

Cuidado e atenção à família de usuários em tratamento oncológico: um relato de experiência

Care and attention to the family of users undergoing cancer treatment: an experience report

Luana Maria Alves dos Santos

Assistente social. Especialista em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil;
E-mail: luanaalves1194@gmail.com; ORCID: 0009-0003-9510-0249

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva; Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil;
E-mail: suelen.cavalcante@aluno.uece.br; ORCID: 0000-0002-2220-4333

Marcos Aguiar Ribeiro

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem; Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil;
E-mail: marcosribeiroce@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7299-8007

Cleverson Felipe da Silva Ferreira

Assistente social. Mestre em Ensino na Saúde; Centro Universitário UNINTA, Sobral, CE, Brasil;
E-mail: cleversonfelipesf@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4938-2778

Contribuição dos autores:

LMAS contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados e escrita do manuscrito. ASPC atuou como orientadora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. MAR contribuiu na escrita do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual. CFSF contribuiu na escrita do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 02/09/2023

Aprovado em: 22/02/2024

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Resumo: O presente trabalho teve como principal objetivo relatar a vivência acerca do cuidado e atenção à família dos usuários em tratamento oncológico ofertado pelos profissionais de saúde de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia localizado no interior do Ceará, durante a Residência Multiprofissional em Cancerologia. A vivência ocorreu ao longo do ano de 2021, sendo no primeiro ano de atuação na residência como Assistente Social, com inserção nos setores de serviços ambulatoriais, enfermaria de oncologia cirúrgica, radioterapia e quimioterapia, juntamente com os demais integrantes da equipe multiprofissional. Tais atendimentos foram ofertados de maneira individual e coletiva, tanto aos usuários quanto aos seus familiares. Foi possível compreender que o diagnóstico de câncer causa diversos impactos, mudanças e dificuldades na dinâmica familiar, sendo necessária a compreensão desses fatores pelos profissionais de saúde. Com isso, percebe-se a importância do núcleo familiar ser incluído no cuidado considerando suas necessidades e potencialidades, por meio do desenvolvimento de práticas de cuidado integrativas e humanizadas que promovam diálogo entre equipe, usuário e família com objetivo de fortalecer a autonomia, participação e corresponsabilização no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Câncer; Determinantes Sociais da Saúde; Família; Relações Profissional-Família; Assistência Integral à Saúde.

Abstract: The main objective of this work was to report the experience of care and attention to the families of users undergoing oncological treatment offered by health professionals at a High Complexity Oncology Center located in the interior of Ceará, during the Multidisciplinary Residency in Oncology. The experience took place throughout 2021, being in the first year of working in the residency as a Social Worker, working in the outpatient services sectors, surgical oncology ward, radiotherapy and chemotherapy, together with the other members of the multidisciplinary team. Such services were offered individually and collectively, both to users and their families. It was possible to understand that the diagnosis of cancer causes several impacts, changes and difficulties in family dynamics, making it necessary for health professionals to understand these factors. With this, we can see the importance of the family nucleus being included in care considering their needs and potential, through the development of integrative and humanized care practices that promote dialogue between the team, user and family with

the aim of strengthening autonomy, participation and co-responsibility in health care.

Keywords: Neoplasms; Social Determinants of Health; Family; Professional-Family Relations; Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

O câncer se configura como um complexo problema de saúde pública¹. Os dados epidemiológicos apontam que está entre as três doenças crônicas de maior impacto mundial, e se destaca como a segunda causa de morte da população brasileira². As causas do desenvolvimento do câncer são múltiplas, e além de terem como fator de risco características genéticas, são diretamente influenciadas pelos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), os quais consideram que a saúde, também é determinada pelo ambiente em que o indivíduo vive e/ou trabalha. Ou seja, o lugar que ele ocupa nas relações sociais, provocará e/ou ampliará a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco, bem como dificultará o acesso aos fatores de proteção.

Dessa forma, os DSS que implicam no surgimento e agravamento de doenças como o câncer, envolvem questões sociais, étnicas/raciais, culturais e econômicas. Assim, as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade e conseqüentemente as desigualdades no acesso a informações, são destacadas pelo Ministério da Saúde como os principais determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas, o câncer³.

Apesar do avanço técnico-científico, sobretudo no diagnóstico e tratamento precoce, aumentando a probabilidade de cura, o câncer carrega consigo um estigma social, visto pela população como uma doença grave, incurável, atrelada ao sofrimento e ao risco de morte. Este estigma, reforçado pelos inúmeros casos avançados e pelo índice de mortalidade, marcará a forma que usuários e seus familiares vão lidar com a descoberta da doença, sua aceitação e enfrentamento frente aos sentimentos que os envolvem e suas particularidades⁴.

Além do tratamento contra o câncer ocasionar limitações físicas, também há aumento relevante das fragilidades psicossociais. Sobretudo, na forma como o usuário perceberá seu papel social, visto que esse processo de adoecimento muitas vezes é marcado pela perda da independência, do afastamento do trabalho e de outras atividades comunitárias. Por conseguinte, a dinâmica familiar também será afetada, pois os cuidados exigirão mudanças e reorganização de suas vidas⁵.

Espera-se que seja responsabilidade da família participar de todo processo de saúde-doença, disponibilizando suporte afetivo, financeiro e no cuidado. Logo, o fator socioeconômico e familiar influencia diretamente no tratamento, pois pode comprometer sua continuidade e qualidade dos cuidados necessários, principalmente se o usuário adoecido e/ou seu principal cuidador forem os responsáveis pelas questões financeiras da família. Ressaltamos ainda, que a atribuição desse cuidado é majoritariamente destinada às mulheres, uma função fruto da construção social que perpassa questões de gênero, e ainda, podem gerar sobrecarga, quando atribuídas junto ao trabalho doméstico e formal.^{4,6}

No ambiente familiar de um usuário oncológico, quanto mais avançado o estágio da doença, maior será a responsabilidade da família pelos cuidados, alterando a sua dinâmica para melhor atender as necessidades do sujeito adoecido.⁶

O familiar/cuidador passa a exercer funções muitas vezes desconhecidas pela maioria deles, como: realização de curativos, higiene, administração de algumas medicações, manejo de sondas e drenos, além de lidar com agravamento do quadro de saúde⁷.

Neste sentido, para os profissionais que ofertam cuidado, também se coloca a necessidade de compreender o usuário, não apenas como o sujeito doente, mas considerando minimamente seu contexto de vida. Além de reconhecer a importância de fortalecer a presença e apoio familiar ao longo do tratamento, devem auxiliar a família e o usuário, incluindo-os no processo de cuidado não somente como expectadores, mas como protagonistas, fortalecendo sua autonomia.

No entanto, uma abordagem profissional ampla e integral, se torna um desafio no cotidiano das unidades de saúde, pois requer também uma mudança de paradigma do modelo medicalocêntrico, ainda hegemônico na saúde brasileira. Sobretudo no ambiente hospitalar oncológico, voltando a atenção à cura, de maneira fragmentada da realidade, desconsiderando os demais aspectos que abrangem o conceito ampliado de saúde⁸.

Neste contexto, inserem-se as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como potentes estratégias na mudança desse cenário, pois favorecem a reflexão sobre o processo de trabalho, de forma crítica e propositiva. Além disso, contribuem com o cuidado interprofissional, considerando a integralidade da atenção à saúde e colocando o usuário como centro do cuidado⁹.

Dessa forma, este trabalho se justifica pela vivência enquanto Assistente Social residente na Residência Multiprofissional em Cancerologia no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de um Hospital no interior do Ceará.

Diante disso, temos por objetivo relatar a experiência acerca do cuidado e atenção à família dos usuários em tratamento oncológico pelos profissionais de saúde de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia durante a Residência Multiprofissional em Cancerologia.

METODOLOGIA

O presente artigo é um estudo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Ressaltamos que o objeto da pesquisa qualitativa está atrelada as relações humanas e aspectos subjetivos de suas representações e intencionalidades.¹⁰

Por esse motivo, utilizamos a metodologia de sistematização de experiências, que utiliza a análise crítica de experiência(s), ordenando-a a partir da lógica do vivido, de modo a descrever vivências práticas, compreendendo-as e refletindo teoricamente sobre os processos vividos, possibilitando a produção de novos conhecimentos e partilhando os aprendizados, tendo como propósito contribuir com o desenvolvimento da própria prática como também da teoria¹¹.

Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a observação participante e o diário de campo. Na observação participante o pesquisador atua em relação direta¹⁰ com os sujeitos do cenário da experiência, buscando a produção de dados compartilhada. Essa técnica facilita a aproximação e compreensão da realidade, e na medida que o observador também faz parte do contexto, podendo intervir, e aprendendo a se colocar no lugar do outro¹⁰. A utilização da observação participante se deu na atuação profissional como assistente social, intervindo na realidade, nas demandas colocadas pelos usuários ou pela instituição.

O período da vivência compreendeu o ano de 2021, primeiro ano de atuação como Assistente Social na Residência Multiprofissional em Cancerologia, tendo como cenário prático um hospital situado no interior do Estado do Ceará. Caracterizando-se como um hospital filantrópico, sendo seus serviços destinados exclusivamente ao SUS, era gerido pela diocese, no entanto desde setembro de 2022 a instituição está sob intervenção da Prefeitura Municipal. O Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da referida unidade é referência para os 55 municípios de uma região de saúde do Ceará.

O CACON oferta serviços ambulatoriais, tratamento por meio de cirurgias oncológicas, radioterapia e quimioterapia. Cabe destacar ainda, que com a chegada da residência, o serviço passou a realizar atendimentos de Cuidados Paliativos Oncológicos, que até então eram inexistentes.

O Programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia do CACON, onde o presente estudo foi desenvolvido, teve sua primeira turma ofertada no ano de 2021, reunindo as áreas profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A instituição formadora responsável é a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) com sede em Fortaleza. Em todo percurso os/as residentes inseriram-se no território de atuação construindo agendas que tinham como perspectiva o fortalecimento do trabalho em equipe, contribuindo com uma assistência integral e de qualidade aos usuários em tratamento oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, durante todo ano de 2021, os/as residentes puderam atuar nos setores de cada tratamento citado, junto aos

profissionais do serviço, por meio de atendimentos individuais e coletivos aos usuários e seus familiares.

As análises levantadas neste estudo foram realizadas por meio da interpretação da vivência, visto que na pesquisa qualitativa, as análises acontecem durante todo o seu processo, com o propósito de ultrapassar a mera descrição, dialogando com o conteúdo de estudos já existentes sobre a temática¹².

RESULTADOS

A dinâmica de trabalho construída pela equipe multiprofissional ao adentrar no fluxo de atendimento da instituição, possibilitou o acompanhamento dos usuários e seus familiares desde a entrada na unidade hospitalar até os encaminhamentos para os demais tratamentos especializados.

Um dos principais espaços construídos com a implementação da RMS, que possibilitava um contato inicial com usuários e familiares, foi o “Ambulatório Multiprofissional”, formado por toda equipe de residentes que era composta por uma enfermeira, uma farmacêutica, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social. Os acolhimentos aconteciam logo após as consultas com os médicos cirurgiões. Portanto, nesse momento era possível perceber os impactos do diagnóstico, as expectativas e dúvidas acerca do tratamento indicado. Desse Ambulatório, também podíamos perceber as demandas iniciais que se colocavam para cada categoria, agendando então, outro momento para atendimento específico caso necessário.

Os atendimentos ambulatoriais do Serviço Social eram realizados junto à preceptoria, compartilhando o mesmo ambiente estrutural e os casos acompanhados. Em sua maioria, usuários que iniciavam o tratamento de radioterapia. Por se tratar de um tratamento contínuo, a equipe do setor em questão, encaminhava para o Acolhimento Social todos os usuários acompanhados de seus familiares. Neste momento, percebia-se as dinâmicas familiares, as condições socioeconômicas, as dúvidas e percepções sobre o tratamento. Além de orientações sobre os processos do cuidado, eram realizadas orientações sobre acesso aos direitos e serviços de políticas públicas, fortalecimento dos vínculos familiares, da autonomia e

protagonismo dentre outras atribuições e competências profissionais do/a assistente social.

Nos setores de Quimioterapia e Radioterapia também eram promovidos atendimentos diretamente aos usuários e seus familiares pela equipe multiprofissional da residência. Foram realizadas buscas ativas por meio de salas de espera nas recepções, escuta ativa em “beira poltrona” na quimioterapia, bem como a realização de momentos coletivos nesses espaços. Quando necessário, os acolhimentos também eram mediados pela equipe do setor.

A atuação da RMS nos Cuidados Paliativos, aconteceu tanto no Ambulatório de Cuidados Paliativos, quanto nas visitas às enfermarias desta natureza, além das Conferências Familiares realizadas. O cuidado ofertado tinha o objetivo de acolher o usuário e seus familiares, conhecer sua história e a dinâmica familiar, democratizar informações e orientações e ofertar medidas de conforto para dor física, psicológica e social, visando uma melhor qualidade de vida.

Foi o trabalho desenvolvido na enfermaria oncológica, durante as visitas aos leitos que nos aproximou ainda mais das práticas de cuidado da equipe assistencial com os usuários internados e seus acompanhantes. Inicialmente, as visitas aconteciam nas passagens de plantões com a participação de toda equipe do setor (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe de profissionais residentes em cancerologia). Logo após, eram realizadas as visitas multiprofissionais conjuntas pelos residentes, além das visitas por cada categoria, conforme demanda apreendida.

Na enfermaria oncológica, foi recorrente a solicitação de profissionais do setor por um atendimento com a psicóloga e/ou com assistente social quando o usuário ou familiar não “contribuía” com o tratamento, expressando resistência a realizar procedimentos, encontrando dificuldades no cuidado diário, ou mesmo optando pela alta a pedido. Quando esta situação ocorre, o acolhimento e a escuta qualificada podem ser a melhor estratégia para que o usuário e a família compreendam melhor as suas necessidades e as possibilidades do serviço.

Ainda na enfermaria oncológica, uma fragilidade observada diz respeito aos familiares que questionavam e procuravam compreender os procedimentos realizados. Os mesmos eram taxados por alguns profissionais da equipe assistencial como “acompanhantes problemáticos”, “confuzeiros”, entre outros termos. Ressaltamos que essas atitudes necessitam ser cuidadas pela gestão, bem como construção de novas práticas de saúde, envolvendo a Política de Humanização no SUS.

Nas vivências relatadas foi notado o quanto a forma como acontece o diálogo profissional pode gerar dificuldades na construção de vínculo da equipe com usuários e familiares. Ademais, no CACON da referida unidade, verificamos que as relações são fortemente pautadas pelo modelo biomédico, o que acarreta falta de diálogo entre os profissionais da equipe, e destes com os usuários e seus familiares, impactando na participação ativa dos envolvidos no tratamento, por vezes, ocasionando a culpabilização destes frente a adesão e corresponsabilização do cuidado, sem considerar os aspectos que atravessam suas vidas.

DISCUSSÃO

É importante que para uma assistência integral e de qualidade pautada nos princípios do SUS, haja o reconhecimento da necessidade de compreensão do ambiente familiar dos usuários pelos profissionais de saúde, considerando ainda as questões psicossociais, econômicas e culturais que o abrangem⁴. Portanto é relevante situar o conceito de família que direciona este estudo.

Conforme Miotto, a família é um núcleo de pessoas que convivem em um determinado lugar e tempo, unidas por laços consanguíneos, ou não. Tem o cuidado e a proteção de seus integrantes como sua principal função, e está intrinsecamente vinculada a estrutura social na qual está inserida¹³. Ainda, de acordo com a autora em estudos mais recentes, considera a complexidade da família em suas diversas configurações, constituídas cotidianamente a partir de relações entre seus membros e o contexto em que vivem¹⁴.

Para refletir o trabalho com famílias é necessário compreender as duas tendências que prevalecem na inserção da família no campo da política social, são elas a proposta familista e proposta protetiva.

A principal ideia da proposta familista é de falência da família. Pois se sustenta na afirmação que a família e o mercado são as principais instâncias para a satisfação das necessidades, somente quando estes se esgotam, é que haverá a intervenção da esfera pública, de maneira temporária e compensatória. Ou seja, sustenta a redução da participação do Estado no provimento de direitos sociais e transfere a responsabilidade para a sociedade civil.

Essa tendência se fortaleceu na implementação das políticas neoliberais, na construção de políticas públicas com caráter seletivo e focalizado nas populações mais pobres, e trouxe para a família, a responsabilidade dos riscos sociais.

Por outro lado, a proposta protetiva afirma que a proteção é efetivada por meio da garantia de direitos sociais universais, pois possibilitam alicerces para a construção da cidadania, da equidade e justiça social. A presença estatal na garantia dos direitos proporciona autonomia aos indivíduos, diminui as exigências e independência da família. As políticas são planejadas para antecipar as dificuldades enfrentadas pela família, sem aguardar o esgotamento de sua capacidade. Desse modo, é nítido a existência de um tensionamento de projetos distintos no campo da política social, o que refletirá nas ações desenvolvidas pelos profissionais¹⁴.

Por este motivo a família terá um importante papel a ser considerado na construção e efetivação das políticas públicas. Sendo esta, um elo estratégico na rede de cuidados junto aos serviços de saúde.⁶

No entanto, o enfrentamento de uma doença como o câncer, causa grande preocupação e sentimentos como medo, negação e incertezas, tanto para o usuário que passa a temer as possíveis reações do tratamento, como dor, mutilação, afastamento social, a possibilidade de recidiva da doença e a morte, como também para sua família, que acompanha de perto e sofre com as modificações causadas pela doença e sobretudo com a probabilidade de perda do familiar¹⁵.

Nesta perspectiva, a existência ou não, de uma rede de apoio familiar influencia nesse processo. É importante discorrer sobre o cuidado e atenção à família dos usuários em tratamento oncológico pelos profissionais de saúde, destacando a necessidade destes profissionais compreenderem a família também como foco do cuidado, além de incluí-la como sujeito ativo durante o tratamento, considerando os impactos que a referida doença causa no contexto familiar.

Sendo assim, na experiência vivenciada durante a RMS, notamos que a falta, ou mesmo uma comunicação não efetiva, pode acarretar dificuldade de compreensão, muitas dúvidas sobre o diagnóstico, propostas de tratamento e seus efeitos na vida das pessoas, gerando ainda mais sentimentos como medo e ansiedade, impactando assim, na autonomia dos usuários e familiares, desde o diagnóstico a todo percurso do tratamento¹⁶.

Nossa análise também perpassa pela compreensão de que ainda existem muitos problemas a serem superados, tais como a ausência de Educação Permanente no ambiente hospitalar, que abranja temas vinculados à atenção integral à família do usuário oncológico, bem como a valorização dos/as trabalhadores/as da saúde, principalmente os da assistência em enfermagem. Além disso, é necessária a formulação de políticas públicas que garantam suporte às famílias cuidadoras de pessoas acometidas de câncer, tanto no diagnóstico quanto no tratamento, reabilitação e Cuidados Paliativos. Tais ações se constituem não somente como redes de apoio, mas em espaços potentes de garantia de direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo busca contribuir com a reflexão e o desenvolvimento de práticas de cuidado integrativas, que possibilitem um olhar amplo aos usuários e seus familiares, por meio de percepções que rompam a barreira da culpabilização e promovam diálogo entre equipe, usuário e família com objetivo de fortalecer a autonomia, participação e corresponsabilização no cuidado em saúde.

Este estudo proporciona reflexões acerca do tema abordado, para estudantes, pesquisadores/as e trabalhadores/as da saúde, visto a importância da atenção integral ao paciente e sua família, percebendo-a

como espaço estratégico de intervenção, sobretudo ao se tratar de uma doença como o câncer.

Assim, pesquisas futuras podem ser realizadas para contemplar demais aspectos que precisam de maiores aprofundamentos, particularmente no âmbito da atuação do Serviço Social no CACON da unidade hospitalar estudada.

Ademais, a pesquisa se realizou em um contexto de aprofundamento das expressões da questão social^I, com o surgimento da Pandemia de COVID-19^{II}, onde verificamos cada vez mais a importância das políticas sociais/públicas, bem como a necessária defesa do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária Brasileira, que têm como norte uma atenção integral e de qualidade à população do país.

REFERÊNCIAS

1. Araújo Neto LA; Teixeira LA. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Cien Humanas [Internet]. 2017 [citado em 13 de janeiro de 2022];12(1):173–88. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bgoeldi/a/wMKHKQbZr4fsRcTTgmKjgLK/>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2020. [citado em 15 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília, 2021. 118 p. [citado em 15 de janeiro de 2022] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
4. Carvalho CSU. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. Rev Bras Cancerol. [Internet]. 31º de março de 2008 [citado 20 de janeiro de 2022];54(1):87-96. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1765>
5. Lima SF, Silva RGM, Silva V de SC, Pasklan ANP, Reis LMCB, Silva UC. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de paciente em tratamento oncológico. REME [Internet]. 2016;20 [citado em 20 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e967.pdf>
6. Silva M, Santos A, Oliveira R. Serviço social e oncologia: perspectivas do trabalho profissional diante da família. Rev Katálysis [Internet]. 2010 [citado 21 agosto de 2023];13(2):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1930>

^I No âmbito do Serviço Social, a principal autora que discorre sobre o tema é Iamamoto, de acordo com ela, a questão social é o conjunto de desigualdades oriundas e intrínseca da sociabilidade capitalista, sua origem se encontra na contradição entre capital e trabalho, na apropriação privada da riqueza socialmente construída. Na contemporaneidade a questão social assume diversas expressões, como a pobreza, o desemprego e o trabalho precário, a violência, discriminação, dificuldade de acesso aos direitos sociais, entre outros.

^{II} A pandemia de COVID-19, causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), foi identificado inicialmente na China, em dezembro de 2019 e logo se espalhou para diversos outros países do mundo. Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. No Brasil, em meio ao negacionismo extremo durante a pandemia, o país hoje chega a mais de 704 mil mortes pela doença, que tomou também impactos sociais, econômicos, culturais e políticos.

7. Oliveira MBP, Souza NR, Bushatsky M, Dâmaso BFR, Bezerra DM, Brito JA. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. Esc Anna Nery [Internet]. 2017;21(2) [citado em 31 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/p3fHvKrQS6ZzRNspzRdB3gs/?format=pdf&lang=pt>
8. Cabral MPG, Jorge MSB, Franco TB, Franca EVDE. "Ter câncer mudou minha vida": cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. Fis [Internet]. 2019 [citado em 23 de janeiro de 2022];29(3):e290318. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Jhh9PjDnCjBShDjz7KTphcd/>
9. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface [Internet]. 2018 [citado em 23 de janeiro de 2022];22(supl 2):1739–49. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22supl2/1739-1749/>
10. Minayo, MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2016.
11. Holliday OJ. Para sistematizar experiências [Internet]. [citado em 14 de junho de 2023]. 2ª ed. Brasília: MMA; 2006. 128 p. Disponível em: <https://www.ufpb.br/redepopsaude/contents/biblioteca-1/para-sistematizar-experiencias/para-sistematizar-experiencias-livro-oscar-jara.pdf>
12. Taquette SR. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In: Atas do V Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa – CIAIQ: Investigação Qualitativa na Saúde; 2016 jul 12-14; Porto, Portugal; 2016. p. 524-33. [Internet]. 2016 [citado em 15 de junho de 2023];2. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790>
13. Mioto RCT. Família e serviço social, contribuições para o debate. Serviço Social Soc. 1997;55:114-30.
14. Mioto RC. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. Serv Soc Rev. [Internet]. 2010 [citado 20 de julho de 2023];12(2):163-76. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584>
15. Lima LM, Bielemann VLM, Schwartz E, Viegas AC, Santos BP. Adoecer de câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2012 [citado em 21 de agosto de 2023];11(1):106-12. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v11n1/14.pdf>
16. Araujo DF. Comunicação do câncer de próstata: os ditos e não ditos. In: Lopes FG (Org.). Residências multiprofissionais hospitalares: revisitando resultados de um processo de construção. Fortaleza: Editora da Uece; 2021.