

## A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM CÂNCER

Rutinéia Conceição dos Santos<sup>1</sup>

**Resumo:** Este trabalho apresenta “A Inserção do Assistente Social em uma Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos no Tratamento de Pacientes com Câncer em Fase Terminal”. O mesmo é resultante da pesquisa feita ao curso de graduação para assistente social, conferido pela Escola de Serviço Social, da Universidade Católica do Salvador. Para dar conta do objeto de estudo utilizou-se a metodologia qualitativa com levantamento bibliográfico, coleta de dados empíricos, entrevista com assistentes sociais que atuam em uma equipe de cuidados paliativos, onde se constatou a valorização destes profissionais em algumas instituições, tendo o assistente social como integrante fundamental junto à equipe multiprofissional que trata o paciente com câncer em fase terminal. Portanto afirma-se a importância do profissional de serviço social na equipe interdisciplinar.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Câncer; Morte; Vida; Serviço Social.

### PACIENTES COM CÂNCER EM FASE TERMINAL

Quando se fala em cuidados paliativos, fala-se de tratar o paciente que se encontra em fase terminal de alguma doença. Entre essas doenças está o câncer que, segundo a Organização Mundial da Saúde, é hoje a segunda causa de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), o câncer é:

O nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA 1996).

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de sarcoma.

Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases). Sendo assim, o câncer é um grupo de doenças que tem como característica central o crescimento desordenado das células do corpo, detendo o poder de matar

---

<sup>1</sup> Assistente Social graduada pela Universidade Católica do Salvador – UCSal. [rutischultz@yahoo.com.br](mailto:rutischultz@yahoo.com.br).

por invasão destrutiva os órgãos normais, pois não respeita as regras básicas de convivência social entre as células e cresce demais, ocupando o espaço de seus vizinhos, sufocando-os. Ele detém a propriedade de se disseminar através da corrente sanguínea e dos vasos linfáticos, produzindo as chamadas “metástases”, que na verdade são uma espécie de “filial” do tumor primário, em outro órgão ou tecido.

A metástase também pode invadir órgãos e tecidos circunvizinhos por continuidade, impondo severos danos a estes órgãos e tecidos. O comportamento anormal das células cancerosas é geralmente espalhado por mutações nos genes das células, ou secreção anormal de hormônios ou enzimas. Simontom (1988), citando em texto de Fritjof Capra sobre a teoria da vigilância, define a estruturação do câncer no processo de metástase da seguinte forma:

Num organismo saudável, o sistema imunológico reconhece essas células e as destrói. Entretanto, se por algum motivo o sistema imunológico não for suficientemente forte, as células cancerosas se reproduzirão e o resultado será um tumor constituído por uma massa de células imperfeitas (SIMONTON, apud CAPRA, 1988:143).

A evolução científica vem possibilitando um enorme avanço no tratamento do câncer, onde a oncologia, ciência que estuda o câncer e como ele se forma, instala-se e progride, bem como modalidades possíveis de tratamento.

## **CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO E TRAJETÓRIA**

Uma dessas modalidades é o tratamento em cuidados paliativos que, de acordo com Túlio (2006), é uma especialidade relativamente nova no Brasil. Ela surgiu da necessidade de atender a uma demanda de pacientes que são vistos como indivíduos que não são mais reconhecidos como pessoas ativas para a sociedade, e isto é consequência de uma sociedade capitalista que vê no indivíduo um contribuinte e mantenedor de um sistema, que cada vez mais exclui, onde, nesta exclusão, estão os pacientes com câncer em fase terminal. O grande número de pacientes com câncer é cada vez maior, principalmente os que chegam a uma instituição hospitalar com a doença em estágio avançado, o que dificulta ainda mais o tratamento, sendo o câncer hoje considerado a terceira maior causa de óbitos no Brasil, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em um país complexo como o Brasil, o diagnóstico tardio de um câncer surgiu também como determinante de uma sociedade que cada vez mais exclui, pois a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, entre os diferentes grupos e classes sociais, leva a um crescimento exacerbado do câncer em fase terminal. A medicina paliativa chega ao Brasil pela necessidade destes pacientes terminais e seus familiares diante do intenso sofrimento e discriminação a que são expostos. Segundo Simontom (1988), está incutido na sociedade que quando uma pessoa recebe o diagnóstico de câncer ele recebe a sua “sentença de morte”. Para ele o câncer só tem o poder de crescimento a partir de situações exteriores e interiores que são intro-jetadas na mente do indivíduo, que alimenta através de outras dores o câncer que ele possui. O câncer não é um ataque vindo de fora, mas um colapso que ocorre internamente, porém:

[...] o câncer precisa ser entendido como um desarranjo sistêmico, como uma doença de aparência localizada, mas tem a capacidade de espalhar-se e que, portanto, envolve na realidade todo o organismo – a mente e o corpo. O tumor original é apenas a ponta do iceberg. (SIMONTON apud CAPRA, 1998:142)

Diante de tanto progresso e de tanta discriminação no processo de tratamento destes pacientes com câncer, uma enfermeira, médica e assistente social inglesa chamada Cicely Saunders inquietou-se com a situação de seus pacientes ante ao sofrimento dos mesmos e o enfrentamento de um câncer, acompanhando longas horas de dor, vômito e outros sintomas que a levou a questionar os médicos se não existiam outras medidas que amenizassem aquele sofrimento, iniciando aí a história da medicina paliativa.

A Organização Mundial de Saúde definiu os Cuidados Paliativos pela primeira vez em 1990, em documento dirigido à implementação de políticas de combate e assistência ao Câncer, onde o primeiro conceito dado pela OMS para cuidados paliativos tinha como base: “Cuidados oferecidos por uma equipe interdisciplinar voltada aos pacientes com doença em fase avançada, ativa, em progressão, cujo prognóstico é reservado e o foco é a qualidade de vida”. (OMS, 1990). Em 2002, reviu o seu conceito e hoje defende a prática dos cuidados paliativos para todas as doenças de caráter progressivo e ameaçador à continuidade da vida. A mais recente definição pela OMS estabelece que:

Cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2002).

Sendo assim, cuidado paliativo é aquele cujo principal objetivo é promover o conforto para o paciente que se encontra em fase terminal de uma doença crônica como o HIV e o câncer, entre outras doenças como: insuficiência cardíaca congênita, renais crônicos, hepatopatas crônicos, pneumopatas crônicos, neuromotores, mal de Parkinson, mal de Alzheimer, idosos portadores de várias seqüelas causadas por diversas doenças, etc. Doenças que levam o paciente à morte. Entretanto, cuidado paliativo requer em sua ação um trabalho multiprofissional, e isto foi bem definido por Cicely Saunders, quando a mesma buscou se qualificar em outras profissões, passando de assistente social para enfermeira, e logo depois se formou em Medicina. Nesta época buscou junto a outros profissionais que tratavam a saúde de um paciente em uma doença terminal, o alívio da dor, que até então eram ignorados com o termo “não temos mais nada o que fazer”.

O conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento hospice, originado por Cicely Saunders e seus colegas, disseminando pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar, contendo dois elementos fundamentais que pregavam: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças, e o cuidado abrangendo as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias. Saunders teve formação em Serviço Social atuando em hospitais, desenvolvendo atividades inerentes à função, porém desejava ter um contato mais direto com os pacientes atuando depois como enfermeira. Conheceu em 1947 David Tasma, judeu, e que estava com câncer, tendo em sua companhia a doutora Cicely Saunders. Foi este paciente que discutia com ela sobre as problemáticas da doença. Mais tarde Saunders se tornou médica.

## **MORTES X VIDA: FACE DE UMA MESMA MOEDA**

Falar sobre a morte é um assunto que sempre causa inquietação, pois este fenômeno não é encarado como ele realmente é: um processo natural da vida, onde um dia se nasce e no outro

morre. No trecho abaixo são relatadas, através de uma criança (anônimo), as inquietações, angústias e a descoberta de que a morte é um processo natural:

Entretanto, todo indivíduo que esteja vivo um dia irá morrer, basta estar vivo para estar morto, assim diz um ditado popular que é pura verdade, independentemente de quem ele seja, se esta à margem da sociedade ou não, se é negro ou branco, homem ou mulher, irá ter que enfrentar esta realidade. Um dia a morte chega para todos. Assim:

Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno. E, por isso os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuído pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, tornamos surdas as lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, a morte, que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos (ALVES, 2002:76 ).

A cultura ocidental atual, materialista e consumista, nega a existência da morte e hoje, no mundo moderno, a morte é vista como um inimigo a ser derrotado, ela tornou-se rival número um do homem, e esta ideologia não é percebida somente pelas equipes de saúde que lidam diariamente com este fenômeno, mas também por toda a sociedade que enxerga na morte o fim de tudo, embora ela seja um fim e tenha um aspecto enigmático para o homem, levando a questionar-se de geração em geração, de onde vim e para onde vou. A morte em sua totalidade é um fenômeno natural e que deve ser encarado com naturalidade. Porém até meados do século XVII a morte não era vista como um tabu, ela era aceita como fato natural na vida de qualquer ser humano, porém as pesquisas na área médica e os avanços tecnológicos no período da industrialização trouxeram uma nova roupagem para a morte, na busca incessante por prolongar o tempo de vida de um paciente.

[...] tragicamente, os piores casos – aquelas pessoas que estavam nos últimos estágios de algumas doenças, os que estavam morrendo eram os que recebiam os piores tratamentos. Eram colocadas nos quartos mais distantes dos postos de enfermagem. Eram obrigados a ficarem deitados sob luzes fortes que não podiam desligar. Não podiam receber visitas, exceto durante os horários permitidos. Deixava-se que morressem sozinhos, como se a morte fosse contagiosa (KUBLER-ROSS apud TÚLIO, 2006:76).

Entretanto, para os que vivenciam a morte de um ente querido é ainda mais dolorido, pois o fato de não saberem para onde irá aquela pessoa com quem por tantos anos partilhou-se a vida, leva a um sofrimento angustiante que em muitas das vezes deixa o indivíduo com sérios problemas diante da perspectiva da morte em sua vida, apagando-se para a sua realidade, seja ela emocional, social ou psicológica, morrendo então para a sua vida e necessitando muitas das vezes de um tratamento especializado para corrigir esta perda que é irreversível, enfrentando o vazio que a morte deixa ao desempenhar o seu papel em uma vida. Logo, o tabu que existe em relação a assuntos sobre a morte é visto em qualquer ser humano, profissional ou não, e as respostas são sempre negativas, porém quando o assunto é vida, o nascimento, por exemplo, de uma criança, a cura de uma enfermidade o “nascer de novo”, como se tivesse derrubando a

grande e temível morte sem saber que mesmo estes que um dia nascem certamente um dia também morrerão.

## **A AÇÃO INTERVENTIVA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO E PANORAMA ATUAL**

Segundo Bravo (2004), no período de 1930 a 1979 o Brasil passou por vários processos de reestruturação da política de saúde, e é justamente no período da década de 30 que o serviço social surge, sofrendo as influências sócio-históricas da época.

Neste mesmo contexto histórico-econômico e político é que se inicia uma formulação das políticas de saúde, sendo encaradas nesta época como as demais políticas sociais, tendo sido discutido nacionalmente. Contudo, no período de 1945 a 1964 houve um gasto maior com a previdência social e com a assistência médico-hospitalar, devido às endemias rurais, onde campanhas sanitárias deram ênfase às ações para as áreas em que ocorriam essas endemias com prevenção e combate. Nesse sentido

O Estado a partir de 1945, e especialmente em 1950, vai aumentar os gastos estatais na área social através de políticas sociais. Entretanto, não consegue estender suas proposições a todos os segmentos sociais, nem universalizar as medidas, gerando efetivos direitos ao trabalhador (BRAVO, 2004:26).

Daí, de acordo com Oliveira (1986), o Estado deveria intervir criando novos aparelhos que contemplassem a classe trabalhadora daquela época, que em sua maioria eram imigrantes que saíram do setor rural para a área urbana à procura de melhoria de vida, e isto foi consequência do processo de industrialização que ocorreu no país. Segundo Bravo (2004), neste período ocorreu inclusões de muitos profissionais, devido às exigências do governo:

A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as caixas de aposentadoria e pensões (CAPs.) criadas em 1923. O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAPs. Ou seja, em, que pese a inclusão de outras categorias profissionais (BRAVO, 2004:26) .

No entanto, deu-se aí uma maior importância para as políticas de saúde, onde a racionalização administrativa e uma ênfase as campanhas sanitárias tornaram-se a meta do país. Porém, de acordo com Bravo (2004), em 1964 acontece o golpe militar, quando o Estado neste período tenta criar medidas que viessem intervir na questão social e por meio do binômio repressão-assistência burocratiza e moderniza a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime. Logo, os privilégios do setor privado, com ênfase na medicina curativa, só servia para burocratizar o setor de políticas de saúde, com a criação de complexos médico-industriais e uma diferenciação no atendimento aos usuários, marcando o período de ditadura militar que caminhou de 1964 a 1974. Entretanto, durante o período de 1930 até 1979 houve um grande desenvolvimento para os profissionais de Serviço Social na saúde, e de acordo com Bravo, (2004) este foi o maior marco para o crescimento no número de profissionais na época, sendo o setor da saúde a área que mais empregava assistentes sociais como acrescenta Bravo:



A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência européia e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais.... Esta expansão do serviço social no país, entretanto ocorre a partir de 1945, relacionada as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da segunda guerra mundial. Nessa década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu Assistentes Sociais (BRAVO, 2004:28) .

Ainda de acordo com a autora citada, em 1948 a OMS (Organização Mundial da Saúde) deu um novo conceito à saúde, onde se destaca o aspecto biopsicossocial e a inserção de outros profissionais para estar atuando no setor, entre estes o assistente social. Daí ocorrem os primeiros passos para uma visão de uma ação multiprofissional na saúde. Conforme ressalta Bravo (2004):

O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO, 2004:29) .

Já entre 1974-1979 não houve muito avanço, apesar de uma maior organização por parte da categoria. Mas, entre 1980 a 1990 houve um grande avanço graças a dois fatos históricos no Brasil: em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve uma grande contribuição para o desenrolar das políticas públicas de saúde no Brasil. Nela, cerca de 4.500 pessoas discutiram os rumos da saúde no país. Teve como principais temáticas “A saúde como direito de cidadania” e “reformulação do sistema nacional de saúde”. Nesta conferência foi aprovada a reforma sanitária, tornando os documentos e relatórios desta conferência uma base para a reformulação da Constituição Federal em 1988.

## **A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS**

A atuação de um assistente social junto a uma equipe de cuidados paliativos se torna essencial, pois este profissional irá tratar o indivíduo que, além de tratamentos físico, psicológico, espiritual, possui também a “dor social”, da qual o paciente com câncer em fase terminal enfrenta, pois ele também é um sujeito integrante de uma sociedade e que possui questões sociais a serem resolvidas. Portanto, esta dor social deve ser tratada pelo profissional de forma adequada e neste sentido o assistente social é o profissional habilitado que trata destas questões. É neste contexto que este profissional se insere levando a sua contribuição para o tratamento de um paciente com câncer, que é tratado por uma equipe de cuidados paliativos. A ação facilitadora do assistente social é um ponto alto em uma equipe de cuidados paliativos, pois a confiança que é construída durante o processo de intervenção junto a este paciente contribui para o crescimento de um vínculo de confiança entre profissional e paciente. Para a assistente social Cíntia Forcione dos Santos, que atuou junto à equipe de cuidados paliativos do Hospital das Clínicas, o Assistente Social desempenha papéis importantes em equipes de cuidados

paliativos. Portanto, existe uma dor social que deve ser tratada pelo profissional adequado e neste sentido o assistente social é o profissional habilitado a tratar destas questões. É neste contexto que este profissional se insere, levando a sua contribuição para o tratamento de um paciente com câncer, que é tratado por uma equipe de cuidados paliativos. O enfrentamento das questões sociais é um instrumento que gira em torno da atuação do assistente social e este, por sua vez, utiliza-se de embasamentos teóricos adquiridos em sua formação para consolidar os direitos que um paciente tem ante ao enfrentamento de uma enfermidade, neste caso o câncer em estágio avançado. Entretanto, o paciente é então um cidadão que está inserido em uma sociedade onde os seus direitos e deveres existem e o torna assim integrante deste sistema do qual ele faz parte, portanto questões sociais, familiares, econômicas, estão envoltas nas relações que são estabelecidas entre os envolvidos: o indivíduo e seu universo.

Muitas das vezes os pacientes desconhecem seus direitos como cidadão, como por exemplo, o recolhimento de benefícios fornecidos pelo Governo Federal. Existe atualmente uma legislação específica que garante benefício para portadores de câncer e é importante ressaltar que o acesso à saúde é direito de todo cidadão. Como profissional de serviço social é dever deste informar a população sobre as suas garantias, inclusive asseguradas pela Constituição Federal de 1988. Tanto que no artigo 196, fica estabelecido:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

## REFERÊNCIAS

- BIFULCO, Vera Anita. *A morte na formação dos profissionais de saúde*. Prática Hospitalar. Ano VIII. n 45. Maio - jun./2006.
- BIFULCO. Vera Anita. *Reflexões sobre a morte e o morrer nos atendimentos psicológicos de cuidados paliativos*. Prática Hospitalar. Mar-abril, 2004. Ano VI, n.32.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1998.
- BRASIL. *Lei de regulamentação da profissão*. Lei 8662/93. Brasília. 1993.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro.
- CAPRA, Fritjot. *Sabedoria incomum*. São Paulo: Cultrix, 1998.
- CFESS. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Resolução 383/99-Characteriza o assistente social como profissional de saúde. 29/mar/1999.
- CFESS. *Código de Ética Profissional do Assistente Social/1993 e Lei n 8.662/1993, que regulamenta a profissão de serviço social*. Brasília: 1993
- CRESS. 5ª Região /BA. *O Mercado de trabalho do Assistente Social na Bahia*. Salvador. 2005.

MINAYO MCS. *Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido*. Medicina, Ribeirão Preto 1991 abr/jun; 24(2): 70-7.

PESQUISA. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 15 maio.2007.

PESQUISA. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 26 abr.2007.

TÚLIO, Marco de Assis Figueiredo. *Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia*. 2006.

VASCONSELOS, Ana Maria. *Tendências da prática profissional do assistente social na atenção à saúde no município do Rio de Janeiro*. (tese de doutorado) ESS – UFRJ 1999 (mimeo).