nenhum nível de escolarização, mas saber ler e escrever em nível elementar e/ou ter condições de assinar o próprio nome.

Os dados demonstram que, no geral, o nível de escolaridade dos usuários com tumores gástricos matriculados no instituto é baixo, visto que, somando-se os 46 (26%) alfabetizados, aos 27 (15%) sem nenhuma alfabetização e aos 33 (18%) com fundamental incompleto, encontra-se um universo de 106 pacientes (59%) que não chegaram a completar o primeiro ciclo básico de educação escolar<sup>5</sup>.

Com acesso ao nível superior, somente 7 pessoas, representando 4%. Não foi identificado nenhum usuário com pós-graduação.

É importante ressaltar que conforme a estimativa do INCA (2018), além da influência regional, o nível de escolaridade também parece estar associado ao risco

<sup>5</sup> É possível refletir ainda sobre essa questão retomando o dado sobre faixa etária desses pacientes, 61% de idosos, que pode apontar para a possibilidade dos mesmos não terem acesso a todos os níveis de educação por conta de trajetórias de vida com inserção no mercado de trabalho ainda em idade escolar, impactando no acesso e na possibilidade de concluir níveis de escolarização

para o desenvolvimento do câncer gástrico, isto é, níveis de escolaridade mais elevados podem contribuir como fator de proteção. Dado que fomenta reflexão sobre a importância da oferta de uma educação de qualidade e acessível a todos os indivíduos, não somente para aqueles com poder de compra para mediação de um ensino de qualidade, gerando, dessa forma, níveis mais igualitários de possibilidade de vida.

### 2.3.2 Quanto ao Local de Moradia:

Gráfico 5 – Identificação em relação à região de moradia

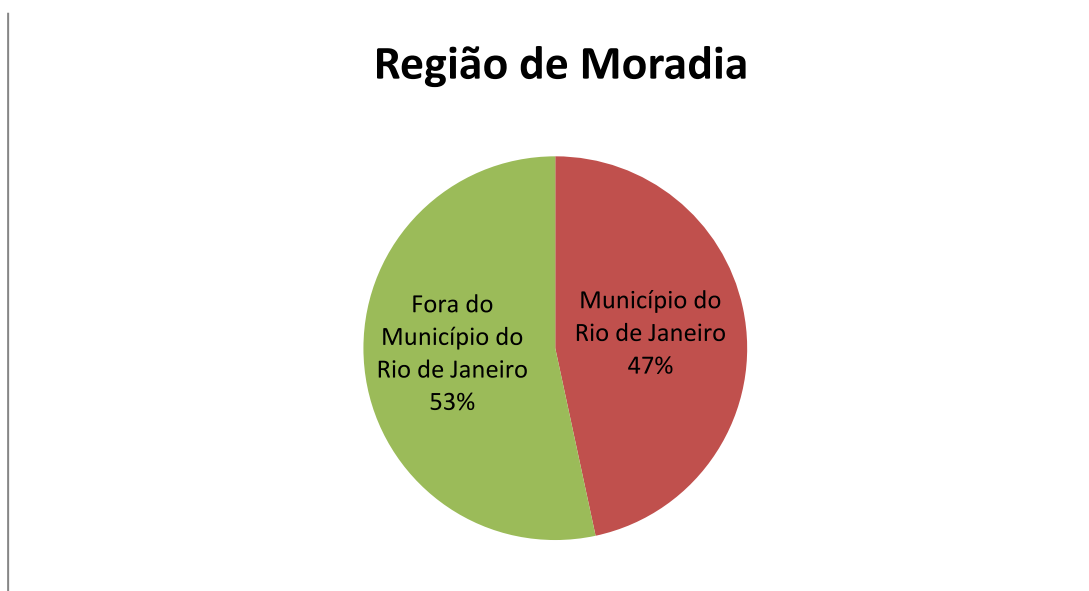


Gráfico 6 – Identificação em relação aos locais de residência no município do Rio de Janeiro

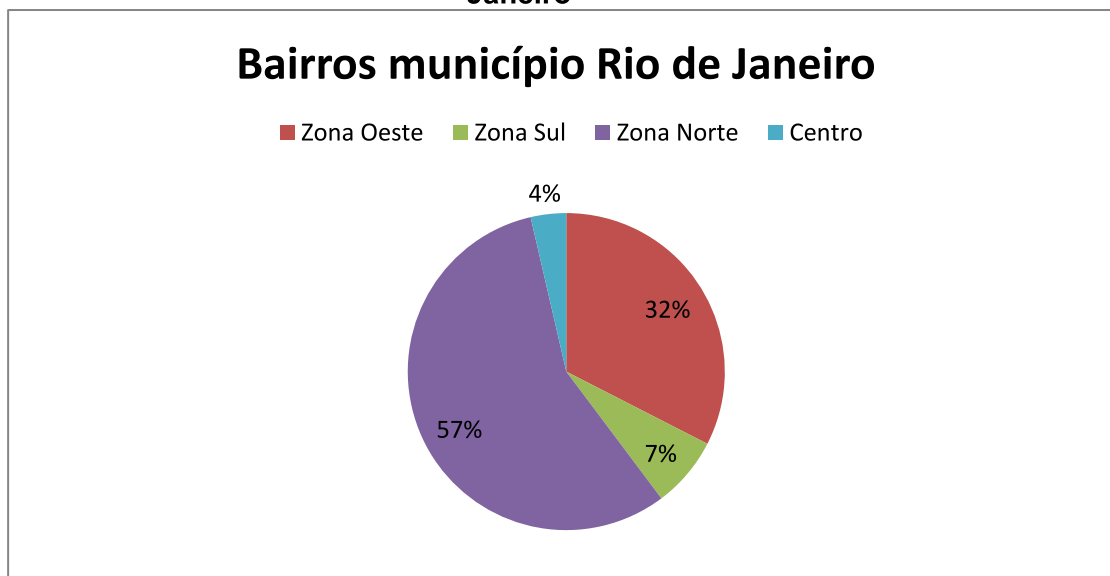
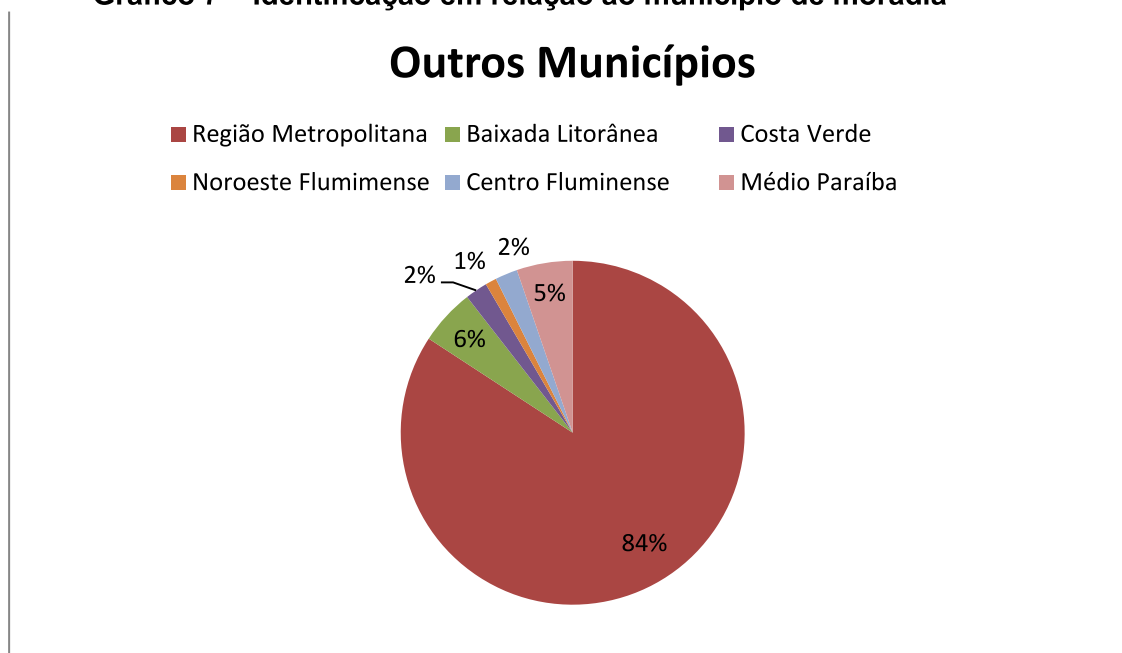




Gráfico 7 – Identificação em relação ao município de moradia



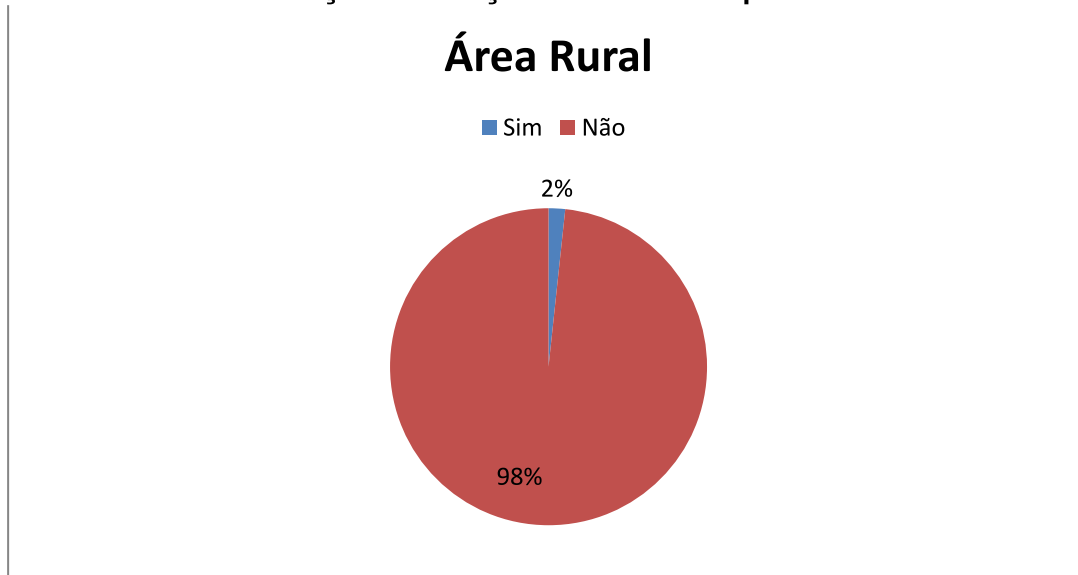
Os dados acerca do local de domicílio desses usuários demonstraram que a maior parte dos mesmos reside fora do município do Rio de Janeiro, totalizando 95 (53%). Dentro desse percentual, 80 usuários, 84%, residem na região metropolitana do Rio de Janeiro, seguidos pela região da Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Centro Fluminense, Noroeste Fluminense e Costa Verde. .

Identificou-se que os usuários que residem no município do Rio de Janeiro totalizam 83 (47%). A maior parte reside na região Norte e Oeste da cidade, 47 (57%) e 27 (32%), respectivamente. Sobre os 6 (7%) de usuários residentes na zona sul, é importante ressaltar que os mesmos residem em favelas da região, Vidigal e Rocinha. Os demais, 3 usuários (4%), residem na zona central da cidade, bem próximos ao instituto.

Esses dados demonstram que os pacientes com tumores gástricos residem, em sua maioria, distantes do centro de tratamento e, sendo o tratamento oncológico um processo que demanda constantes idas e vindas ao hospital, é possível afirmar que esses pacientes enfrentam sérias barreiras em suas condições de acesso ao tratamento, no curso de sua vigência, conforme referem Giovanella e Fleury (1996), que entendem que a acessibilidade em saúde deve considerar: a relação entre localização da oferta e localização dos clientes, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos envolvidos neste processo.

Sobre usuários que residem em área rural e em outros estados, não foram identificados números expressivos, conforme demonstram gráficos abaixo:

**Gráfico 8 – Identificação em relação aos usuários que residem em área rural**



**Gráfico 9 – Identificação em relação aos usuários que residem em outros estados**



### 2.3.3 Quanto a Situação Habitacional:

Gráfico 10 – Identificação em relação ao tipo de imóvel pertencente

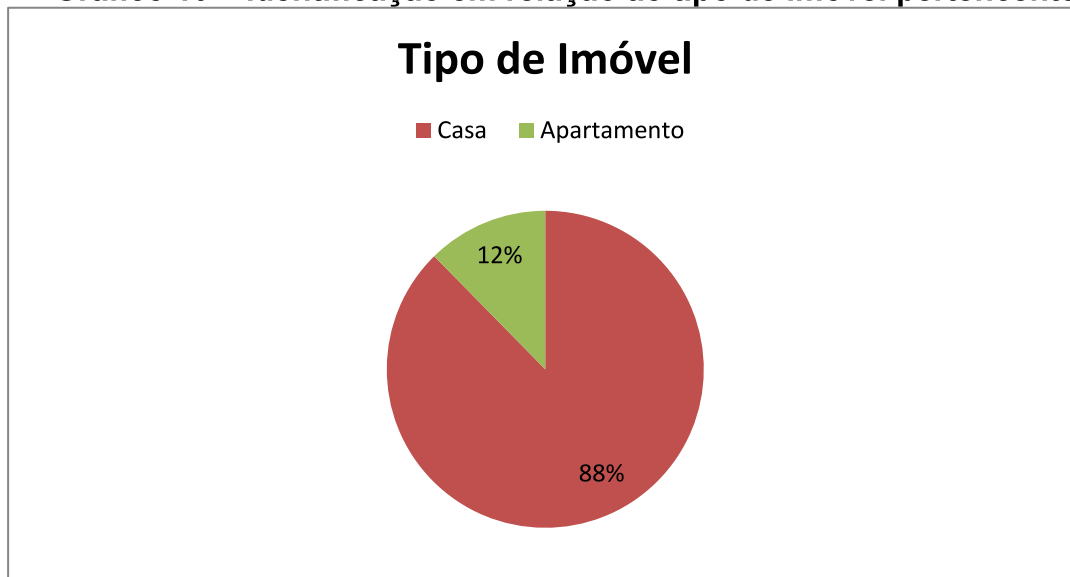
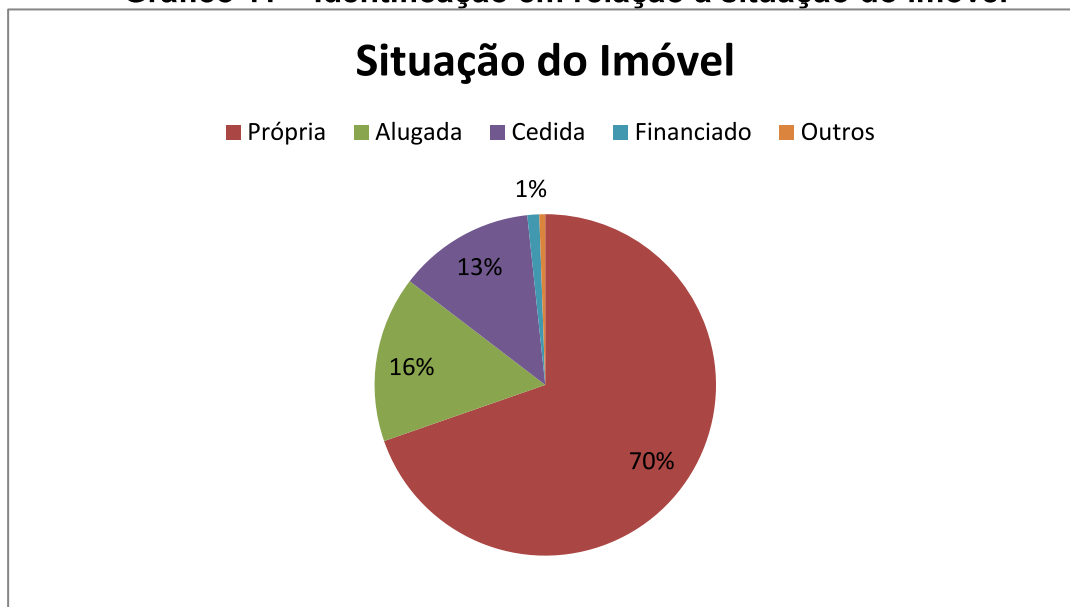


Gráfico 11 – Identificação em relação à situação do imóvel



Os pacientes residem majoritariamente em imóveis próprios, representado por 124 (70%), sendo 156 (88%) em casas e 22 (12%) em apartamento. 28 (16%) dos pacientes precisam arcar com custos de moradia, pois residem em imóveis alugados.

### 3.3.1.Quanto às condições de saneamento básico:

Gráfico 12 – Identificação em relação ao acesso a abastecimento de água

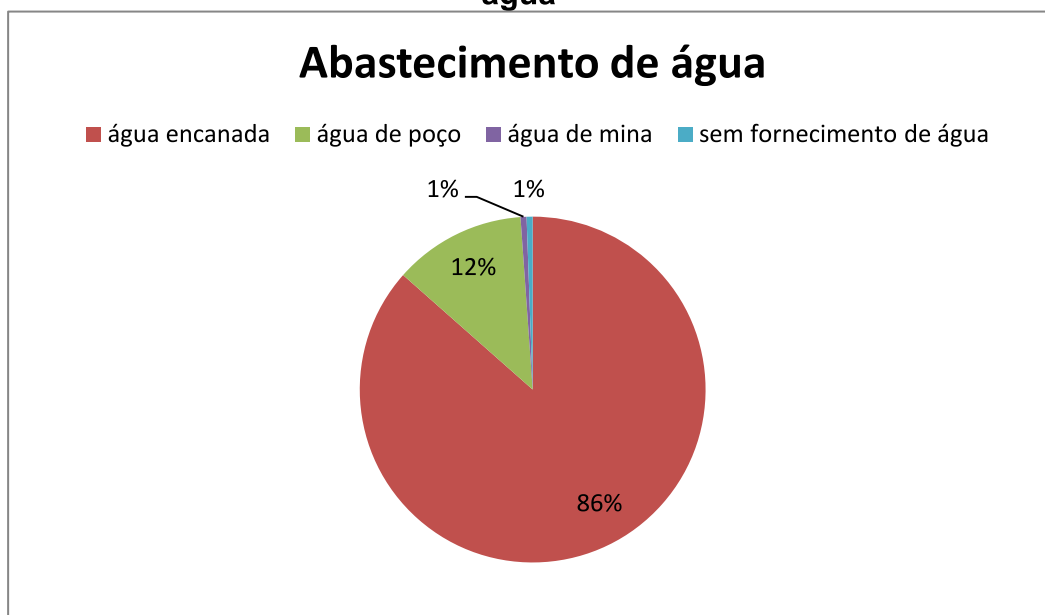


Gráfico 13 – Identificação em relação ao acesso a rede de esgoto

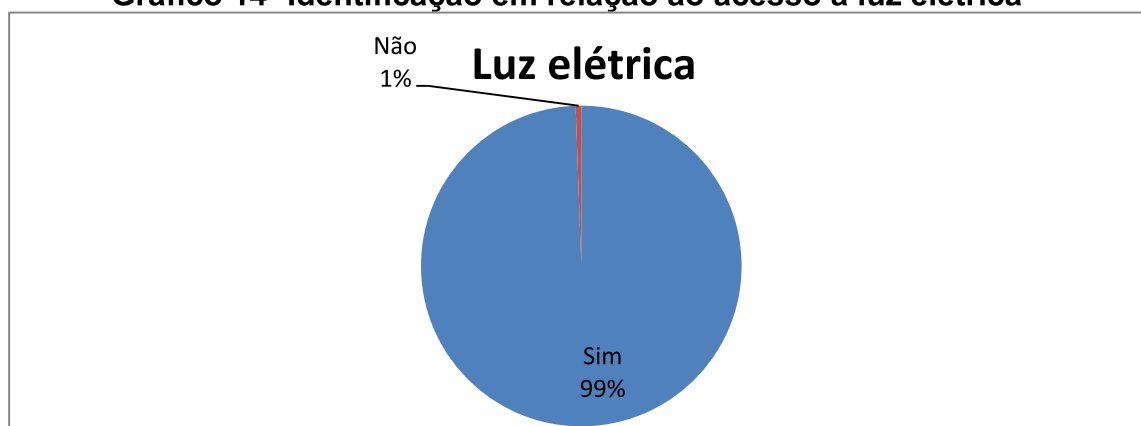


No Brasil, o saneamento básico é um direito assegurado pela Constituição e definido pela Lei n 11.445\2007 dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana,

drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais, como afirma o IBGE (2008). Identificou-se que em relação ao acesso ao saneamento básico, os usuários, em sua maioria, têm esse acesso garantido. Sobre o abastecimento de água, 154 (86%) possuem água encanada, 22 (12%) água de poço, 1(1%) água de mina, proveniente de nascentes subterrâneas sem tratamento e 1(1%) não tem fornecimento de água.

Em relação ao fornecimento de rede de esgoto, 163 (92%) tem acesso, e, 15 (8%), não. Aparentemente, tal percentual não representa número significativo no universo total, porém, se é um direito básico garantido por lei, que tem por objetivo prevenir doenças, promover saúde e qualidade de vida através da preservação das condições do meio ambiente, o número encontrado é significativo dentro das condições de vida dos usuários. Levando em consideração, ainda, que o processo de adoecimento por câncer gástrico pode ter como um dos fatores de risco a infecção por *helicobacter pylori*<sup>6</sup>, que está relacionado às redes precárias de saneamento básico.

**Gráfico 14- Identificação em relação ao acesso a luz elétrica**



Constatou-se que 177(99%) dos usuários apresentam luz elétrica em seus domicílios,1(1%), que está dentro do percentual de 3% dos que residiam em área rural não tem acesso a luz elétrica.

<sup>6</sup> Nesse quesito em particular, consideramos que seria interessante em propostas posteriores de pesquisa levantar informações referentes às condições sanitárias de moradia ao longo da vida do paciente, a fim de correlacionar tais condições à infecção pela bactéria H Pilory.

### 3.3.2 Quanto à Rede de Suporte Social

O tamanho da rede social é um indicador relevante quando se analisam os aspectos estruturais do suporte ao paciente oncológico, pois os indivíduos que compõem esse grupo podem oferecer apoio social no decorrer do tratamento, incidindo em um processo de cuidado mais favorável aos usuários. É importante destacar que o conceito de redes sociais e apoio social, apesar de correlacionados, não são sinônimos. Como refletem Ferreira e Rodrigues (2012) sobre redes sociais:

"Rede social diz respeito às pessoas, estruturas e/ou instituições, que acompanham o indivíduo no decorrer da vida, com as quais o doente mantém vínculo social, oferecendo uma teia de relacionamentos que favorece a ajuda mútua e estimula dar e receber apoio em graus diversos". (FERREIRA; RODRIGUES, 2012. p.782)

Num processo de adoecimento cercado de estigmas negativos, as redes sociais são parte fundamental no processo que tange a oferta de apoio social, como aquilo que "envolve auxílio material, emocional e sentimento de pertença no contexto onde o indivíduo está inserido" (Ferreira; Rodrigues, 2012. p.782).

Essas redes que ofertam os apoios sociais são, geralmente, compostas pela família dos usuários, mas não só. Amigos, vizinhos, comunidade religiosa e instituições, também estão presentes como parte integrante da rede de cuidados. No decorrer do tratamento oncológico, diversas demandas são colocadas ao paciente e para as pessoas envolvidas com o mesmo nesse processo. Idas e vindas frequentes ao instituto, suporte financeiro para gastos extras, mudança na rotina cotidiana, afastamento do trabalho e de outras atividades por tempo indeterminado ou permanente, mudanças físicas e no estilo de vida anterior. Neste sentido, para que o apoio seja efetivo é fundamental conhecer as redes sociais e os recursos disponíveis por elas no que se refere ao auxílio que será disponibilizado ao paciente ao longo de seu tratamento.

Os gráficos que se seguem buscam descrever a composição de rede sociais dos usuários e as suas possibilidades de oferecer apoio social.

Gráfico 15- Identificação em relação à rede social

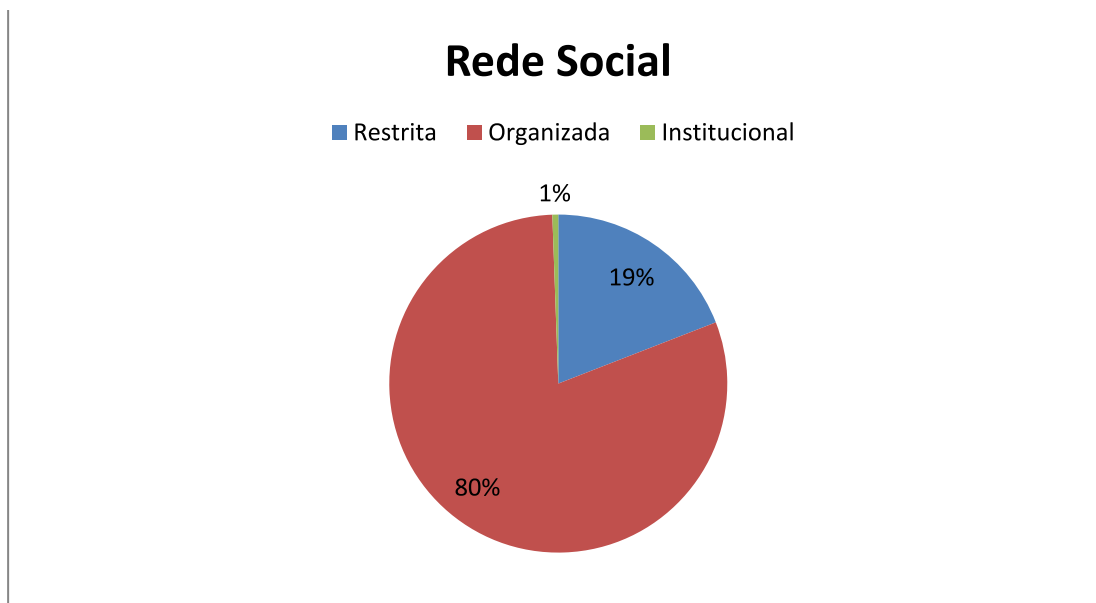
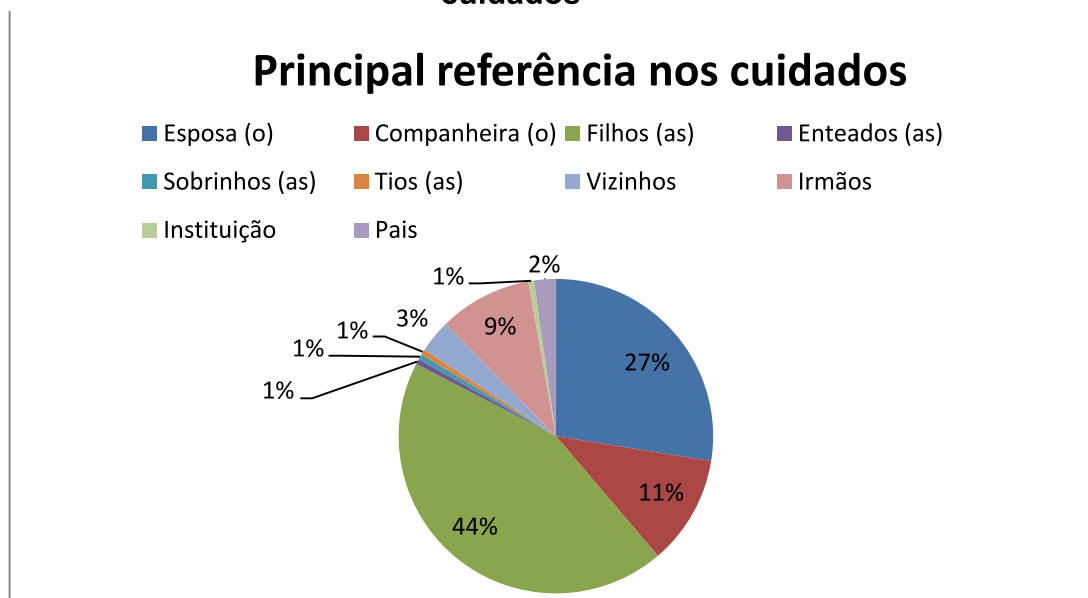


Gráfico 16- Identificação em relação às principais referências nos cuidados



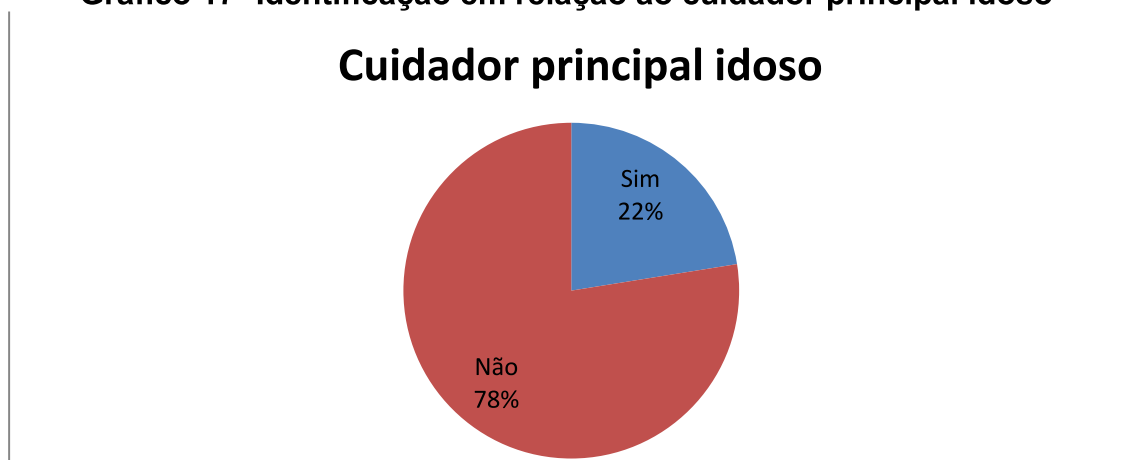
Sendo assim, identificou-se com a pesquisa que 143 (80%) dos pacientes apresentaram rede organizada, ou seja, uma rede composta com pessoas e/ou instituições que tem a possibilidade de oferecer apoio social ao longo do tratamento. 34 (19%) usuários apresentam redes restritas que, geralmente não têm condições de ofertar o apoio social demandado de forma integral, visto que sobrecarregadas com as demandas do tratamento oncológico e de mais demandas do cotidiano, sem

efetivo suporte de políticas sociais públicas<sup>7</sup>. Foi identificado que 1(1%) tem rede institucional, nesse caso específico, uma instituição de abrigamento para idosos.

Sobre as principais referências do cuidado, constatou-se que 171(95%) dos usuários têm como cuidador principal algum membro da família. Com relação aos vínculo e grau de parentesco 78 (44%) são filhos esposa 49 (27%) e companheira 20 (11%). Há ainda os usuários que têm como referência seus vizinhos, 6 (3%), e instituições representam 1(1%).

É importante pontuar que existem as mais diversas configurações de família, com cotidianos perpassados pelos mais variados contextos econômicos e sociais e com trajetórias de vínculos construídos ou rompimento dos mesmos, e todo esse universo que envolve as redes sociais, vão perpassar também o tratamento oncológico. Neste sentido é importante ressaltar que não cabe culpabilizar famílias pelo não envolvimento no processo de cuidado.

**Gráfico 17- Identificação em relação ao cuidador principal idoso**



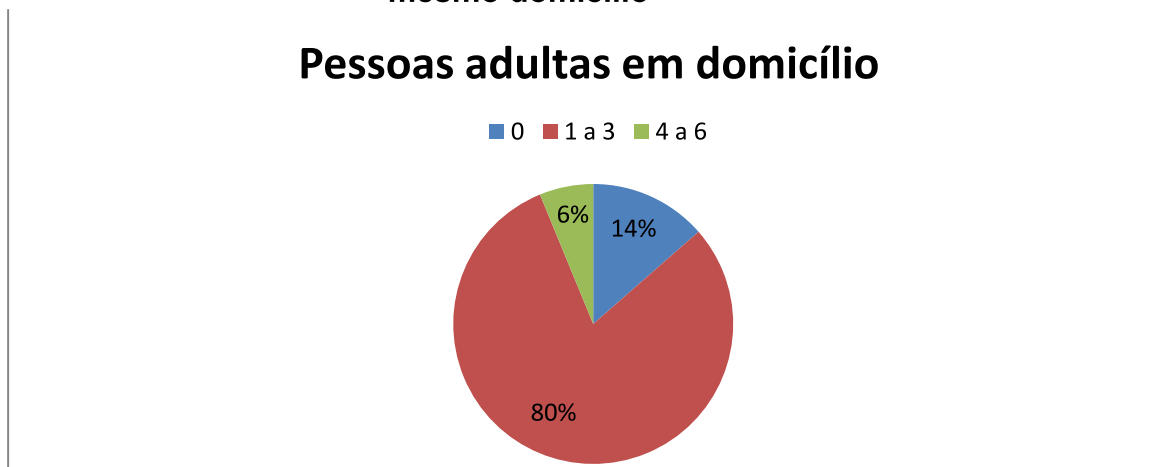
Inseridos nesse universo, 40 (22%) são cuidadores idosos, acima de 60 anos, e 138(78%) não estão dentro dessa faixa etária, conforme gráfico.

Os dados sobre quantas pessoas residem com os usuários pesquisados, estão a seguir:

<sup>7</sup> Sobre esta questão consideramos importante uma reflexão aprofundada a partir de pesquisa qualitativa que viabilize uma melhor compreensão sobre limites e possibilidades de apoio social pelas redes sociais dos usuários.

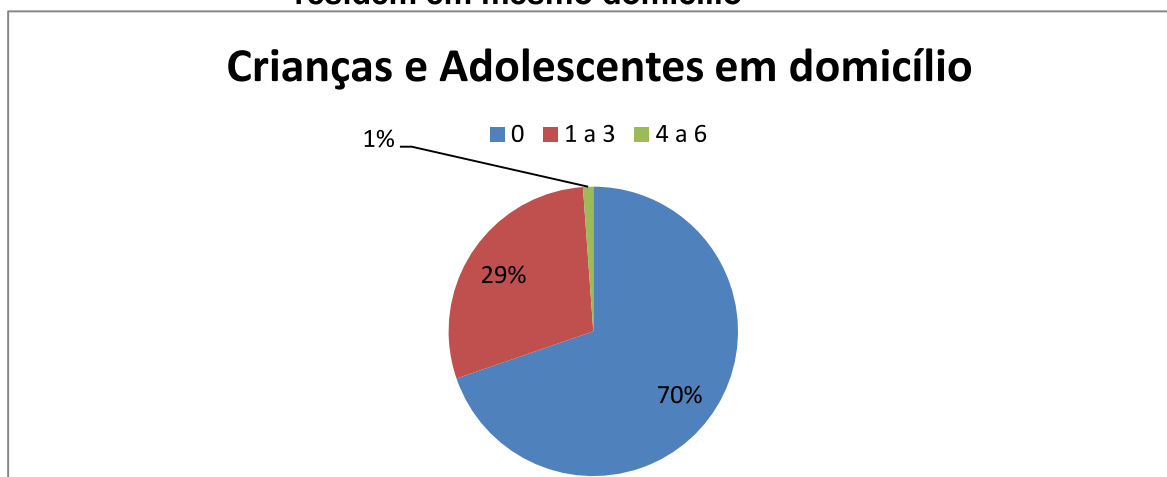


**Gráfico 18- Identificação em relação às pessoas adultas que residem em mesmo domicílio**



Sobre os dados acima, ressaltamos que 24(14%) pacientes residem sozinhos, dado importante no que se refere ao processo de tratamento principalmente ao se considerar que 109 (61%) são idosos e podem demandar algum tipo de cuidado permanente e constante, dependendo de alguma referência para exercê-lo.

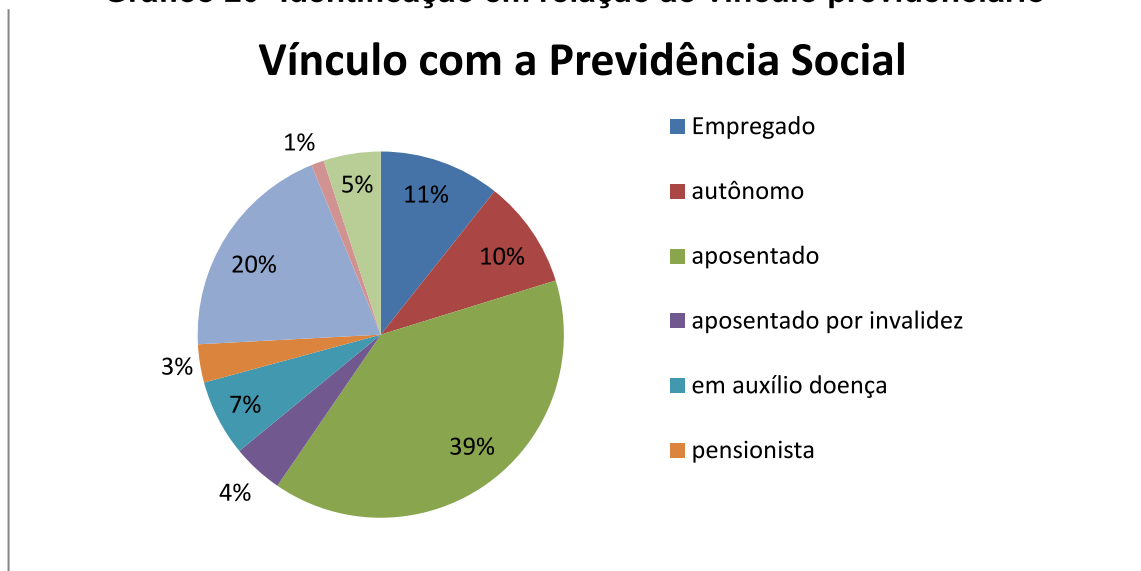
**Gráfico 19- Identificação em relação às crianças e adolescentes que residem em mesmo domicílio**



Os dados sobre crianças e adolescentes que residem em mesmo domicílio que os pacientes, demonstram as novas configurações de família. As quais os idosos, muitas vezes, são responsáveis pelos suprimentos básicos da família e cuidados com as crianças e adolescentes.

### 3.3.3.Quanto ao Vínculo com Previdência Social:

Gráfico 20- Identificação em relação ao vínculo previdenciário



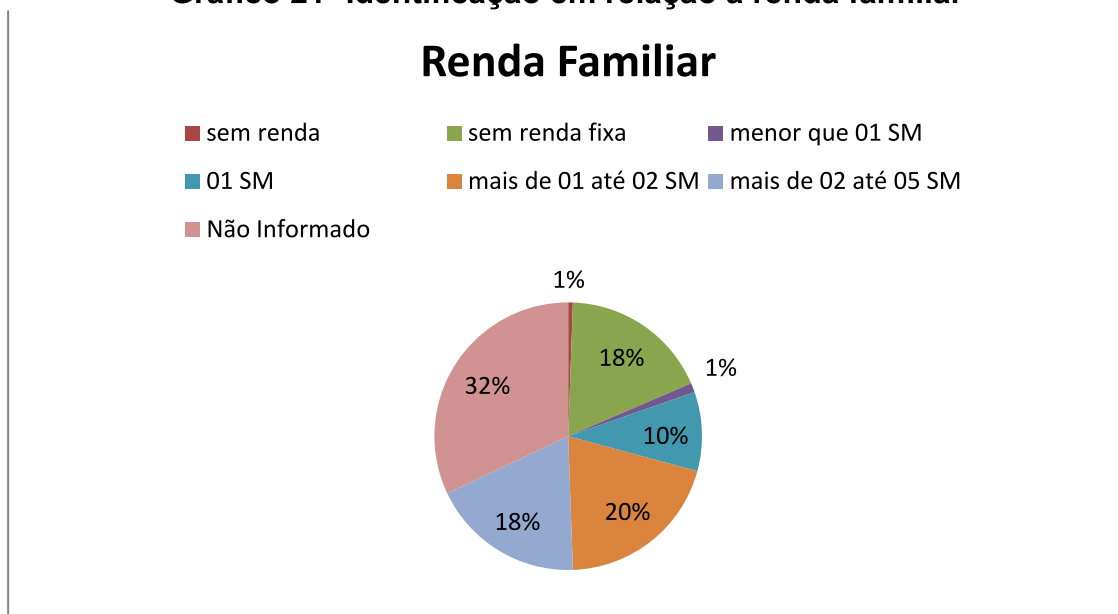
Os dados mostram que a maior parte dos usuários tinha algum vínculo com a previdência social, o que pode garantir acesso a benefício e renda durante o período de tratamento.

Dentre eles, 70 (39%) estão aposentados, dado relacionado aos 109 (61%) idosos que compõem maior parte dos pesquisados. Pensionistas são representados por 6(3%), universo composto majoritariamente por mulheres idosas. 19 (11%) pacientes estavam inseridos no mercado de trabalho, ou empregados com CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social). Trabalhando de forma autônoma e com contribuições previdenciárias, 17(10%). Aposentados por invalidez representavam 8(7%) dos pacientes, os mesmos já estavam aposentados por outras doenças ou por doença oncológica anterior. 12(7%) em auxílio doença, enquanto 35 (20%) eram representados por usuários que não tinham qualidade de segurado, todos esses, conseqüentemente, com acesso dificultado a algum tipo de benefício previdenciário.

### **4.3.1. Quanto a Situação de renda:**

Os dados acerca da situação de renda dos usuários e de suas famílias terão como base o critério adotado pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), que utilizam para captar o poder aquisitivo da população, o indicador da renda domiciliar per capita, “pois ele contempla todas as fontes de renda que uma família pode possuir, dividido pela quantidade de componentes da família. Expressa, portanto, a parcela da renda que é efetivamente apropriada por cada membro da família para seus gastos” (IPEA, 2012). Os dados sobre renda per capita dos usuários, então, englobam a renda do próprio paciente e dos que residem junto com o mesmo, podem ser provenientes de trabalho formal e\ou informal, benefícios previdenciários e assistências, com exceção do Bolsa Família. Quando um dos membros não conta com renda fixa, pois trabalham no mercado informal, as famílias entraram na classificação “ sem renda fixa”, pois nessa situação não seria possível afirmar qual a renda familiar total para o cálculo da renda per capita.

Apontamos que alguns dados sobre renda do usuário ou familiar não constam em formulário de entrevista social, visto que em algumas situações as entrevistas foram realizadas em enfermaria, espaço que nem sempre apresenta condição favorável para abordar determinadas questões. E em ambos os processos, ambulatório e enfermaria, pacientes e familiares têm o direito de se recusarem a responder alguma questão. Essas informações são pertinentes para elucidar o universo relevante sobre o dado “ não informado” em todos os gráficos referentes à renda.

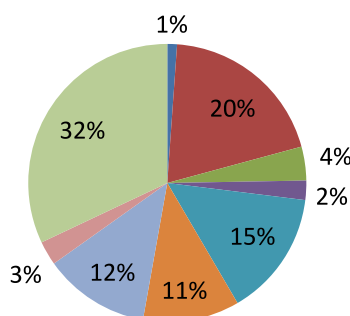
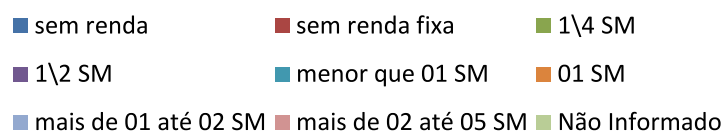
**Gráfico 21- Identificação em relação à renda familiar**

Identificou-se que 57(32%) pacientes e/ou familiares não informaram renda na avaliação social. Cerca de 33(18%) apresentam renda entre 02 até 05 salários mínimos (1.908\$ até 4.770\$).

Constatou-se que 36(19%) pacientes e/ou familiares tem renda entre 01 até 02 salários mínimos (954\$ até 1.908\$), 17(8%) tem 01 salário mínimo mensal (954\$) para garantir subsistência, 2(1%) contam com valores abaixo de um salário mínimo. 32(19%) dos familiares não apresentam renda fixa por mês e 1 família, representado pelo percentual de 1%, não conta com nenhuma renda.

Gráfico 22- Identificação em relação à renda per capita

### Renda Per capita familiar



Para inferir a renda per capita, era necessário situar o contexto de renda familiar feito acima, já que, como citado acima, para o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) é necessário de calcular todas as fontes de renda familiar e dividir pelos seus componentes.

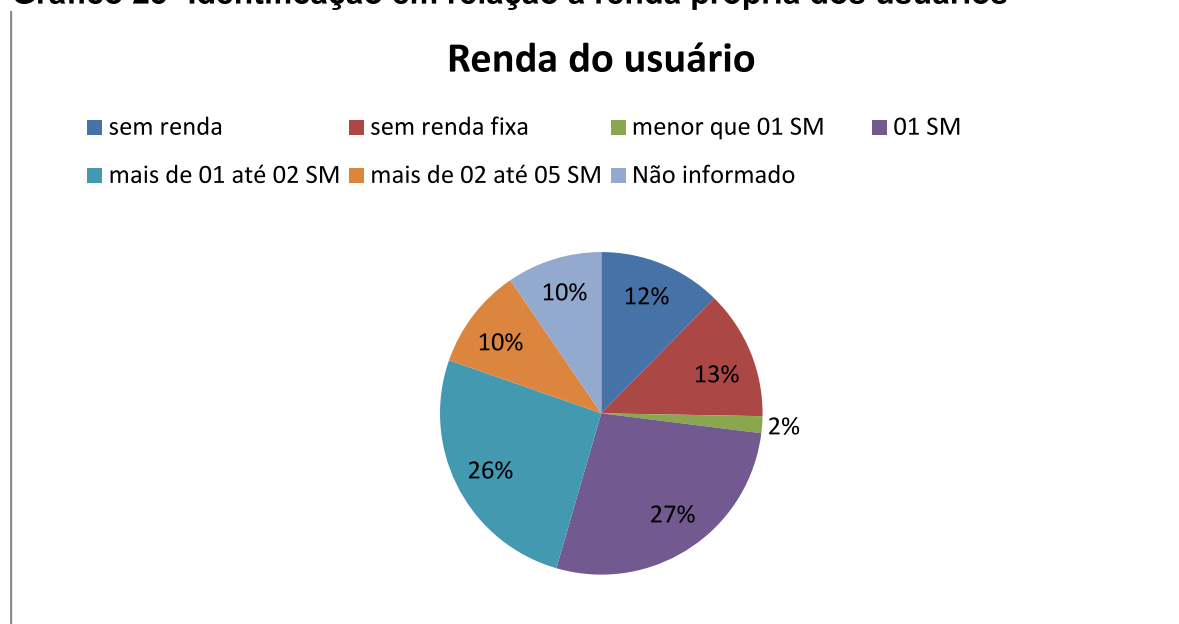
Constatou-se que 5(3%) tem entre 02 até 05 salários, 24(13%) apresentam renda per capita entre 01 até 02 salários mínimos (954\$ até 1.908\$), 20(11%) contam com 01 salário mínimo mensal (954\$), 25(14%) com valores um pouco abaixo de um salário mínimo. 5(3%) famílias contam com 1\2 salário mínimo (472,5\$), 7(4%) 1\4 de salário mínimo (238,5\$) e 20% não apresentam renda per capita fixa por mês. 57(32%) o número de impossibilidade de classificação em relação a esse dado devido à falta de informação sobre renda de algum membro da família.

As famílias que não apresentam nenhum valor de renda per capita, representam o universo de 2(1%) famílias. Dado que precisa ser destacado, pois essas famílias não contam com nenhuma renda mensal para suprir suas necessidades cotidianas e, também, às referentes ao tratamento. São famílias que dependem do auxílio financeiro de outros membros da família, comunidade religiosa, vizinhos e doações, pois, por conta do próprio processo de adoecimento não conseguem ser inseridos no mercado formal ou informal de trabalho, o que impede a

continuidade de alguma atividade remunerada que garanta renda mensal.

É importante destacar que dentro desse universo sobre a renda per capita, 37 (22%) famílias contam com menos de 01 salário mínimo per capita<sup>8</sup>.

**Gráfico 23- Identificação em relação à renda própria dos usuários**



Sobre a renda própria dos pacientes, é possível afirmar que 113 (63%) usuários tem acesso à renda fixa, que vão desde 01 salário mínimo (954\$) até 05 salários (4.770\$), questão possível de ser associada com o dado referente aos pacientes idosos, representados por 109 (61%). Ou seja, por conta da idade muitos desses pacientes têm acesso à renda fixa por conta das aposentadorias, universo representado por 70(39%), ou então, pelo Benefício da Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social, que garante 01 salário mínimo à pessoa idosa ou com alguma deficiência e/ou doença crônica<sup>9</sup> e com a renda por pessoa do

<sup>8</sup> Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), em abril de 2018 o salário mínimo ideal para sustentar uma família de quatro pessoas deveria ser de R\$ 3.706,44 no mês de março, O valor é 3,8 vezes maior do que o salário mínimo real em vigor neste ano, que é de R\$ 954. A remuneração deveria atender às necessidades de moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social.

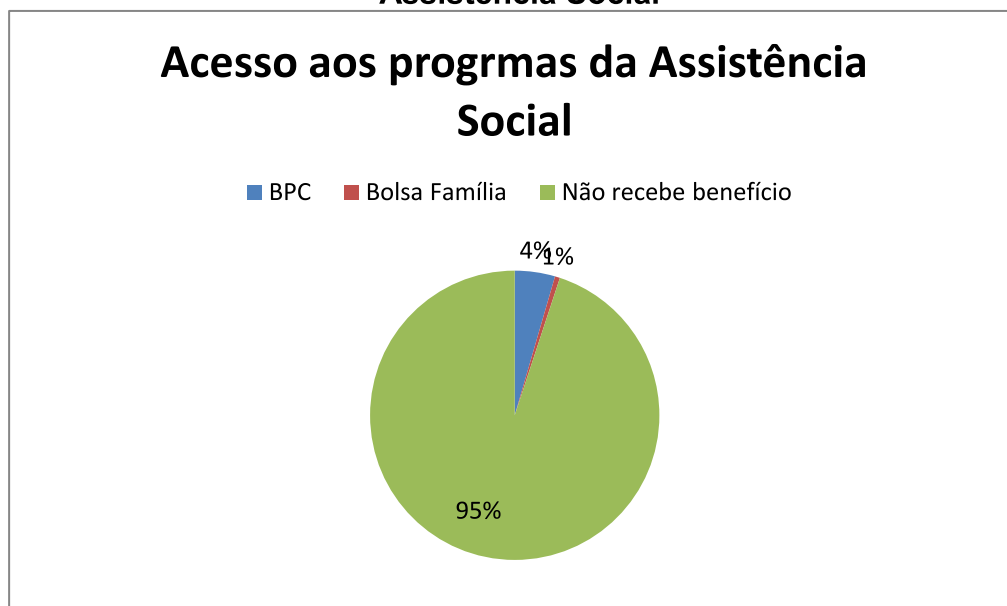
<sup>9</sup>“Para o idoso: idade igual ou superior a 65 anos, para homem ou mulher; Para a pessoa com deficiência: qualquer idade – pessoas que apresentam impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. (BRASIL, 2015)

grupo familiar inferior a 1\4 do salário mínimo vigente.

O mesmo dado também pode ser ilustrado por outros tipos de vínculo previdenciário, para além das aposentadorias, como por exemplo, as pensões, representado por 6(3%), auxílio doença, 12(7%) e aposentadoria por invalidez 8(7%), já referenciados. Somando esse universo com o número de aposentados, temos 96 pacientes com renda fixa proveniente de vínculos previdenciários, dado que representa 85% dos 113 pacientes com acesso a renda fixa. Os outros 15% podem ser atribuídos ao benefício assistencial e aos pacientes que acessam a renda por meio de atividade laborativa remunerada.

Pacientes sem renda são representados por 22(12%) e sem renda fixa, 23(13%). 17(10%) pacientes não informaram sua renda em formulário de avaliação social.

**Gráfico 24- Identificação em relação ao acesso aos programas da Assistência Social**



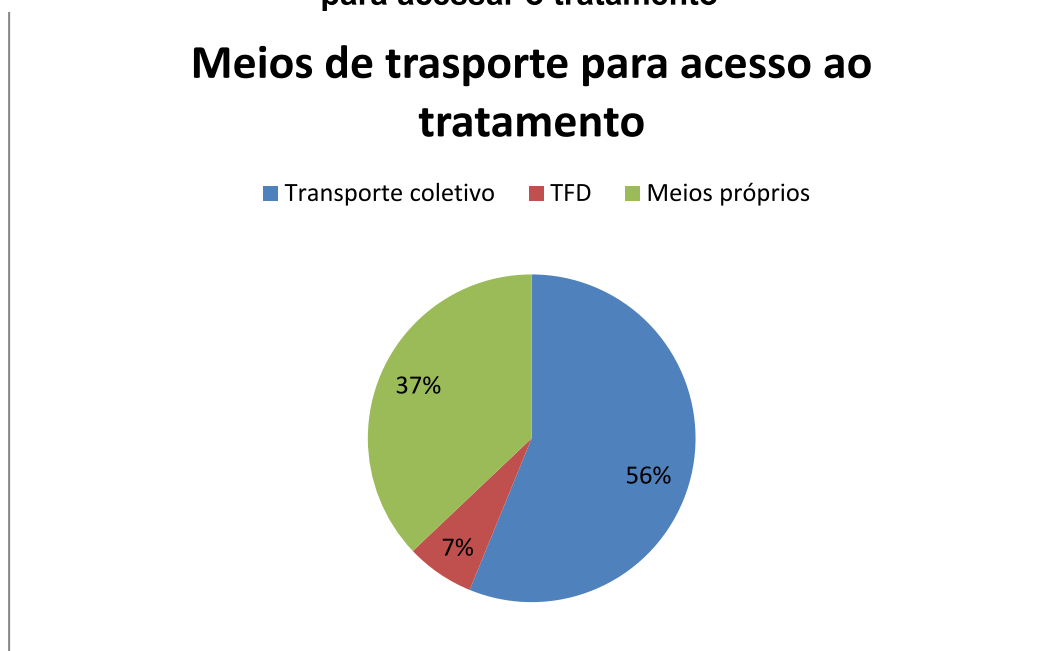
Sobre acesso aos benefícios da Assistência Social, os pacientes, majoritariamente, não estão no perfil de acesso para BPC/LOAS e Bolsa Família, visto que a maioria dos pacientes são idosos com benefícios previdenciários. Contudo, parte dos usuários e famílias que estão entre 02 até 05 salários mínimos estão dentro do perfil de renda para Cadastro Único de Programas Sociais<sup>10</sup>, que é a

<sup>10</sup> Critérios de acesso: famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou famílias

porta de entrada para o acesso a diversos benefícios sociais ligados a Política de Assistência Social. 169(95%) não têm acesso a nenhum benefício, 8(4%) recebem BPC\LOAS e 1 (1%) Bolsa Família.

### 4.3.2. Acesso à rede de saúde e mobilidade urbana:

**Gráfico 25- Identificação em relação aos meios de transporte utilizados para acessar o tratamento**



Neste item serão descritas questões referentes aos meios de transporte que os usuários utilizam para acessar o tratamento oncológico, sobre a rede de saúde primária existente no território onde reside, a forma de encaminhamento ao instituto e local de realização da biópsia.

Identificou-se que o transporte coletivo (metrô, ônibus, trem, vans e barcas são os principais meios de locomoção dos pacientes pesquisados, representados por 100 (56%) do universo. Entende-se que as condições de mobilidade urbana são fundamentais no acesso ao tratamento. O Ministério das Cidades conceitua o termo acima como:



“Mobilidade urbana sustentável, entendido como reunião das políticas de transporte e de circulação, e integrada com a política de desenvolvimento urbano, com a finalidade de proporcionar o acesso amplo e democrático ao espaço urbano, priorizando os modos de transporte coletivo e os não motorizados, de forma segura, socialmente inclusiva e sustentável” (Ministério das Cidades, 2004).

Ou seja, para garantir a continuidade do tratamento oncológico, o paciente depende da efetivação da política de transporte, articulada com às realidades das cidades e às necessidades da população. Contudo a realidade é composta por um sistema de transporte coletivo e ‘público’<sup>11</sup> que não garante que as reais necessidades da população sejam atendidas, ainda mais a parcela que está em processo de tratamento oncológico e, com sequelas que geraram incapacidades permanentes ou de longo prazo. Nesse contexto, pacientes que possuem condições para tal, buscam alternativas para acessar o tratamento por meios próprios, geralmente carro de algum familiar ou próprio, Uber, taxi, transporte da igreja dentre outros, universo representado por 66(37%).

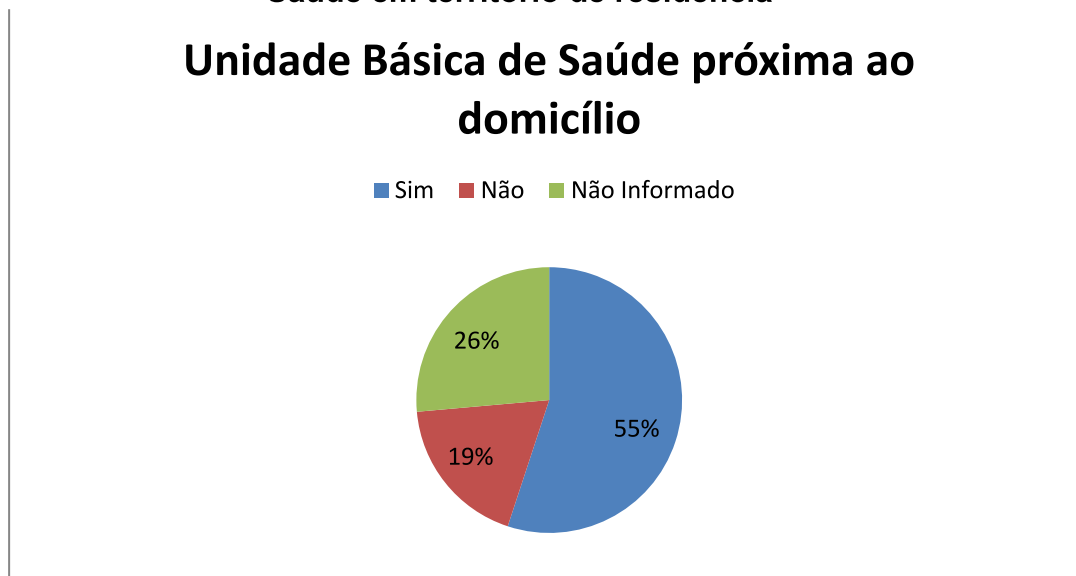
Sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD)<sup>12</sup>, é possível destacar que embora 95(53%) usuários residam fora do município do Rio de Janeiro, como descrito no item sobre identificação dos pacientes, somente 12 utilizam o TFD para acessar o instituto, representados pelo percentual de 7%. Com esse dado é possível questionar a efetividade e cobertura da Portaria nº 55 NS\SAS que institui o TFD. A mesma não prevê a prestação do TFD em regiões metropolitanas e em municípios com distância inferior à 50 Km do centro de tratamento. Contudo, o programa é implementado nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e sua execução tem se estabelecido de maneira precária, impactando diretamente no acesso ao tratamento oncológico.

---

<sup>11</sup> O sistema de transporte não é inteiramente subsidiado por governos e prefeituras, existem proprietários de empresas que gerenciam os consórcios de ônibus do Rio de Janeiro. A população paga valores altos para custeá-lo, e nesse preço, os lucros dos donos das empresas, estão inseridos, descaracterizando o termo público. O transporte é, atualmente, visto como uma mercadoria, gerando exclusão social em diversos aspectos, como aponta o IPEA: ‘No Brasil, 35% da população que vive nas cidades grandes não tem dinheiro para pagar ônibus regularmente (IPEA, 2003).’

<sup>12</sup> O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

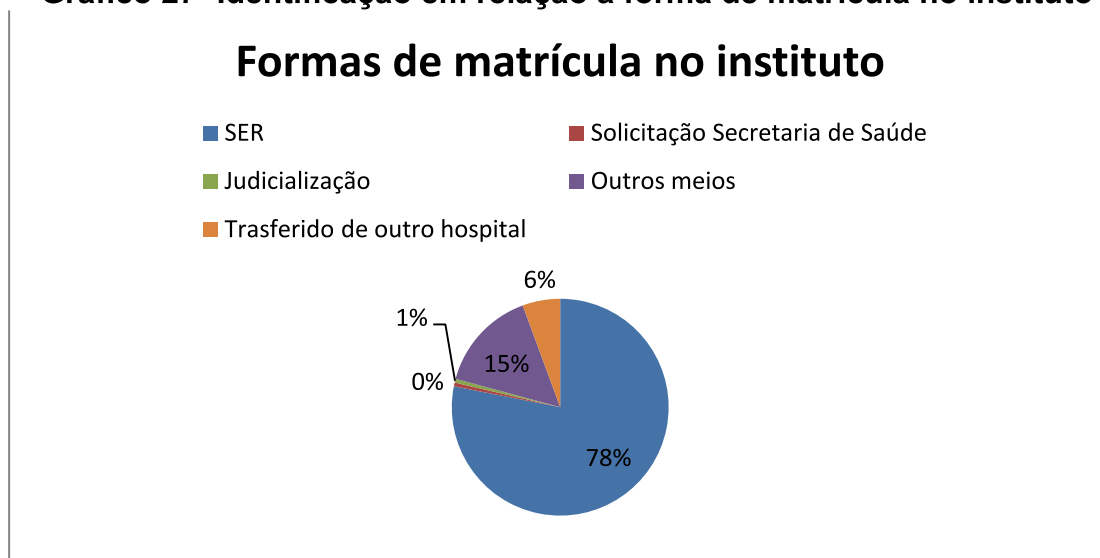
**Gráfico 26- Identificação em relação à oferta de Unidade Básica de Saúde em território de residência**



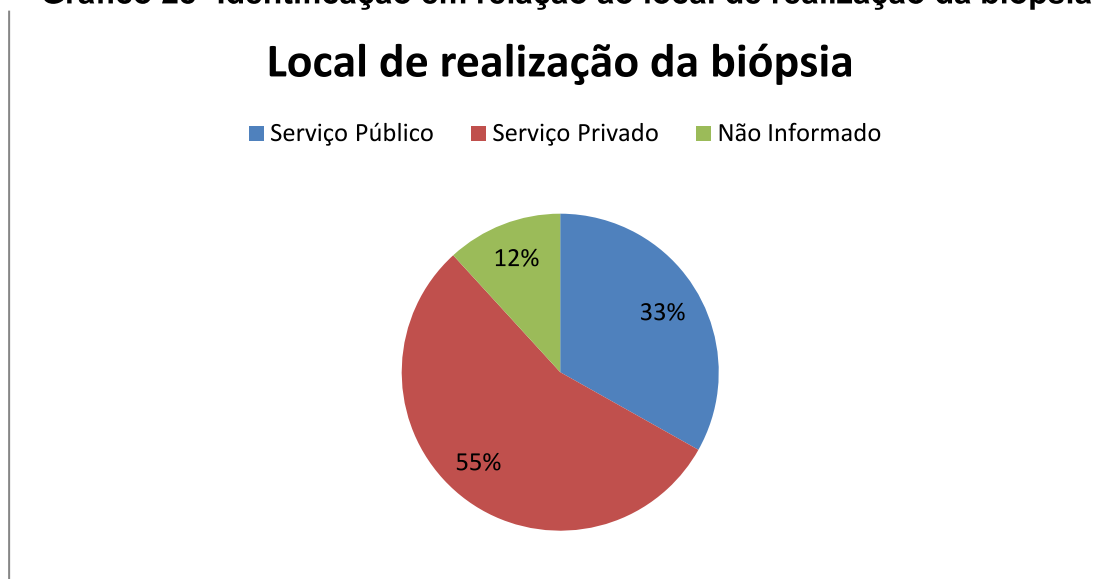
Identificou-se que 98(55%) pacientes apresentam Unidade Básica de Saúde no território onde residem, 33(19%) não contam com esse suporte da rede de saúde no território de residência e 47(26%) não informaram. Esse dado é relevante como informação na avaliação social, pois é através dele que identificamos qual é a possibilidade de acesso a rede de saúde em seu território para possíveis articulações durante o processo de tratamento.

No que se refere à detecção precoce, ao diagnóstico e início do tratamento, esse dado também se torna expressivo, visto que a Atenção Básica, como porta de entrada para o SUS, apresenta um grande espectro de ações para a atenção oncológica. No Plano Estadual de Atenção Oncológica\ RJ essas ações são caracterizadas pelo:

“reconhecimento da realidade do território (envolvendo Determinantes Socioculturais em Saúde, fatores de risco para câncer e o histórico de agravos dos moradores daquela realidade); as ações de promoção da saúde, prevenção ao câncer, educação em saúde para o usuário e profissionais; o rastreamento de grupos alvo e cadastro dos usuários; a detecção precoce; o acompanhamento de pacientes e suas famílias durante o tratamento para o câncer em outros serviços da rede assistencial, o acompanhamento pós-alta; os cuidados paliativos; e a assistência à morte”. (RIO DE JANEIRO, 2017)

**Gráfico 27- Identificação em relação à forma de matrícula no instituto**

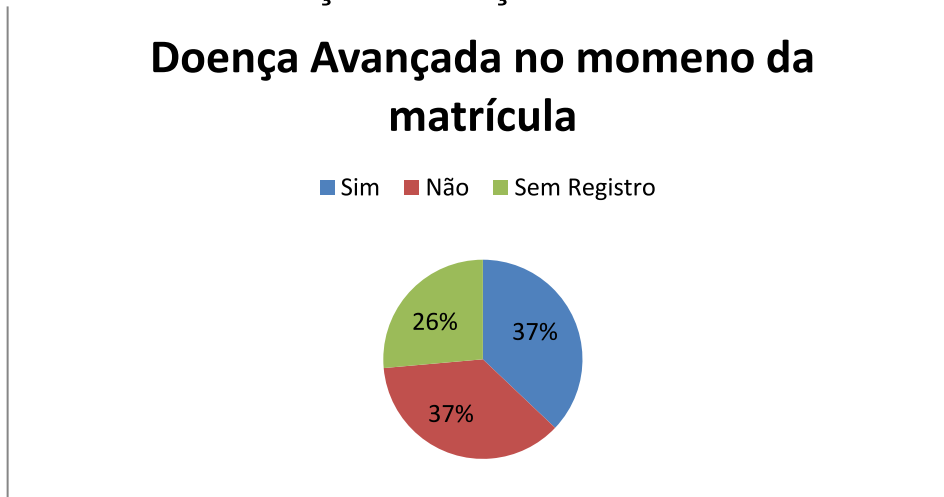
No que se refere às formas de encaminhamento ao instituto, identificou-se que 139 (78%) foram encaminhados através do Sistema Estadual de Regulação (SER), tendo a Unidade Básica de Saúde como responsável pela regulação e encaminhamento. Temos 27(15%) que chegaram ao instituto sem passar pelo sistema de regulação, 10(6%) transferidos de outro hospital, e 1(1%) através de judicialização, conforme sinaliza o gráfico acima.

**Gráfico 28- Identificação em relação ao local de realização da biópsia**

Entre o diagnóstico e o encaminhamento ao tratamento oncológico dificuldades estão presentes ao longo da busca por assistência à saúde, levando alguns usuários a buscar resolutividade no setor privado, quando conseguem reunir condições para custear exames ou consultas. No universo da pesquisa, 98(55%) pacientes buscaram o setor privado para realização da biópsia, 59(33%) realizaram tal exame no setor público de saúde e 21(12%) pacientes não tinham tal informação em seus prontuários.

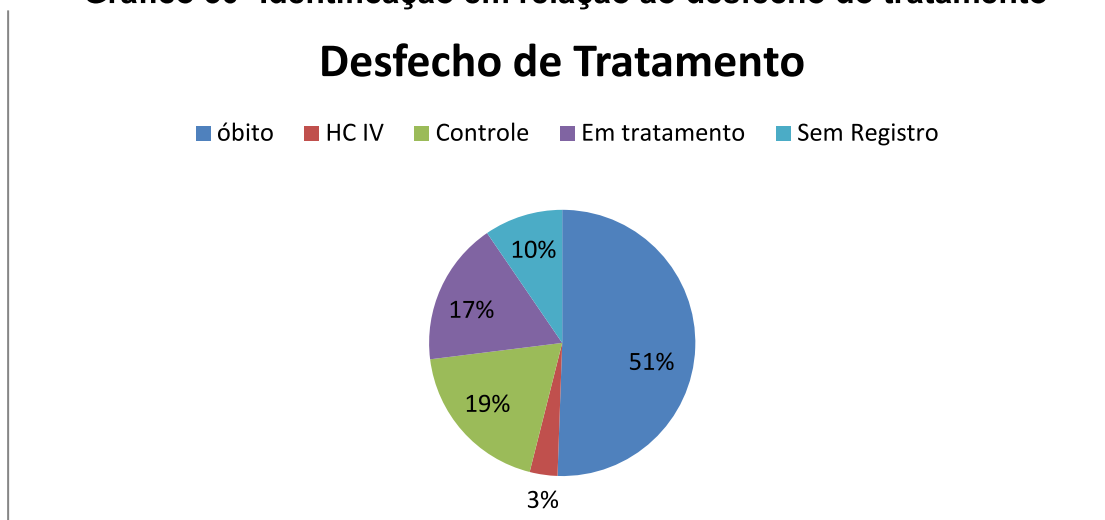
#### 4.3.3. Quanto aos aspectos clínicos e estilo de vida:

Gráfico 29- Identificação em relação ao desfecho do tratamento



Identificou-se que 66(37) pacientes chegaram ao instituto com doença avançada, 65(37%) estavam com doença em estadiamento não avançado e 47(26%) não tinham essa informação registrada em anamnese médica.

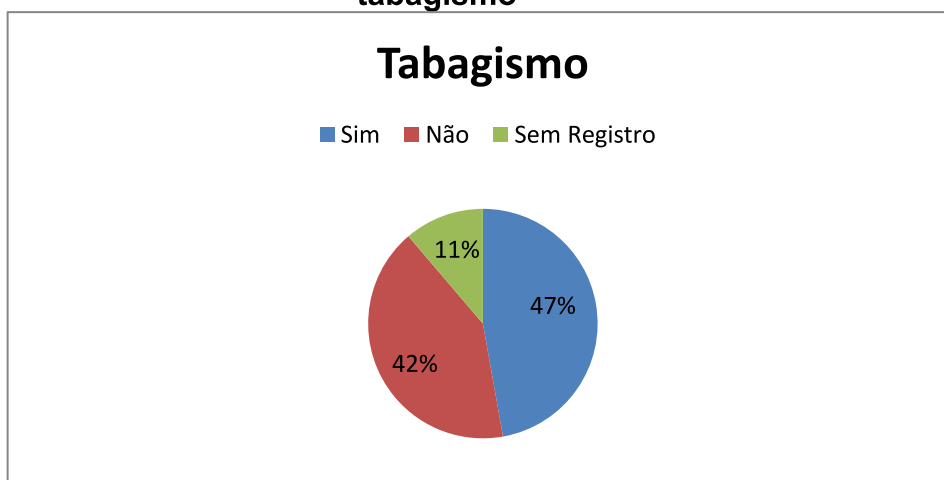
**Gráfico 30- Identificação em relação ao desfecho do tratamento**



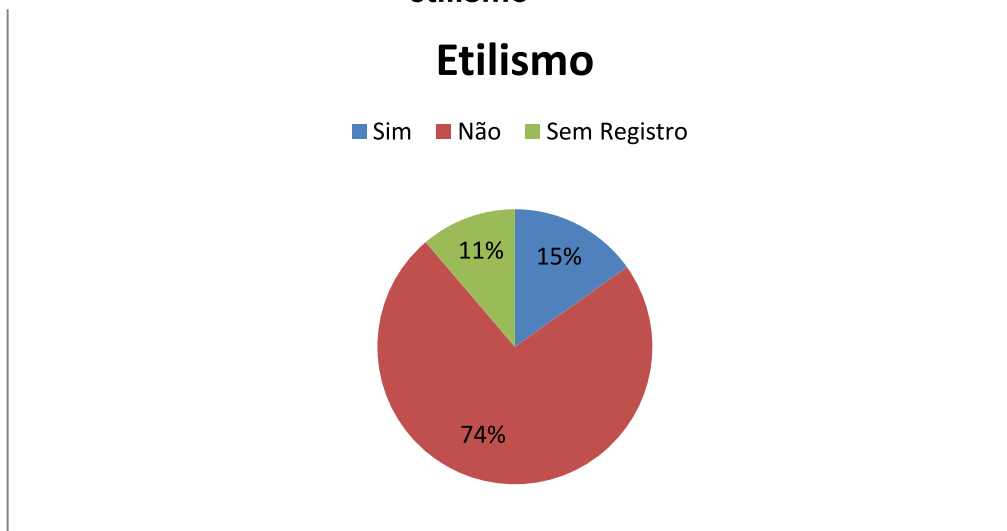
Dentre os 178 pacientes pesquisados, 90(51%) vieram a óbito até o momento da pesquisa, número significativo e expressivo considerando que o universo da pesquisa é composto por pacientes matriculados a partir outubro de 2015 a setembro de 2016 e que a pesquisa foi realizada de outubro de 2017 a janeiro de 2018.

Em controle nesse período tinham 34(19%) pacientes, ainda em tratamento, 31(17%). Sobre encaminhamentos ao HC IV, somente 6(3%) pacientes, e, sem registro, 17(10%).

**Gráfico 30- Identificação em relação a hábitos de vida relacionados ao tabagismo**



**Gráfico 31- Identificação em relação a hábitos de vida relacionados ao etilismo**



Sobre etilismo e tabagismo, não foram considerados os hábitos esporádicos e sociais e sim trajetórias de vida com hábitos de vida relacionados ao álcool e cigarro.

Identificou-se sobre etilismo que 131(74%) não tinham trajetórias de vida relacionadas a esse hábito, 27(15%) sim e 20(11%) não tinham registro dessa informação em prontuário.

Sobre tabagismo, 84(47%) apresentaram tal hábito, 74(42%) não tinham trajetória com tabagismo e 20(11%) não continham registro em prontuário.

## Considerações Finais

Tem-se como reflexão e problematização deste estudo que os dados descritos expressam não só a condição de vida dos pacientes com tumores gástricos matriculados no HC I INCA, mas também expressam a organização social e econômica do país. O contexto social, cultural e econômico desses indivíduos que passaram pelo processo de adoecer por câncer, reverbera em um modo de produção que produz desigualdade. Tais desigualdades, além de determinarem o processo de adoecimento, interferem significativamente na processual possibilidade de recuperação da saúde.

A coleta e sistematização dos dados confirmaram a importância de organização de um fluxo institucional que possibilite aos profissionais atenderem os pacientes próximos a sua matrícula, assim como foi instituído no Grupo de Estudos e Tratamento do Câncer Gástrico. Essa rotina viabiliza acompanhamento no início do processo de tratamento, possibilitando que as demandas existentes oriundas das condições de vida sejam identificadas, acompanhadas, orientadas, encaminhadas e as redes necessárias, acionadas.

Ainda no que se refere ao Grupo de Estudos e Tratamento do Câncer Gástrico, este vem construindo uma tabela detalhada e atualizada sobre o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos para fundamentar pesquisas clínicas. Assim avalia-se que a pesquisa do perfil socioeconômico dos pacientes atendidos pelo fluxo do grupo poderá trazer contribuições relevantes, pois seus dados podem complementar o perfil clínico e patológico dos pacientes atendidos, possibilitando que os mesmos sejam considerados não só diante de suas neoplasias, mas também sob a ótica das suas condições de habitação, acesso à educação e saneamento básico, possibilidade de trabalho e renda, deslocamento, lazer, e acesso aos serviços de saúde. Esse movimento poderá influenciar a lógica institucional que ainda é permeada por práticas pautadas em concepções restritas sobre o processo saúde e doença.

A complexidade do tratamento oncológico produz uma série de impactos na vida dos sujeitos acometidos pela doença, que afetam as condições de trabalho, de renda, de convivência familiar, entre outras. Embora os pacientes com tumores gástricos tenham, em sua maioria, vínculo previdenciário, acesso à renda e rede de apoio social, com o início do tratamento, diversas demandas sociais se acentuam e

outras surgem. O acesso à renda mensal não é suficiente para garantir que as condições básicas de vida sejam supridas, ainda mais em um contexto de adoecimento por câncer. Considerando que os pacientes residem em sua maioria na região metropolitana do Rio de Janeiro ou na região Norte e Oeste do município do Rio de Janeiro, utilizando transporte coletivo para acessar o instituto, afirma-se que um longo e custoso deslocamento é intrínseco ao tratamento oncológico desses pacientes.

Tal complexidade requer um trabalho intersetorial, ou seja, interlocução permanente com os demais níveis de atenção em saúde e demais políticas sociais.

Os dados referentes ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD), por exemplo, possibilitam o questionamento da efetividade e cobertura dessa política e a necessidade de articulação com as secretarias de saúde dos demais municípios, no sentido de dar visibilidade para essa realidade.

O mesmo ocorre com os dados referentes ao local de realização da biópsia, onde tem-se que 55% dos pacientes realizaram exame na rede privada por conta da demora dos exames diagnósticos na rede pública de saúde. Tal contexto impacta diretamente no estadiamento da doença oncológica, fazendo com que os pacientes cheguem com doença avançada e com pouca possibilidade de realizar algum tratamento com proposta curativa. Realidade que também aponta para a necessidade de acionar as redes de assistência e de saúde no sentido de dar visibilidade para as questões apontadas na dificuldade de diagnóstico.

Destaca-se que o instrumento de avaliação social, utilizado para a coleta de dados, possibilita identificar e sistematizar as condições de vida da população atendida, buscando atribuir elementos referentes ao acesso e adesão ao tratamento através de um retrato da vida atual naquele período. Seu atual formato, porém, não contempla as condições de vida pregressa dos pacientes. No caso dos tumores gástricos, que tem a infecção por *H Pilory* e a precariedade de saneamento básico como um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença, o instrumento de avaliação do Serviço Social poderia ser revisto para contemplar tais questões. Ou então, promover a construção de um novo instrumento próprio para inserir no fluxo multiprofissional do Grupo de Estudos e Tratamento do Câncer Gástrico com vistas a pesquisa. Dessa forma os estudos possibilitariam a inclusão de elementos que busquem associação entre condições de vida e infecção por *H Pilory*. Dados que



poderiam fomentar discussões em esferas políticas para a construção de medidas de saneamento mais efetivas para a população. A inclusão desse e outros dados favoreceria estudos acerca da associação entre determinação social e o processo de adoecimento por câncer.

Sobre as possibilidades de alterações no formulário de avaliação social, pode-se afirmar também que a padronização do registro de algumas informações do instrumento poderia subsidiar a realização de estudos de perfil socioeconômico nas demais clínicas da instituição o que possibilitaria estudos comparativos entre as mesmas.

Ainda em relação a avaliação social considera-se fundamental a padronização dos registros acerca das informações não fornecidas pelo paciente ou não solicitadas pelo profissional, pois as informações não contidas em formulário podem não ter sido registradas por impossibilidade de contexto no momento da realização da entrevista ou, então, por recusa do paciente em responde-las. Aponta-se para necessidade de tal padronização, assim como dos registros sobre raça\etnia, tema não abordado na pesquisa por não haver esse dado em formulário de avaliação social. Esse campo consta na ficha da triagem do instituto, mas não existe padronização em relação a coleta, portanto, não é possível determinar se foi coletada por auto declaração ou pelo entendimento do profissional, o que impede um dado real dessa realidade. Aponta-se, também, para a necessidade de abordar tal questão em formulários de avaliação social para futuras pesquisas.

No decorrer da coleta de dados e descrição dos mesmos, outras questões referentes aos registros em prontuários surgiram. Foram localizados prontuários sem registros e prontuários com informações não padronizadas que dificultam a compreensão, principalmente no que se refere ao estadiamento da doença. As informações contidas ali devem ser registradas de forma acessível ao entendimento de todos aqueles que possivelmente o acessem para buscar informações.

Conclui-se ainda que as pesquisas de perfil são importantes para a qualificação da assistência institucional. Tal sistematização em formulário de pesquisa possibilitou a coleta de dados do perfil socioeconômico e um resultado que permitiu caracterizar o perfil dos usuários, gerando subsídios para futuras ações na qualificação da assistência prestada em âmbito institucional, reflexão sobre como a determinação social pode interferir significativamente no processo saúde doença,

futuras pesquisas comparativas entre perfil socioeconômicos dos pacientes das diversas clínicas e articulação com as demais redes de saúde no que se refere a prevenção e diagnóstico precoce.

## Referências Bibliográficas

ANDRADE, Maria Angela R. Alves. **O METODOLOGISMO E O DESENVOLVIMENTISMO NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO – 1947 a 1961.**

Serviço Social & Realidade, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008

BARATA, RITA Barradas. **Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença.** REVISTA USP, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde.** Coleção Temas em Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2009.

BORGES, João Bosco et al. **Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do auto-exame das mamas.** Revista Brasileira de Cancerologia, n. 54 (2), p. 113-122, Abril/Junho, INCA, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério das Cidades. 2004. **Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável: Princípios e Diretrizes.** Brasília.(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria/SAS/Nº55** de 24 de fevereiro 1999.

BRASIL. LEI 11.445, de 5 de janeiro de 2007. **Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico;**

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

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2015. **Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso.** Brasília, 2015

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL, Lei Nº 8.080, 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, DF. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de Maio de 2013. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília (DF); 2006 Disponível em: [http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_illustrada\\_direitos\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/cartilha_illustrada_direitos_2006.pdf).

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Coletânea de Leis**. Florianópolis: CRESS/12o Região, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **Saber preparar uma pesquisa**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/Abrasco, 1999.

CZERESNIA D, MACIEL Emgs, OVIEDO Ram. **OS SENTIDOS DA SAÚDE E DA DOENÇA** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. 119 p. (Coleção Temas em Saúde).

FALCÃO J.T.R; RÉGNIER J. C. **Sobre os Métodos Quantitativos na Pesquisa em Ciências Humanas: Riscos e Benefícios Para o Pesquisador**. BRASIL. Est. pedag., Brasília, v. 81, n. 198, p. 229-243, maio/ago. 2000

FERREIRA, Noelo Marchioro L. Andrade; RODRIGUES, Juliana Stoppa M. **Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer**. Acta paul. enferm. vol.25 no.5 São Paulo 2012

FONTELLES M. J; Simões M.G; Farias S.H; Fontelles R. G.S. **Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes Para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa**. [https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo\\_C8\\_NONAME.pdf](https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf). Acesso em: 28.08.17

FLEURY, Sonia. **A Questão da Democracia na Saúde**. Saúde e Democracia - A Luta do CEBES. São Paulo, V.01, N.01, p. 25-45. 1997

FUNDAÇÃO DO CÂNCER. Fatores de Risco e Prevenção. 2014. <https://www.cancer.org.br/sobre-o-cancer/prevencao/>. Acesso em: 17/10/2017.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 112, P. 63-76, JAN-MAR 2017

GRACIANO, M. I. G; LEHFELD, N. A. S. **ESTUDO SOCIOECONÔMICO: INDICADORES E METODOLOGIA NUMA ABORDAGEM CONTEMPORÂNEA .** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 9, Jul. 2010

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis and DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** *Saúde debate* [online]. 2017, vol.41, n.112, pp.63-76. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise.** In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). **Política de Saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-198.

GONZALEZ,C.A.G; AIDAR, T. **Envelhecimento e arranjos unipessoais na população brasileira de distintas gerações.** 2014.

GUGGENHEIM MD. D. ; Shah MD M.A. **Gastric cancer epidemiology and risk factors.***Journal of Surgical Oncology.* Volume 107, March 2013. p. 230–236. [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1096-9098](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1096-9098). Acesso em: 11.08.17

MIOTO. Regina Celia Tamasso. **Estudos Socioeconômicos.** In: CFESS, Conselho Federal de Serviço Social Serviço Social; ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília.2009

NETTO, M. P.; YASO D. P. **Interdisciplinaridade em gerontologia: aspectos conceituais e objetivos.** In: NETTO, M.P. **Tratado de gerontologia.** 2 ed. Atheneu: São Paulo: 2007.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria de Estado do Rio de Janeiro. Plano Estadual de Atenção Oncológica.**2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Situação social nos estados: Paraná.** Brasília: IPEA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES. **Coordenação de**

Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

World Health Organization. 65th World Health Assembly closes with new global health measures [Internet]; 2012 May.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2000.

**ANEXO I**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM**  
**ONCOLOGIA**

---

**ROTEIRO DE COLETA DE DADOS****1.0 - Identificação**

**Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** 1( ) Masc 2( ) Fem

**Faixa etária:**

- 1.( )20 – 29
- 2.( )30 – 39
- 3.( )40- 49
- 4.( )50- 59
- 5.( ) 60 – 69
- 6.( )70- 79
- 7.( )80- 89
- 8.( )90 ou mais

**estado civil:**

- 1. ( )Solteiro
- 2.( )Casado
- 3.( )Divorciado/Separado
- 4. ( ) União estável
- 5. ( ) Viúvo

**Escolaridade:**

- 1.( ) Nenhuma/ Alfabetização de adultos
- 2.( ) Ens. Fund. incompleto
- 3.( ) Ens. Fund. completo/

- 4.( ) Ens. Médio incompleto
- 5.( ) Ens. Médio completo/
- 6.( ) Ens. Superior incompleto
- 7.( ) Ens. Superior Completo
- 8.( ) Pós graduação
- 9.( ) Não informado

## **2.0 - Local de moradia:**

### **Município do Rio:**

1. Sim ( ) 2. Não ( )

### **Em caso afirmativo:**

- 1.( ) zona oeste
- 2.( ) zona sul
- 3.( ) zona norte
- 4.( ) centro

### **Outros municípios:**

- 1.( ) metropolitana
- 2.( ) baixadas litorâneas
- 3.( ) costa verde
- 4.( ) norte fluminense
- 5.( ) noroeste fluminense
- 6.( ) centro-sul fluminense
- 7.( ) médio paraíba
- 8.( ) serrana

### **Área rural:**

- 1.( ) sim 2.( ) não

### **Comunidade:**

- 1.( ) sim 2.( ) não

### **Outros Estados:**

- 1.( ) sim 2.( ) não



### **3.0 Situação habitacional:**

#### **Tipo de imóvel:**

1. ( ) Casa
2. ( ) Apartamento
3. ( ) Kitnet
4. ( ) Outros

#### **Quantidade de cômodos:**

1. ( ) um
2. ( ) dois
3. ( ) três
4. ( ) quatro
5. ( ) mais de quatro

#### **Situação de moradia:**

1. ( ) Própria
2. ( ) Alugada
3. ( ) Cedida
4. ( ) Agregado
5. ( ) Imóvel Financiado

#### **Abastecimento de água:**

1. ( ) água encanada
2. ( ) água de poço
3. ( ) água de mina
4. ( ) sem fornecimento de água.

#### **Rede de esgoto:**

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

#### **Luz elétrica:**

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

### **4.0 Composição Familiar / Rede de suporte social**

#### **Número de pessoas adultas no domicílio:**

1.  0
2.  1 a 3
3.  4 a 6
4.  7 ou mais

**Número de crianças e adolescentes em domicílio:**

1.  0
2.  1 a 3
3.  4 a 6

**Principal referência dos cuidados:**

1.  Esposa\o
2.  Companheira
3.  Filho\as
4.  Enteados
5.  Sobrinhos
6.  Tios
7.  Avós
8.  Comunidade religiosa
9.  Vizinhos
10.  instituição

**Cuidador principal idoso:**

1.  Sim 2.  Não

**Rede de suporte**

1. Restrita (  )
2. Organizada (  )
3. Inexistente (  )
4. Institucional (  )

**5.0 Vínculo com Regime Geral de Previdência Social:**

1.( ) empregado 2.( ) autônomo 3.( ) aposentado 4.( ) aposentado por invalidez 5.( ) em auxílio-doença 6.( ) pensionista 7.( ) segurado especial 8.( ) segurado facultativo 9.( ) usuário sem qualidade de segurado 10.( ) usuário em processo judicial contra a previdência 11.( ) usuário nunca teve vínculo previdenciário 12.( ) Outro

## **6.0 Renda:**

### **Renda familiar:**

1.( ) sem renda  
 2.( ) sem renda fixa  
 3.( ) menor que 01 salário mínimo  
 4.( ) 01 salário mínimo  
 5.( ) mais de 01 até 02 sal. mínimos  
 6.( ) mais de 02 até 05 sal. Mínimos  
 7.( ) Ñ informada.

### **Renda per capita familiar:**

1.( ) sem renda  
 2.( ) sem renda fixa  
 3.( ) 1/4 salário mínimo  
 4.( ) ½ salário mínimo  
 5.( ) menor que 01 salário mínimo  
 6.( ) 01 salário mínimo  
 7.( ) mais de 01 até 02 sal. mínimos  
 8.( ) mais de 02 até 05 sal. Mínimos  
 9.( ) Não informado

### **Acesso aos programas de assistência social:**

1.( ) BPC 2.( ) Bolsa Família 3.( ) Não recebe nenhum benefício da assistência social

## **6.4 Renda do usuário**

1.( ) sem renda 2.( ) sem renda fixa 3.( ) menor que 01 salário mínimo 4.( ) 01 salário mínimo 5.( ) mais de 01 até 02 sal. mínimos 6.( ) mais de 02 até 05 sal. Mínimos 7.( ) Ñ informada.

## **7.0 Acessibilidade**

### **Meios de transporte para deslocamento ao tratamento:**

1.( ) Transporte público

2.( ) TFD

3.( ) Meios próprios

**Acesso à rede saúde:**

Unidade básica de saúde próxima ao domicílio

1.( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não informado

**Formas de matrícula no instituto:**

1.( ) matriculado via SISREG

2.( ) matriculado via solicitação de Secretaria de Saúde

3.( ) matriculado via judicialização

4.( ) outros meios

**8.0 Diagnóstico:**

**Local de realização de biópsia:**

1.( ) serviço público 2.( ) serviço privado

**9. Aspectos clínicos:**

**Doença avançada no momento da matrícula:**

1. sim ( ) 2 .não ( ) 3. sem registro ( )

**Desfecho do tratamento:**

1. óbito ( ) 2. HC IV ( ) 3. Controle ( ) 4. Em Tratamento ( )

**História de tabagismo:**

1.( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não informado

**História de etilismo:**

1.( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não informado



	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE
1	4.0 Composição Familiar / Rede de suporte social	4.0 Composição Familiar / Rede de suporte social	4.0 Composição Familiar / Rede de suporte social		6.0Renda	6.0Renda	6.0Renda	6.0Renda	7.0Acessibilidade	7.0Acessibilidade
2	Principal referência dos cuidados	Cuidador principal idoso	Rede de suporte	5.0 Vínculo com Regime Geral de Previdência Social:	Renda familiar:	Renda per capita familiar	Qual programas de assistência social a família é beneficiária:	Renda usuário	Meios de transporte do para o deslocamento ao tratamento	Acesso à rede de saúde
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										

	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
1	7.0Acessibilidade	8.0Diagnóstico	9.0 Tratamento	9.0 Tratamento	9.0 Tratamento	9.0 Tratamento
2	Formas de matrícula no ins	Local de realização de biópsia:	Doença avançada no ato da matricula	desfecho do tratamento no período da pesquisa	História de tabagismo	História de etilismo
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

