



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional

SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: A DOR SOCIAL NA INTERFACE COM A RELAÇÃO SOCIOECONÔMICA DE USUÁRIO COM CÂNCER

Ana Lídia Brito Sardinha¹
Raquel da Silva Amorim²

Resumo: O presente artigo tem como objetivo trazer reflexões sobre a relação da dor social e a sua interface com a realidade socioeconômica de usuários com câncer, assim como fomentar a discussão sobre a intervenção do profissional de Serviço Social que atua neste campo específico. Nesse sentido, nos propomos a refletir à luz da perspectiva crítico dialética apresentada por Marx, com o intuito de desvendar as determinações históricas, sociais, econômicas e culturais que impactam no aprofundamento da dor social nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, a partir da experiência profissional cotidiana em um hospital de referência em tratamento Oncológico no Estado do Pará.

Palavras-chave: Serviço Social. Cuidados paliativos. Dor social.

Abstract: The purpose of this article is to provide reflections on the relationship between social pain and its interface with the socioeconomic reality of users with cancer, as well as to promote the discussion about the intervention of the Social Work professional working in this specific field. In this sense, we propose to reflect the light of the dialectical critical perspective presented by Marx, with the purpose of unveiling the historical, social, economic and cultural determinations that impact on the deepening of social pain in cancer patients in palliative care, based on daily professional experience in a reference hospital in cancer treatment in the State of Pará.

Keywords: Social Work, Palliative Care, Social Pain

1 - INTRODUÇÃO

O artigo ora proposto se origina com as reflexões vivenciadas no cotidiano de trabalho com usuários em um hospital de referência em tratamento Oncológico. Nesse sentido, buscou-se refletir sobre a Política de Saúde, em especial a operacionalizada pelo SUS, assim como sobre o conceito de Dor Social proposto por Cicely Saunders e a filosofia de cuidados paliativos que compreende o ser humano em uma abordagem multidimensional, a qual busca o alívio da dor e dos sintomas que ocasionem sofrimento.

Para tanto, faremos algumas reflexões sobre a política de Saúde e sua operacionalização via o Sistema Único de Saúde – SUS, que veio atrelada ao Sistema de Proteção Social no Brasil, mais especificamente ao final do Século XIX, quando tais políticas tornaram-se mais evidenciadas, vindo a rebote das desigualdades provenientes do modo de produção capitalista, decorrentes do processo de industrialização.

¹ Profissional de Serviço Social, Hospital Ophir Loyola, E-mail: albrito_s@hotmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Hospital Ophir Loyola, E-mail: albrito_s@hotmail.com.

Nessa perspectiva, com a mobilização do movimento operário, que estava insatisfeito com as condições insalubres em que viviam, passam a se organizar e reivindicar por um sistema público de saúde, tendo em vista que o que se dispunha naquele momento histórico era para quem pudesse pagar pela prestação de assistência à saúde.

Nosso foco de reflexão na perspectiva do campo da saúde se remete à compreensão do paciente oncológico, do câncer, que é uma doença crônica degenerativa, que segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2017) é a segunda maior causa de morte neste país, com estimativa atual de pelo menos 596 mil novos casos no binômio 2016-2017.

Para o INCA (2015), o câncer é nomeado como um conjunto de mais de cem doenças que apresentam como características em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, que se dividem rapidamente, tendendo a ser agressivas e incontroláveis, com formação de tumores malignos que podem espalhar-se pelo corpo.

2 - BREVES REFLEXÕES SOBRE O SUS COMO POLÍTICA DE SAÚDE

Ao final do século XIX as políticas de proteção social, no Brasil, tornam-se evidentes nas discussões e lutas por igualdade de direito e sua universalidade. Todavia, em decorrência do caráter pontual e isolado, ressalta-se que as primeiras políticas públicas de proteção social emergiram a partir das desigualdades e injustiças advindas do sistema capitalista.

Em decorrência do processo de industrialização e da barbárie advinda deste, o movimento operário grevista mobilizou-se e reivindicou a consolidação de um sistema de saúde público que se contrapunha ao padrão de saúde imposto aos brasileiros, culminando no Movimento de Reforma Sanitária³, essas reivindicações resultaram na consolidação do Sistema Único de Saúde – o SUS.

A Constituição Federal de 1988 constitui a Política de Seguridade Social, a qual abrange as políticas de previdência, saúde e assistência social. Nesta se destacam dois significativos conjuntos articulados de ações. O primeiro tem por objetivo proteger os cidadãos dos riscos socioeconômicos que os colocam em condições de vulnerabilidade. O segundo refere-se ao trabalho e renda, à educação, ao desenvolvimento agrário e à cultura. Este último, está voltado aos programas de geração de oportunidades para desenvolvimento do cidadão ao longo de sua história pessoal e profissional.

³ Movimento de Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. (FIOCRUZ)

Para Bravo e Matos (2009), a concepção de Seguridade Social⁴ (Saúde, Previdência e Assistência Social) aponta para um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que concerne à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Sendo a representatividade da promessa de afirmação e extensão de direitos sociais no cenário brasileiro, em consonância com transformações sociopolíticas que se processaram.

Compreende-se que o conceito de saúde contido na CF/88, bem como na Lei 8.080/90, ressaltam as expressões da Questão Social, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado (...), e indica como determinantes e condicionantes da saúde em seu Art. 3º, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e ao acesso aos bens e serviços existenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Para Yamamoto (1982), as expressões da questão social devem ser compreendidas como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

O pensamento sanitário brasileiro se incorpora na teoria marxiana, segundo Miotto e Nogueira (2009), a partir da dimensão crítica do social na saúde. Nessa dimensão, a análise das condições de saúde de uma população são amparadas pelos componentes estruturais das sociedades capitalistas, nas quais se evidencia a relação saúde e economia, saúde e trabalho, saúde e medicina e saúde e condições de vida, concretizando a ideia abstrata de saúde ou como decorrente de um fator causal ou até mesmo multicausal.

Dessa forma, a concepção ampliada de saúde permite que o indivíduo seja pensado numa ótica mais ampla, não apenas do ponto de vista da doença, mas vai além, permeia os aspectos econômicos, políticos e históricos-sociais; aborda sobre a sua qualidade de vida e necessidades básicas; bem como seus valores, crenças, direitos e deveres e das suas relações construídas ao longo do ciclo da vida dos indivíduos e do meio em que vivem.

3 – ONCOLOGIA/CANCEROLOGIA

A oncologia é um ramo da ciência médica que estuda as neoplasias, tumores malignos e benignos. A palavra oncologia deriva do grego “onkos” (onco), que significa massa, volume, tumor e do termo “logia” que significa estudo. Portanto, oncologia é o estudo dos tumores. No Brasil, a oncologia é também chamada de cancerologia (Oncologia,

⁴ O conceito de Seguridade Social sustenta um modelo que inclui todos os direitos previstos no art. 6º da Constituição Federal, de modo a conformar um amplo sistema de proteção, mais consonante às condições gerais dos cidadãos brasileiros (BOSCHETTI, 2007).

2015). A oncologia estuda a forma como o câncer se desenvolve no organismo e determina o tipo de tratamento mais adequado para cada caso.

A palavra câncer tem sua origem no latim, *karkinos*, que significa caranguejo, devido à infiltração das células semelhando-se às patas de um caranguejo, quando observada ao microscópio.

O câncer é uma nomeação dada a um conjunto de mais de cem doenças que apresentam como característica em comum o crescimento desordenado de células. Estas podem invadir órgãos e tecidos. Tais células se dividem rapidamente com tendências agressivas e incontroláveis constituindo-se em formações de tumores classificados como malignos, podendo se espalhar para outras regiões do corpo (INCA, 2015).

Não tem uma causa única, está diretamente relacionado a causas externas (presentes no ambiente⁵) e internas (como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas). O surgimento do câncer está relacionado à capacidade/incapacidade do organismo de se defender dos fatores externos e ainda a alguns fatores genéticos (raros os casos de câncer baseados exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos).

O tratamento do câncer é basicamente realizado através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea e cuidados paliativos. Na maioria dos casos, essas modalidades terapêuticas são de forma combinadas.

4 - CUIDADOS PALIATIVOS E SAÚDE

Para um melhor entendimento é relevante descrever a origem do termo paliativo e sua construção história. Paliativo tem sua origem na palavra *pallium*, que significa manto, coberta, proteção. Esta nomenclatura reporta à assistência prestada no processo de adoecimento, quando a doença não é mais passível de cura, os sintomas são cobertos, protegidos (CARVALHO, 2015, p.28).

A prática paliativista sempre esteve presente na história do homem, com as primeiras definições do cuidar. Na Idade Média, no período das cruzadas, não era incomum encontrar “hospices” – hospedaria, em português – nos mosteiros servindo de abrigo aos doentes, moribundos, famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, leprosos e órfãos. Nesse contexto, a hospitalidade ofertada tinha como característica a prática do acolhimento, a proteção das intempéries, o alívio dos sofrimentos, mais do que a busca pela cura.

Destaca-se a seguir a história de Dama Cicely Saunders, a qual fez o diferencial na disseminação de prática paliativa pelo mundo. Saunders foi voluntária no St. Luke's, onde

⁵ Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente de trabalho (indústria química e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural correlacionados a estilos e hábitos de vida. (INCA, 2018)

através de observação sistemática, atrelada a sua prática e relatos de pacientes, traça o caminho que levaria a fundação do St. Christopher, considerado referência e excelência no que diz respeito ao desenvolvimento de ensino, pesquisa e assistência no campo dos Cuidados Paliativos.

As várias graduações (Assistente Social, Enfermeira e Médica) de Saunders lhe oportunizaram observar que os pacientes em seu processo de morte, apresentavam situações que iam além de sintomas físicos, mas que igualmente precisavam de outros cuidados específicos.

Assim, a idealizadora do Movimento Hospice Moderno – hoje denominado Cuidados Paliativos – descreve a eficácia do tratamento da dor, associado a recursos farmacológicos eficazes, aliados a apoio psicossocial e espiritual. Difunde o conceito da dor total e se torna a grande protagonista dos cuidados dispensados a doentes ao final da vida. O termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela OMS, em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo hospice em alguns idiomas.

Ao longo da história o conceito de cuidados paliativos agregou algumas alterações, dessa forma, em 2017, o conceito de cuidados paliativos passou por uma nova revisão e atualização, pois reconhece a amplitude das demandas apresentadas, o que chama de “unidade de cuidados” – paciente e familiares, no processo de adoecimento, indicando que através do trabalho em equipe, a assistência integral pode ser efetivada. Então, cuidados paliativos passa a ser reconhecido como:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de seus pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (OMS, 2017).

A filosofia dos Cuidados Paliativos preconiza uma abordagem que visa à qualidade de vida, prevenindo e aliviando o sofrimento humano. E, nessa perspectiva, encontra-se o paciente oncológico em cuidados paliativos exclusivos⁶, neste grau de complexidade, em que a terapêutica curativa deixa de ser o foco e a terapêutica paliativa passa a ser a principal abordagem, no qual o cuidado deixa de ser focalizado na doença e se centraliza na unidade de cuidados.

Compreende-se esse ser humano na sua integralidade e de maneira holística, enquanto ser indissociável, mas para melhor entendimento e ampliação dos cuidados, é primordial observá-lo sob o prisma do que vem a ser a **dor total** que compreende as dimensões da dor física, psíquica, social e espiritual.

⁶ Segundo o INCA (2015), os Cuidados Paliativos modernos se organizam por graus de complexidade, a saber: Cuidados Paliativos Gerais, Cuidados Paliativos Específicos ou Exclusivos – este paciente apresenta a peculiaridade de dispor de terapêutica paliativa exclusivamente, e Cuidados Paliativos ao final de vida.

5 - DOR TOTAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Para Saunders (apud NASCIMENTO-SCHULZE,1997), o termo dor total está diretamente correlato à dor no sentido abrangente e irrestrito, não se limitando apenas ao caráter físico. Em um primeiro momento, acrescenta a dor física, a de caráter emocional, social e espiritual.

Saunders define esse conceito por entender que um doente gravemente enfermo, em processo ativo de morte, necessitava, além de tratamento farmacológico, de uma abordagem multidisciplinar, pois via neste doente sofrimentos que se manifestam além do corpo físico. Portanto, envolvendo os aspectos de cunho emocionais, sociais e espirituais.

A dor passa a ser o sintoma mais incapacitante e temido pelos doentes e suas grandes preocupações relacionam-se com a família e o seu sustento; com o medo de se tornar uma sobrecarga para os familiares. Não somar a essa dor o histórico de peregrinação pelos serviços do SUS que muitos enfrentam até chegar a uma Unidade de referência de tratamento.

Outros aspectos que acentuam a estigmatização do doente estão relacionados a gravidade de sua doença, especificamente ao “nada mais a fazer”. Os que chegam nesta fase tendem a ficar isolados, tendo como consequência o distanciamento da família e do trabalho, assim como perdas financeiras, da autonomia e do corpo saudável.

6 - AS DIMENSÕES DA DOR TOTAL

A Organização Mundial de Saúde – OMS, em meados de 1980, considerou a dor associada às neoplasias, como uma “emergência médica mundial”, estabelecendo normas para seu tratamento, internacionalmente conhecidas e aceitas.

De acordo com Carvalho (2008) a dor é tão significativa para o ser humano que passa a ser mais temida que a própria morte. Ressaltam que enquanto experiência pessoal e subjetiva, só pode ser descrita a contento pelo indivíduo que a sofre e para tanto esse sofrimento é influenciável e alterado conforme fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais, somando-se outros fatores como raça, sexo, idade e suporte social.

A dor provocada pelo câncer é difusa e mal delineada e pode acarretar desconforto e estresse a níveis físico, emocional, social e financeiro a pacientes e familiares; podendo ocasionar incapacidades funcionais e comprometimento para exercer atividades de vida diária, interferindo no sono, apetite e nos relacionamentos afetivos do paciente. Em suma, a dor tem interferência direta na qualidade de vida dos pacientes e cuidadores.

A dor apresenta várias dimensões, que vão além da explicação física (dor e outros sintomas, limitações funcionais e físicas). A emocional ou psíquica proporciona a mudança de humor, a perda de controle sobre a própria vida, a desesperança, levando a uma necessidade de redefinição perante o mundo, ansiedade, luto antecipatório, medo, depressão, negação, impotência, isolamento psíquico, dependência e perda de autonomia.

A social é caracterizada pelo medo do isolamento social e pessoal e abandono, perpassando pela dificuldade de comunicação, perda do papel social exercida junto a família, dependência, ausência de apoio dos colegas e às perdas econômicas. No tocante à espiritual, se reflete pela perda do sentido e significado da vida, da esperança, relação com Deus e a transcendência, a busca por um significado último, sendo considerada a dor da alma.

7 - A DOR SOCIAL

Neste item será abordado apenas a dimensão da dor social. Para Sarti (2001), “nenhuma realidade humana prescinde da dimensão social, tampouco o corpo ou a dor”. A autora conceitua a dor e sua singularidade enquanto experiência subjetiva um campo privilegiado para se pensar a relação entre o indivíduo e a sociedade.

Há uma tendência em associar a dor a um fenômeno neurofisiológico. Conferindo a este uma concepção sobre enxergar a dor como uma experiência corpórea prévia, na qual soma-se à dor física, as dores de cunho psicológico, social e espiritual. Devido ao viés utilizado para compor essas reflexões, surgiu a necessidade de ir além, e enxergar esse sujeito enquanto ser social⁷, formado através da sociedade, da cultura, da história.

Sarti (2001) propõe considerar a dor como um fenômeno sociocultural, atribuindo o significado que nenhum corpo existe fora do social e nem lhe antecede. Assegura que o social não atua ou intervém sobre um corpo pré-existente, no qual possa lhe atribuir significado.

A dor social é vivenciada pelos pacientes e familiares, para tanto, há a necessidade de realizar a análise com enfoque no binômio paciente e família, tendo estes como o foco de atenção e cuidados durante o atendimento. A abordagem requer o acolhimento, e para tanto se faz primordial estar disponível para ouvir, que vai muito além de seguir aos protocolos ou apenas escutar. É imprescindível se despir de ideias preconcebidas, já que cada sujeito é único, singular, assim como as famílias que devem ser vistas, tal como se apresentam.

Na perspectiva que a dor social do paciente oncológico atravessa a dimensão socioeconômica, é preciso pontuar questões que embasem os fatores que podem

⁷ O ser social é o constitutivo da sociedade e de seus membros, que a sociedade e os homens são os modos de ser do ser social.

desencadeá-la. Segundo Kligerman (1999) o Brasil atravessa uma fase de transição demográfica⁸, na qual se evidenciam quedas nas taxas de natalidade e mortalidade, favorecendo, nesse cenário, a ocorrência de doenças agudas e crônicas, e de cânceres em crianças, jovens, adultos e idosos, além de particularidades do que o autor vem a denominar câncer de rico e câncer de pobre, baseado nas particularidades regionais de incidência do câncer.

Para MINAYO (1997):

Nossa sociedade capitalista, desigual, injusta e iníqua, para pensar saúde e doença, têm-se que assumir as contradições geradas pelas desigualdades econômicas, políticas, sociais e ideológicas, que se expressam nas concepções e práticas de saúde e doença. Nessa sociedade contraditória, saúde e doença são pensadas, em primeira instância como fatores de produção, e o sistema de saúde é organizado de forma a tornar o indivíduo produtivo.

Nesse intento, remete enquanto contraditório a reprodução do discurso do capital, no qual a doença denota equivalência ao não trabalho, na ideologia que o corpo é efeito para produzir, que a produção tem um valor estipulado em forma de salário e no modo de produção vigente, que esses reflexos pesam na carne do trabalhador, onde quando não se trabalha, não se tem o que comer.

Segundo Andrade (2015) cuidar paliativamente requer prioritariamente um trabalho interdisciplinar que prime pela complementação dos saberes, já que o cuidado adequado exige entendimento do homem como ser integral, cujas demandas são diferenciadas e específicas e que podem e devem ser solucionadas conjuntamente, levando em consideração as múltiplas necessidades do indivíduo.

No entanto propõe as especificidades do papel do assistente social⁹ na atuação com as equipes de atenção, orienta-se pela atuação com o paciente, família e rede de suporte social, com a instituição em que o serviço se encontra organizado e com as diferentes áreas de atuação.

Conforme Saporetti et al (2012), indicam a forma de avaliação social¹⁰ para obtenção da avaliação, com o objetivo de obter dados socioeconômicos sobre a unidade de cuidados, no que refere a composição familiar; escolaridade; profissão; situação previdenciária ou assistencial; local de moradia; modelo de família; suficiência ou insuficiência da rede de

⁸ A transição demográfica no Brasil acontece na década de 60, quando a taxa de natalidade se faz mais abrupta e se alinha com a taxa da queda de mortalidade.

⁹ Específico do assistente social: conhecimento e abordagem sobre a realidade socioeconômica da família, bem como os aspectos sociais e culturais que compõem esse universo. Assim, a decodificação dessa realidade constitui-se em uma de suas principais atribuições. (ANDRADE, 2015, P.118)

¹⁰ A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais (CFESS, 2010, P.43).

suporte social, no qual inclui serviços de atenção domiciliar, transporte, existência ou não de cuidador.

Os autores asseguram que a partir desse levantamento de dados, caminha-se para o entendimento do que possa vir a ser o sofrimento social (atual ou futuro). Informam que pendências legais e previdenciárias, inexistência de rede de suporte social e conflitos familiares são questões que apresentam maior relevância no sofrimento, e se não resolvidas ou amenizadas, podem levar a uma morte com sofrimento.

Oliveira et al (2015), propõe que a dor e o manejo adequado necessita de avaliação criteriosa para encaminhamentos adequados, pois as incertezas quanto aos provimentos de recursos para os cuidados com os pacientes, assim como as preocupações no tocante à manutenção e ao sustento da família acarretam inquietações e angústias ao paciente e familiares.

Os autores supracitados informam que a condução depende do conhecimento e percepção das circunstâncias que envolvem as histórias de vida dos sujeitos envolvidos, já que os elementos a serem trabalhados dependerão das análises dos dados coletados e da observação para subsidiar a avaliação social. Reforçam que o óbvio é quase sempre um risco, e que a experiência profissional deve estar atrelada a observação, pois “os olhos devem estar treinados, mas não acostumados; devem estar abertos e atentos a todas as possibilidades”

Entende-se que a trajetória de vida, baseada em contextos históricos, sociais, culturais e políticos, reflete diretamente na condição objetiva e subjetiva desse usuário, levando a determinar as consequências que influenciam diretamente em seu estado de saúde. Ressalta-se desse modo, a necessidade de abordar de forma crítica a dor social no paciente oncológico enquanto reflexo de sua situação socioeconômica.

8 - A DOR SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS E SUA INTERFACE COM A RELAÇÃO SOCIOECONÔMICA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

A dor social e a interface com a relação socioeconômica em pacientes oncológicos é inegável, posto que a dor é percebida pelo ser social. Conforme Andrade (2015), a perspectiva social constitui em conhecer a família, paciente e cuidadores, e para tanto se faz necessário traçar um perfil socioeconômico, com informações fundamentais na condução do caso. Informa que a avaliação socioeconômica deve conter: composição familiar, local de moradia, renda, religião, formação, profissão e situação empregatícia do paciente, dados que embasarão o atendimento social por fornecer parâmetros adequados sobre as necessidades vividas pelas famílias.

Percebe-se no cotidiano da prática profissional que muitos usuários apresentam dificuldades em relação à distância constituída entre seu local de moradia e o local de referência do tratamento, no qual cada um apresenta sua particularidade, constituindo assim uma barreira ao acesso à saúde.

Outras barreiras constituem-se no percurso do tratamento como a burocratização no processo de saúde e doença. O que mais se detecta no cenário prático são a demora na efetivação dos direitos como: acesso ao BPC, TFD, direito dos pacientes oncológicos; e acesso aos direitos trabalhistas, que são extremamente significativos para garantia das necessidades básicas para a sobrevivência. Algumas outras situações nos chamam atenção, em especial, quanto aos direitos não serem percebidos ou reconhecidos como tal pelos usuários. Os direitos ganham caráter de sorte ou graça divina.

No cotidiano da assistência aos sujeitos assistidos em unidades de cuidados paliativos, em especial na oncologia, mediante à identificação de seus perfis sociais, observa-se que a maioria expressa essa dor de forma particular e individualizada, através de situações referentes a condições de sustentabilidade financeira, distanciamento do local de moradia, preocupações com o futuro, acesso à assistência hospitalar (internação), conotação atribuída pelo usuário aos direitos legalmente garantidos (“é direito, é sorte” ou é milagre), distanciamento da vida “lá fora” (trabalho, escola, atividade diária...) e isolamentos – familiar, comunitário, social e geográfico.

9 - BREVES CONSIDERAÇÕES

As reflexões aqui pautadas nos levam a compreender que o processo de adoecimento do paciente oncológico tem uma série de determinantes que estão inter-relacionados, nesse sentido apreendemos que o cuidar paliativamente requer um trabalho interdisciplinar, pautando-se pela articulação dos diversos saberes com vistas a atender o homem em sua totalidade.

Dessa forma, as especificidades do profissional de Serviço Social na intervenção cotidiana em equipes de atenção em hospitais de alta complexidade, orienta-se por uma atenção com o usuário/paciente com o objetivo de obter dados socioeconômicos sobre a unidade de cuidados, em especial os cuidados com os pacientes oncológicos, assim como as preocupações no tocante à manutenção e ao sustento da família, os quais acarretam inquietações e angústias ao paciente e familiares.

Nessa perspectiva é evidenciado que a trajetória de vida, baseada em contextos históricos, sociais, culturais e políticos, impacta diretamente na condição objetiva e subjetiva desse usuário, levando a determinar as consequências que influenciam diretamente em seu

estado de saúde. Em suma, se faz necessário realizar uma abordagem de forma crítica sobre a dor social do paciente oncológico e todas as mediações que o comportam.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Letícia. O papel do assistente social em equipes de cuidados paliativos: visão geral. In ANDRADE, Letícia. (Org.) **Cuidados Paliativos e Serviço Social um exercício de coragem**. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015. Pág. 115 – 130.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001

_____. Constituição (1988). Constituição de República Federativa do Brasil. 13ª ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm . Acesso em: 20 set. 2017.

BRAVO, M. I. S. e MATOS M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In BRAVO Maria Inês Souza et al. (Org) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009. Pág. 25-47.

CARVALHO M.M.M.J. Dor: um estudo interdisciplinar. São Paulo: Summus, 1999

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, Ana. Elizabete. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008. Pág. 161 – 195.

KLIGERMAN, Jacob. Desafios para a oncologia brasileira no novo milênio. Revista de Cancerologia, 1999. 45(4). Pág. 5 – 7.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade. Ed Petrópolis, RJ: Vozes, p. 79-108.

NOQUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana. Elizabete. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008. Pág. 218 – 241.

NASCIMENTO-SCHULZE, Célia Maria (org.). dimensões da dor do câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997

OLIVEIRA, Ivone Bianchini de e YAMAGUCHI, Angélica Massako. Atenção à fase final da vida: prevendo o falecimento. In ANDRADE, Letícia. (Org.) **Cuidados Paliativos e Serviço Social um exercício de coragem**. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015. Pág. 219 – 226.

SAPORETTI, Luis Alberto et al. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. Manual de cuidados paliativos ANPC. 2. ed. São Paulo: Agência Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Pág 42 - 55

SARTI, Cynthi Andersen. A dor, o indivíduo e a cultura. **Revista Saúde e Sociedade**. 10(1). São Paulo Pág. 3 – 13. 2001.