

A ÉTICA NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR JUNTO ÀS FAMÍLIAS CUIDADORAS DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS¹

Nádia Rangel Cruz Andrade²

RESUMO

Este artigo, baseado em trabalho monográfico, trata da atuação do Serviço Social em equipe multidisciplinar de saúde no atendimento aos pacientes com câncer terminal que passam a conviver em cuidados paliativos e seus familiares cuidadores e a ética em torno dessa atuação. Para a concretização desse trabalho, fez-se necessário adentrar o mundo das famílias e dos pacientes através de visitas domiciliares, reuniões de família e entrevistas com familiares cuidadores, conhecendo a dura realidade daqueles que sofrem com a perda iminente de um ente querido, em uma situação de privação econômica, social e emocional, cujas manifestações e expressões da “questão social” estão fortemente presentes. Os desafios postos para os Assistentes Sociais estão relacionados com o esforço para a transição do modelo de trabalho multidisciplinar para o interdisciplinar e uma atuação ética que venha respeitar os desejos tanto do paciente quanto do familiar cuidador, refletida no desafio de envolvê-los na participação e tomada de decisão tanto na equipe de saúde, quanto nos espaços democráticos de direito.

Palavras-chave: Ética. Família. Cuidado Paliativo. Serviço Social. Equipe Multidisciplinar

ABSTRACT:

This paper, based on monograph deals with the role of social work in multidisciplinary health team in the care of patients with terminal cancer who lives in palliative care and their family caregivers and the ethics about this. To achieve this work, it was necessary to enter the world of families and patients through home visits, family gatherings and interviews with family caregivers, knowing the harsh reality of those who suffer with the imminent loss of a loved one, in a situation of economic deprivation, social and emotional, whose manifestations and expressions of the "social question" are strongly present. The challenges proposed to the social workers are related to the effort to transition the multidisciplinary working model for interdisciplinary, requiring the constant qualification, the activeness in team decisions and, finally, the biggest challenge is that stimulate and engage these families in participation and decision-making both in the health team, and in the democratic spaces of law.

Keywords: Ethics. Family. Palliative Care. Social Service. Multidisciplinary team

¹ O presente artigo é oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso da autora, graduada na Escola de Serviço Social da UCSal, produzido e aprovado no ano letivo de 2014, depois de concluídas todas as exigências curriculares e orientado pela Prof. MS Eliana Brito do Nascimento.

² Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (UCSal); Bolsista do Programa de Iniciação Científica da UCSal com apresentação do trabalho “A Reconfiguração do Mercado de Trabalho na Região Metropolitana de Salvador (RMS)” – Ago/2014; Palestrante do “Simpósio Sobre Estágio e Formação Profissional do Assistente Social - UCSal” – Nov/2014.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo trata da atuação do Serviço Social em equipe multidisciplinar de saúde no atendimento aos familiares cuidadores de pacientes com câncer terminal, que passam a conviver em cuidados paliativos e a ética profissional indispensável no trato com essas famílias. O interesse por este tema surgiu a partir de observações empíricas realizadas no campo de estágio em um hospital de referência em oncologia, em Salvador-Ba. Nessa oportunidade, realizou-se a pesquisa cujos resultados se encontram aqui relatados, usando como instrumento entrevistas, visitas domiciliares e reuniões com as famílias.

A realidade de algumas famílias que acessam, cotidianamente, o sistema de saúde público e privado é o câncer e as consequências desta doença, tanto para o paciente, quanto para a família. Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública, e o maior efeito desse aumento vai incidir em populações de baixa e média renda, fazendo com que as manifestações da questão social estejam presentes em número cada vez maior. Sendo o câncer um problema de saúde pública, envolve toda a coletividade e, portanto, não deve ser debatido e problematizado apenas por famílias e pacientes, e sim, por toda a sociedade e todos os profissionais que atuam na saúde.

Mesmo sendo figuras importantes no processo, os familiares aparecem em segundo plano, sem que se leve em consideração as dificuldades pelas quais estes passam para aceitar a doença, lidar com a morte e o luto, aceitar as profundas mudanças em sua vida e ainda encontrar estratégias psicológicas para confortar o paciente. Estudos e pesquisas voltados para cuidados paliativos nos aspectos abordados acima são muito raros, e quando se fala do tema “cuidados paliativos”, foca-se mais no paciente e menos na família. Poucos trabalhos têm examinado pacientes e família ao mesmo tempo e a inserção desta nas equipes de saúde, além de pensar, eticamente, no atendimento dos desejos e sentimentos que envolvem pacientes e familiares.

Os profissionais da saúde, atualmente, buscam transpor limites dentro da equipe em que atuam, considerando que a saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma prática interdisciplinar em que representantes de várias ciências, devem agregar-se em equipes de saúde, tendo como foco a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde/doença. Quanto ao Assistente Social, entendemos que a profissão necessita dar

inúmeras respostas às demandas dos usuários - partindo sempre do ponto de vista de que as políticas de seguridade social são concebidas dentro da ordem capitalista e como resultado de disputas políticas - tendo sua atenção voltada para a compreensão da “questão social” e as alternativas para o seu enfrentamento, atuando dentro de princípios éticos de respeito à vida e a liberdade e de acordo com os princípios do Código de Ética da profissão, buscando materializar uma ética mais ampla que sua expressão legal, uma ética que voltada para a reflexão crítica e que dê respostas à sociedade.

No que toca à relevância social, este estudo tem grande importância para as famílias dos usuários do programa Serviço de Assistência Domiciliar – SAD, do hospital em questão, pois na grande maioria dos casos é nesse espaço que essas famílias encontram o apoio emocional e moral e o suporte na busca de seus direitos e na retomada de sua cidadania. Esperamos que os resultados desse estudo possam contribuir de forma positiva para uma nova forma de pensar os pacientes e familiares em cuidados paliativos; que abra espaço para o debate sobre a atuação do Serviço Social nesta modalidade e na transição de equipe multidisciplinar para interdisciplinar, preservando o respeito ético intransigente à liberdade de escolha dos indivíduos e que, por fim, possa ser utilizado como base para que novos estudos e pesquisas sejam desenvolvidos.

2 FAMÍLIA DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

A realidade de algumas famílias que acessam, cotidianamente, o sistema de saúde público e privado é o câncer e as consequências desta doença, tanto para o paciente, quanto para as suas famílias. Mas o que é o câncer? Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. Nos últimos três anos, o Ministério da Saúde ampliou em 47,3% o investimento na assistência oncológica, passando de R\$ 1,9 bilhão em 2010 para R\$ 2,8 bilhões em 2013. Esses recursos são destinados à realização de cirurgias,

radioterapia, quimioterapia e oferta gratuita de medicamentos pelo Sistema único de Saúde - SUS.³

Nos casos das famílias que convivem com o drama de ver um de seus membros acometido com câncer terminal, todo o sistema familiar fica comprometido. Essas famílias passam a conviver com os cuidados paliativos, que consistem em “aliviar a dor, com ética e principalmente com dignidade, para pacientes sem possibilidades terapêuticas que levem à cura” (Simão, 2010, p. 33).

Carvalho (2007) mostrou em seus estudos na assistência a pacientes com câncer e seus familiares, que esta experiência é complexa e envolve muito sofrimento, que não se explica somente pela doença em si, mas, sobretudo, em mudanças radicais na vida dessas pessoas, alterando em alguns níveis seus papéis familiares e sociais. Normalmente, o diagnóstico do câncer, em qualquer família, é sempre uma catástrofe pelo poder devastador que tem.

A família funciona como um sistema vivo, de maneira que tudo que acontece a um de seus membros repercute sobre os demais. Assim, os efeitos não se restringem apenas a uma pessoa em particular, mas afetam normalmente todos os demais membros (SILVA, 2001, p.27).

O SUS, em sua Portaria nº 3.535/GM de 02/09/1998, dispõe sobre a necessidade de garantir aos pacientes com doenças neoplásicas malignas a prestação de serviços que deve abranger sete modalidades integradas, entre elas cuidados paliativos. Também a Portaria nº 1.319 de 23/07/02⁴, institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, que considera que a boa assistência a pacientes nessa situação e suas famílias resultam, além dos aspectos humanitários envolvidos, a racionalização do uso de medicamentos e dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas. Embora as questões humanitárias e as políticas sociais voltadas ao bem estar da população sejam mais importantes do que o caráter econômico, não podemos desvincular estes dois aspectos, a fim de que os pacientes

³ Instituto Nacional do Câncer. Relatório de Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil e Região Nordeste (2012) e Direitos dos Pacientes com Câncer (2012). Disponível: <http://www2.inca.gov.br/> Acesso: 20/09/2014.

⁴ Portaria nº 3.535/GM – 02/09/98 e Portaria nº 1.319 de 23/07/02. Disponíveis em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/html>. Acesso em: 11/09/2014.

em processo de cura não sejam prejudicados, e isto envolve uma questão ética a ser constantemente debatida.

No passado, sempre que um familiar adoecia, um dos membros da família se dispunha a “cuidar” dele. Este compromisso era feito de forma despreocupada. Hoje, ao levar o seu paciente do hospital para casa, a família, sem que seja treinada ou capacitada para isso, assume o ônus e o bônus de ser seu cuidador.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999, p.33).

A partir do momento em que assume o cuidado com o paciente, o cuidador, muitas vezes, abdica da própria vida, seus afazeres, suas atividades de estudo, trabalho e lazer e, pior ainda, de si mesmo em função do cuidado com o outro. Trata-se de um trabalho pesado, que esgota física, mental e emocionalmente. Sem apoio da família, sem apoio emocional e psicológico e sem a presença de uma equipe multiprofissional capaz de lhe dar suporte, os cuidadores tendem a também adoecer.

3 RESULTADO DA PESQUISA COM FAMILIARES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ATENDIDOS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Como resultado da experiência no campo de estágio na instituição já citada, e a fim de concretizar o trabalho monográfico, foram realizadas reuniões de família, visita domiciliar e seis entrevistas com familiares cuidadores de pacientes em cuidados paliativos, por um período de seis meses. Os resultados dessas entrevistas estão sistematizados nas tabelas abaixo:

**TABELA Nº 01
SEXO**

| Sexo | <i>f</i> |
|-----------|----------|
| Masculino | 0 |
| Feminino | 6 |
| Total | 6 |

FONTE: Hospital de Referência em Oncologia. Salvador-Ba - 2013.1.

Na tabela nº 1 os números indicam que 100% dos entrevistados são do sexo feminino. Portanto demonstram que as mulheres assumem muito mais o papel de cuidador do que os homens. Mulheres jovens e em idade ativa, relataram que abandonaram seus empregos ou anteciparam sua aposentadoria para cuidar do paciente. Este número é preocupante no que diz respeito ao lugar da mulher no mercado de trabalho. A maioria delas terá dificuldade ou nenhuma possibilidade de voltar ao mercado, pois sabemos que não interessam ao capital, pessoas com baixa capacidade de produção ou que demandem investimento em treinamento para execução de suas tarefas.

TABELA Nº 02

| IDADE | |
|------------------|----------|
| Idade | <i>f</i> |
| 18 – 30 anos | 4 |
| 31 – 50 anos | 0 |
| Maior de 50 anos | 2 |
| Total | 6 |

FONTE: Hospital de Referência em Oncologia. Salvador-Ba - 2013.1.

Na tabela nº 2 os números demonstram que 67% das entrevistadas estão com idade entre 18 e 30 anos. Estes números indicam que são pessoas jovens, que deixam de trabalhar e estudar para cuidar dos seus pacientes, deixam de fazer parte do processo produtivo, de gerar renda e isolam-se socialmente, o que torna as condições socioeconômicas da família ainda mais difíceis. Os 33% restantes estão em uma situação oposta. São pessoas maiores de 50 anos, algumas já idosas, e que já deveriam elas próprias estarem recebendo cuidados, mas se encontram na posição de cuidadores. Neste contexto, questionamos a existência de políticas públicas voltadas para a reintegração dessas pessoas à vida social, econômica e cultural em sociedade. O que percebemos é que elas ficam em uma situação de total desamparo depois que o seu paciente morre.

TABELA Nº 03
RENDA FAMILIAR

| Renda | <i>f</i> |
|---------------|----------|
| Menos de 1 SM | 0 |
| 1 a 2 SM | 5 |
| 3 a 4 SM | 1 |
| Acima de 5 SM | 0 |
| Total | 6 |

FONTE: Hospital de Referência em Oncologia. Salvador-Ba - 2013.1.

Observa-se que, com relação à renda familiar, existe uma concentração de 83% dos entrevistados na faixa de 1 a 2 salários mínimos e apenas 17% na faixa de 3 a 4 salários. Estes números denotam uma condição financeira precária tornando-se comum, além das privações econômicas, privações de origem social, emocional e cultural, que tendem a se agravar após a morte do paciente, quando a renda pode ser reduzida. Importante observar que a maioria das pessoas que compõem a renda familiar dos entrevistados, são vítimas da precarização do trabalho, dos contratos de trabalho flexíveis, da revogação da política salarial e da flexibilização da jornada de trabalho (Borges, 2012)⁵. Portanto, ganham pouco, trabalham muito e não têm garantias.

TABELA Nº 04

| ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES BÁSICAS | |
|--|----------|
| Necessidades básicas | <i>f</i> |
| Boa | 2 |
| Regular | 1 |
| Ruim | 3 |
| Total | 6 |

FONTE: Hospital de Referência em Oncologia. Salvador-Ba - 2013.1.

No atendimento às necessidades básicas do paciente e da família, levou-se em consideração alimentação, higiene, acesso a medicamentos e outros materiais e condições de moradia. Os números mostram que 50% dos entrevistados consideram que suas necessidades básicas são ruins ou não são atendidas, 33% relatam que a condição é boa e 17% regular. É importante ressaltar que, quando se trata de pensar o atendimento das necessidades básicas, existe uma dicotomia entre a real situação e a resposta do entrevistado. No caso dos 33% que disseram ter um bom atendimento das necessidades básicas, foi confirmado, através de visita domiciliar, que habitam em locais insalubres e de difícil acesso, e em alguns casos têm condições de higiene precária. Isso denota uma falta de conhecimento de sua própria realidade ou uma falta de referência com relação ao que seja um bom acesso às necessidades básicas. Segundo os pesquisadores ⁶ Cohn; Nunes; Jacobi at. Karsch (2010), “cada informante tem

⁵ Para um maior aprofundamento sobre mercado de trabalho, emprego, desigualdades de gênero e faixa etária, ver BORGES, Ângela. O Emprego no Brasil Urbano nos anos 2000: recuperação e reconfiguração. In: Revista em Pauta, v.10, nº 30, p. 17-34, Rio de Janeiro, 2012.

⁶ Para conhecer melhor a pesquisa citada ver COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro at. KARSCH, Úrsula. A Saúde como Direito e como Serviço. São Paulo, Editora Cortez, 2010.

critérios próprios, segundo os quais a qualidade de vida em seu local de moradia, diz respeito às suas experiências singulares e às concepções e valores que abraçam”. Isso nos faz pensar na importância das ações sócio-educativas, que podem ser desenvolvidas pelo Assistente Social na prática cotidiana, dando uma grande contribuição para que essas pessoas despertem para a realidade da sociedade em que vivem. Essas ações, comprovadamente, têm o poder de transformar esta visão limitada e ampliar os horizontes desses usuários na busca de sua cidadania.

TABELA Nº 05

APOIO FAMILIAR NOS CUIDADOS COM O PACIENTE

| Apoio familiar | <i>f</i> |
|----------------|----------|
| Nenhum Apoio | 3 |
| Apoio Parcial | 3 |
| Apoio total | 0 |
| Total | 6 |

FONTE: Hospital de Referência em Oncologia. Salvador-Ba - 2013.1.

Ao serem questionados sobre a rede de apoio familiar, 50% dos entrevistados disseram que não têm qualquer tipo de apoio. Os 50% restantes disseram que recebem apoio parcial. Aqueles que disseram não ter nenhum apoio informaram que deixaram de trabalhar, de frequentar a igreja, de ir ao médico e de fazer qualquer atividade de lazer. Segundo Silva (2000), cuidar do paciente doente em casa pode ser tarefa estressante, pois lidar com o paciente com câncer terminal é cada dia mais penoso. Portanto o apoio da família ⁷é especialmente relevante. Ao serem questionados sobre como está sua rotina e sua qualidade de vida, disseram sentir muito cansaço, insônia e tristeza. Dos 50% que disseram ter apoio parcial da família, 30% relataram que não existe uma regra para o apoio.

TABELA Nº 06

RELACIONAMENTO FAMILIAR

| Relacionamento familiar | <i>F</i> |
|-------------------------|----------|
| Bom | 4 |
| Ruim | 0 |
| Péssimo | 2 |
| Total | 6 |

FONTE: Hospital de Referência em Oncologia. Salvador-Ba - 2013.1.

⁷ Para aumentar a compreensão sobre a importância do apoio familiar nos casos de pacientes em cuidados paliativos, ver SILVA, Célia Nunes. Como o câncer (des)estrutura a família. Annablume, São Paulo, 2000.

Os números do relacionamento familiar mostraram um aspecto importante, com 67% dos familiares entrevistados dizendo ter um relacionamento bom e 33% relatando um relacionamento familiar péssimo. Esses números denotam extremos nas relações familiares. Esses extremos podem ter se originado durante o processo de descoberta da doença e da terminalidade, ou podem ter um fator histórico ligado à relação familiar. Normalmente as relações familiares se alteram depois do diagnóstico. É importante frisar que dos 67% que consideraram o relacionamento bom, mais ou menos 20% relataram que a família se uniu, mais, depois da doença e 30% afirmaram que não prestava muito atenção à família, até que o drama da doença e da morte se abateu sobre ela. Com relação aos 33% que disseram que o relacionamento familiar é péssimo, encontrou-se um histórico de abandono familiar, brigas, separações e total desestrutura.

TABELA Nº 07

DIREITO ÉTICO DE DECIDIR

| Direito de decisão | F |
|--------------------|---|
| Sim | 1 |
| Não | 5 |
| Total | 6 |

FONTE: Hospital de Referência em Oncologia. Salvador-Ba - 2013.1.

Ao serem questionados sobre o respeito ao direito à liberdade de decidir sobre o melhor tratamento a ser dado ao paciente, pelo próprio paciente e sua famílias, apenas 17% dos entrevistados responderam ter se sentido envolvidos nessas escolhas. A grande maioria, 83% dos entrevistados, disse achar que isso não era um assunto para a família decidir e sim “o médico” e desses 30% alegaram não saber que podiam opinar no tratamento. Percebe-se aqui, uma visão limitada dos envolvidos a respeito do genuíno direito de decidir por suas próprias vidas. Percebe-se, também, uma ausência de reflexão ética, por parte da equipe, que supõe o estímulo às escolhas de valores dirigidos à liberdade dos indivíduos.

4 A ÉTICA NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sabemos que o projeto ético-político do Serviço Social passa por uma perspectiva de práticas igualitárias e totalizantes, uma perspectiva de liberdade e equidade para todos. O

nosso maior compromisso está ligado aos valores humanistas que reafirmam a democratização dos direitos humanos e da cidadania.

Pensar a profissão é também pensá-la como fruto dos sujeitos que a constroem e vivenciam. [...] O conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe à prática profissional. (IAMAMOTO, 1998, p.70).

Segundo Barroco (2004, p.35), A reflexão ética é pressuposto para a formação e o exercício profissional; é necessária para o desvelamento da realidade.

No que diz respeito ao trabalho do Assistente Social na saúde, entendemos que a profissão necessita dar inúmeras respostas, a inúmeras demandas colocadas pelos usuários, partindo sempre do ponto de vista de que as políticas de seguridade social são concebidas na ordem capitalista e como resultado de disputas políticas. Segundo Simão (2010, p.55), nos casos de pacientes em cuidados paliativos, a preocupação do Assistente Social deve ir além do aspecto externo da doença, ampliando-se para uma dimensão psicossocial e ética, buscando fortalecer o sistema de apoio ao paciente e a família, de forma que os mesmos não tenham que enfrentar situações que gerem sentimentos como abandono, limitação e dependências.

Uma das marcas que caracterizam o século XX é a constante reorganização do conhecimento. Para Camuri e Dimenstein (2010, p.5), os processos de trabalho são organizados de “modo burocratizado e hierarquizado e as práticas de cuidado esquadriham os usuários a partir do saber/fazer de cada categoria profissional”. Somente a partir de um novo modo de arranjo de trabalho e gestão é possível potencializar o vínculo terapêutico, a transversalidade dos saberes e produzir processos de trabalho que gerem acolhimento e responsabilização pela vida do usuário.

O trabalho da equipe multidisciplinar visa avaliar o paciente de maneira independente e executando seus planos de tratamento como um serviço adicional. Logo, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe e uma identidade grupal, ou seja, trata-se de um modelo hierarquizado, com o saber médico, em geral, responsável pela decisão do tratamento, e os outros profissionais vão se adequar à demanda do paciente e às decisões do médico referente a este. Este modelo de multidisciplinaridade está atrelado ao modelo de

processo de trabalho e não passou ainda pela transição ao modelo de atendimento psicossocial, que tem na saúde coletiva influência e apoio.

A proposta de cuidados paliativos é fundamental e precisa ser conhecida pelos Assistentes Sociais. É uma das poucas propostas que permitem o desenvolvimento de um trabalho que une profissionais, pacientes e famílias na busca de alternativas para a melhoria da qualidade de vida destes usuários, priorizando um comportamento ético que se demonstra na forma como se lida com estes. É também uma proposta desenvolvida, não só no ambiente hospitalar, como também no domiciliar, o que proporciona uma aproximação maior do profissional com os seus usuários e uma visão maior da realidade em que estes e suas famílias vivem. Cabe ao Assistente Social atuar por uma transformação na forma de trabalho da equipe, que caminhe no sentido da interdisciplinaridade - que traz em si a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas - respeitando o saber de cada um. Cabe ainda a este e aos demais profissionais da equipe de cuidados paliativos a inclusão dos pacientes e das famílias nos processos de tomada de decisão, trabalhando pelo fortalecimento dos princípios éticos fundamentais que garantam seus direitos e sua cidadania.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, os resultados encontrados, fruto da análise dos dados coletados, demonstram a necessidade de políticas públicas mais efetivas para o atendimento aos pacientes, traduzidas em benefícios que envolvam o sustento material e emocional, e das famílias através do suporte necessário durante o processo de terminalidade de seu familiar e após a sua morte. Os desafios postos para os Assistentes Sociais estão relacionados com a atuação efetiva no processo de transição ao modelo de atendimento psicossocial, a qualificação constante, a atuação ética e efetiva nas decisões da equipe e, por fim, o maior dos desafios que é estimular e envolver essas famílias na participação e tomada de decisão, tanto nas equipes de saúde, quanto nos espaços democráticos de direito, auxiliando-as, através de ações sócio-educativas, no entendimento de que os serviços de saúde existem para atender às suas necessidades e, portanto, eles têm todo o direito de reivindicar e participar do processo decisório. É desejável que, atuando em cuidados paliativos, o profissional busque se

especializar para melhor atender aos seus usuários. Porém, é essencial que, além do conhecimento e da capacidade técnica, haja uma integração da equipe, principalmente trabalhando pelo processo de interdisciplinaridade, e que tudo aconteça em um ambiente de muito diálogo e troca de informações para que se efetive um trabalho de humanização e cuidado do paciente e sua família.

As reflexões acima nos fazem pensar na forma como as famílias dos pacientes terminais estão sendo olhadas pelo poder público. Estariam então as famílias dos pacientes em cuidados paliativos, por não estarem aptas a participar e desenvolver a economia de mercado - dentro do que deseja o modo de produção capitalista, sendo negligenciadas e alijadas das políticas públicas?

Entendemos que para que se estabeleça uma garantia efetiva de cidadania, é preciso superar a demanda fragmentada por serviços de saúde e trabalhar para a concretização da universalização de direitos, do respeito ético e da cidadania.

REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar; ética do humano**. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1999, p. 199.

BORGES, Ângela. O Emprego No Brasil nos anos 2000: recuperação e reconfiguração. In: **Revista em Pauta**, v. 10, nº 30, p. 17-34, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Legislação Sistema Único de Saúde - SUS. **Portaria N° 3.535/GM – 02/09/98** – Garantir Atendimento Integral aos Pacientes com Doenças Neoplásica Maligna.

_____. **Portaria N° 1.319 – 23/07/02** – Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. **A necessária atenção à família do paciente oncológico**. 2007. Disponível em: <www.inca.gov.br/rbc/revisão7.pdf>. Acesso em: 21 mar.2014.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processo de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. In: **Saúde e Sociedade**, vol.19, n.4, São Paulo, 2010, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 20/10/2014.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Úrsula. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo, Editora Cortez, 2010.



**Direitos Humanos,
Ética e Dignidade**

18 a 24 de outubro de 2015

IAMAMOTO, Marilda V. **Renovação e Conservadorismo: ensaios críticos**. Cortez Editora, São Paulo, 1998.

Instituto Nacional do Câncer. Relatório INCA. **Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil e Região Nordeste (2012) e Direitos dos Pacientes com Câncer (2012)**. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso em: 26/06/2014.

SILVA, Célia Nunes. **Como o câncer (des)estrutura a família**. São Paulo, Annablume, 2000.

SIMÃO, André Branco; FERNANDA, dos Santos; OLIVEIRA, Liane de Freitas; SANTOS, Renata Aline et al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serviço Social & Sociedade**, nº. 102, 2010.