

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM DOIS HOSPITAIS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL¹

Juliana Lisot²

Resumo

O cuidado paliativo é destinado ao paciente que não possui possibilidade terapêutica de cura e dessa forma lhe é fornecido um conjunto de práticas que visa proporcionar dignidade e redução do sofrimento no final de sua vida. A presente pesquisa tem como principal objetivo compreender o trabalho do Assistente social com pacientes no processo de cuidados paliativos, devido ao entendimento de que essa demanda apresenta importantes desafios para os profissionais que atuam com ela. Tais desafios relacionam-se, entre outras questões, ao processo de humanização a ser imprimido nos cuidados paliativos que exige a compreensão dos profissionais, bem como do paciente e familiares/cuidadores. O processo de trabalho do serviço social no cuidado paliativo se dá em conjunto com uma equipe multiprofissional, onde é fornecido ao paciente um atendimento humanizado, visando a garantia de seus direitos enquanto indivíduo. Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa e de cunho exploratório

Palavras-chave: Assistente social. Cuidado Paliativo. Paciente.

1. INTRODUÇÃO

Em virtude dos altos índices de doenças crônicas envolvendo pacientes, a rede de saúde e a sociedade em geral passam a compreender a necessidade de um olhar mais humano para os processos de atenção a esses pacientes, identificando nos cuidados paliativos estratégias mais compreensivas de atendimento. Os cuidados paliativos permitem um acolhimento mais digno e humanizado no momento da finitude da vida ou enquanto ela durar.

A presente pesquisa tem como principal objetivo compreender como se dá o trabalho do Assistente social com pacientes no processo de cuidados paliativos, pois além deste profissional ter um papel essencial na equipe multiprofissional, o entendimento desse cuidado humanizado, frente ao paciente e familiar, tem se tornado um desafio para os profissionais que atuam nessa área. Nesse ínterim, ressalta-se que há uma escassez literária sobre o Serviço Social na paliatividade, o que potencializa o interesse na produção aqui realizada.

A delimitação da temática dessa pesquisa vincula-se ao trabalho do assistente

¹ Artigo apresentado à Universidade de Passo Fundo para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

² Acadêmica do Curso de Serviço Social da Universidade de Passo Fundo.

social com pacientes no processo de cuidados paliativos em dois hospitais do estado do Rio Grande do Sul. Ao definir o tema e buscando aprofundar o assunto delimitado para a pesquisa, o problema desta, foi assim estruturado: como se dá o processo de trabalho do assistente social com pacientes através dos cuidados paliativos?

Essa construção levou ao objetivo geral da pesquisa que se constituiu da seguinte forma: compreender o trabalho do assistente social com pacientes no processo de cuidados paliativos a fim de problematizar as competências profissionais necessárias para o trabalho nessa área. Enquanto objetivos específicos da proposta, frisa-se que a intencionalidade está em explicar o processo dos cuidados paliativos; compreender o modo de atuação do assistente social nessa área; conhecer as dificuldades e limites do trabalho do assistente social com cuidados paliativos; e identificar possibilidades de atuação do profissional assistente social para melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Acredita-se que, o trabalho do profissional assistente social seja imprescindível para a formação da equipe multiprofissional que atua com cuidados paliativos, reconhecendo sua atuação na busca de direitos e humanização do sistema de saúde. Tornar o processo paliativo mais humano, motiva a instigação em conhecer o trabalho do assistente social nesse meio, visto que a área da saúde vêm abrangendo um amplo espaço de trabalho para a profissão.

É de importância relatar, que o profissional assistente social, trabalhando diretamente com as políticas públicas e garantia de direitos, está diariamente em contato com a realidade demandada pela melhoria de qualidade no atendimento, na escuta, na entrevista com a família, na necessidade física e emocional do paciente e familiares, no esclarecimento das dúvidas, dentre outras práticas advindas deste profissional, o que enriquece a justificativa da abordagem deste tema.

A abordagem escolhida, além de gratificante do ponto de vista pessoal, mostra que ainda existem muitos tabus relacionados ao tema, especialmente quanto à questão da morte. Nesse sentido, é possível verificar que há possibilidades de um final de vida mais digno e tranquilo para o paciente e os familiares que convivem com essa realidade tão dolorosa. Essa, entre outras questões, passa a ser debatida nesse artigo que, além de apresentar a metodologia construída, apresenta item de análise de resultados e considerações finais.

2. OS CAMINHOS DA PESQUISA: O CONHECIMENTO E A METODOLOGIA

A pesquisa acadêmica visa gerar novos conhecimentos sobre determinado tema de afinidade entre o pesquisador e sua área de escolha. Para além, a criação de uma metodologia de pesquisa que se interliga nessa proposta, é de extrema importância, onde o pesquisador identifique, escolha e justifique seu percurso metodológico.

Segundo Oliveira (2011), a metodologia deve conter a apresentação de como foi feita a investigação na pesquisa, bem como, descrever a classificação quanto aos objetivos da pesquisa, a sua natureza, a escolha do objeto de estudo, a técnica de coleta e a técnica de análise de dados. Trazer essas informações de forma clara e objetiva favorece, portanto, a compreensão do leitor para com a proposta elaborada.

Para operacionalizar os objetivos deste estudo, foi empregada uma abordagem qualitativa, que é utilizada, segundo Richardson (1999), quando não se tem determinadas informações ou vínculos com determinado assunto e existe o interesse em conhecer o fenômeno. Para Guerra (2014, p.10), o estudo qualitativo é o que “defende o estudo do homem, levando em conta que o ser humano não é passivo, mas sim que interpreta o mundo em que vive continuamente”.

Ou seja, nossa vida é relacionada e atividades realizadas pelo contato das pessoas e este estudo é elaborado através da entrevista, da comunicação, dentre outras interações. Neves ressalta que:

Os métodos qualitativos se assemelham a procedimentos de interpretação dos fenômenos que empregamos no nosso dia-a-dia, que têm a mesma natureza dos dados que o pesquisador qualitativo. Tanto em um como em outro caso, trata-se de dados simbólicos, situados em determinado contexto, revelam parte da realidade e ao mesmo tempo que escodem a outra parte (1996, p.1).

Desta forma, é imprescindível a pesquisa ser qualitativa, observando o campo do qual estamos falando e com os profissionais que trabalhamos para atingir a finalidade que se deseja.

Considerando os objetivos da pesquisa, a mesma foi definida como exploratória, de modo que se articulou o tema junto de outras pessoas. De acordo com Selltiz et al. (1965, apud Oliveira, 2011, p.20), enquadram-se na categoria dos estudos exploratórios todos aqueles que buscam descobrir ideias e intuições, na

tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado. Eles possibilitam aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, permitindo a formulação mais precisa de problemas, criar novas hipóteses e realizar novas pesquisas mais estruturadas.

O objetivo da mesma, então, foi explanar, compreender, conhecer e identificar o trabalho do profissional assistente social no processo de cuidados paliativos em dois hospitais do norte do Rio Grande do Sul. Nessa intenção de explanar, ela se justificou pela necessidade de construir uma pesquisa direcionada aos cuidados paliativos considerando a escassez literária da atuação profissional do assistente social, que vem ganhando cada vez mais espaço de trabalho na área da saúde.

O autor Gil (1999, p.43) ressalta, nessa mesma ideia, que “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

A investigação procedeu-se através da pesquisa de campo, onde foi necessário o contato com o ambiente, profissionais e meio que atuam para a elaboração e concretude dos objetivos da mesma. Dessa forma, foi através da pesquisa de campo que se obteve informações e coletou-se dados através da entrevista semiestruturada.

Para isso, a entrevista foi aplicada com o auxílio de um formulário, que segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 212) “é o contato face a face entre pesquisador e informante, sendo o roteiro de perguntas preenchido pelo pesquisador no momento da entrevista”.

Inicialmente, o formulário seria aplicado no momento da entrevista a dois assistentes sociais de dois hospitais da região norte do Rio Grande do Sul. A mesma teria duração de, em média, 25 minutos com cada profissional, contando com a ferramenta de gravação de voz para melhor detalhamento e nitidez das falas.

No decorrer do projeto de pesquisa e a efetivação das entrevistas de campo, houve o afastamento de uma colega assistente social de um dos hospitais. Desta

forma, se deu continuidade apenas com um profissional³ e não mais dois, como havia sido previsto inicialmente.

Outrora, com a chegada da pandemia do Covid-19 neste ano de 2020, a metodologia de aplicação das entrevistas sofreu alterações. No hospital onde se conseguiu entrevistar duas profissionais, a entrevista presencial com as assistentes sociais se deu de forma conjunta, ambas puderam se expressar, contar suas experiências e verbalizar seus afazeres. A mesma teve duração de 40 minutos e foi utilizada a ferramenta de gravação de voz.

Quanto ao processo de coleta relativa ao segundo hospital, a entrevista com o assistente social aconteceu remotamente, via chamada de vídeo, com duração de 25 minutos. A experiência possibilitou sucesso no processo de coleta e pode-se usufruir da tecnologia para chegar-se à realidade vivida pelo profissional acerca de sua atuação nos cuidados paliativos.

Para a privacidade dos profissionais, no decorrer de seus relatos, os nomes foram substituídos por abreviaturas de assistente social (A.S.) seguido pelas respectivas letras do alfabeto (A, B, C), que correspondem às falas de cada um.

Importa salientar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa⁴ (CEP) representado pela Instituição Universidade de Passo Fundo/UPF, pela Comissão de Pós-Graduação e Pesquisa e Comitê de Ensino e Pesquisa Acadêmica dos hospitais envolvidos. Estes avaliaram e autorizaram a realização da pesquisa, respeitando todos os critérios éticos.

Os Comitês de Ética segundo a Resolução 196/96 (BRASIL, 1986, p. 6) devem ser criados em todos os estabelecimentos que realizem investigação científica tais como organização pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas, funcionando como instância primária de orientação, instrução, análise de validade das pesquisas e deliberação de assuntos éticos pertinentes aos protocolos, como também receber e apurar denúncias e determinar a interrupção de projetos de pesquisa quando necessário (OLIVEIRA, 1999, p.191).

³ Salienta-se que as informações prestadas pelo profissional desse hospital referem-se a práticas desenvolvidas até o ano de 2019, já que em 2020 a intervenção com cuidados paliativos não ocorreu com a participação do Serviço Social.

⁴ Número do Parecer: 3.671.575

Por isso, para toda a pesquisa feita, sobre qualquer circunstância e campo trabalhado, é necessário que se prevaleça a ética do entrevistador para com o entrevistado, responsabilidade com as instituições pesquisadas, contando com a ética também profissional dos colegas participantes. Nesse contexto, fez-se necessário a autorização dos participantes para o uso dos dados por eles mencionados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE preenchido em duas vias e disponibilizado para os profissionais entrevistados.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com as entrevistas feitas através do formulário aplicado aos profissionais Assistentes Sociais dos hospitais, pode-se retomar os objetivos que incorporam a finalidade desta pesquisa. Enaltecendo a intencionalidade da proposta, a análise qualitativa dos resultados está dividida em três subtítulos que são: O processo de cuidados paliativos; A inserção do Assistente social nesse meio; e os limites identificados na intervenção profissional no momento do fim da vida, buscando, através deles, responder aos objetivos almejados.

A reflexão dos dados ocorre mediante a articulação da teoria e das vivências das práticas profissionais. O quadro que segue, auxilia na compreensão acerca de quais questões do formulário de entrevista aplicado fundamentam cada um dos itens de análise que seguem:

Quadro 1 - Objetivos Relacionados às Questões do Formulário		
Processo de Cuidados Paliativos	O Serviço Social nos Cuidados Paliativos	Limites do Serviço Social no Processo de Cuidados Paliativos
<p>O que é o processo de cuidados paliativos?</p> <p>Como é feita a promoção do alívio da dor para este paciente, levando em consideração a dor física, psicológica, social e espiritual?</p> <p>O paciente e familiares costumam aceitar a morte como algo natural e permitem o processo dos cuidados paliativos?</p>	<p>Como é o processo de trabalho do Assistente social nos cuidados paliativos?</p> <p>Como o Serviço Social pode contribuir enquanto profissão para o paciente que se encontra no processo de cuidados paliativos?</p> <p>Você considera que a atuação do assistente social nos cuidados paliativos o torna mais humanizado? De que forma?</p>	<p>Quais são as dificuldades e limites que o profissional encontra na área da saúde para lidar com esses pacientes?</p> <p>De que forma o profissional trabalha com essas dificuldades?</p>

Você considera o cuidado paliativo um processo de qualidade de fim da vida realmente efetivo?	Como é o trabalho do Assistente social inserido na equipe multiprofissional?	
---	--	--

Fonte: elaboração da autora, 2020.

A partir da organização das informações coletadas, passa-se a apresentar os resultados nos itens que seguem.

3.1. Processo de Cuidados Paliativos

O conceito de cuidados paliativos surge no século XX, voltado a pacientes com doenças que não possuem possibilidades terapêuticas de cura, podendo eles, desta forma, aliviar sua dor e sofrimento (CARVALHO; PARSONS, 2012). Em outras palavras, os cuidados paliativos referem-se a dimensão do humanizar e dignificar o restante de vida do paciente, abrangendo as questões sociais e biopsicossociais, psicológicas, culturais, religiosas, bem como suas vontades e desejos, aspectos esses que precisam ser considerados na lógica dos cuidados paliativos.

Entre as reflexões teóricas acerca da temática, localiza-se a seguinte definição:

A questão crucial em cuidados paliativos é a qualidade da vida em questão, e não apenas o tempo atribuído a ela. Com foco no controle da dor e alívio de sintomas, os cuidados paliativos são os cuidados integrais e contínuos oferecidos aos pacientes e familiares, para que depois do diagnóstico de uma doença crônica que poderá evoluir, ele possa viver aliviado de seu sofrimento; seja ele físico, psicológico e/ou espiritual e o de sua família, parte integrante do cuidado (SANTOS, 2009, p.258).

O termo empregado denomina a ação de uma equipe multiprofissional, (composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, capelão/assistente espiritual, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo), junto ao paciente e familiares que receberá tais cuidados, já que essa não possui a possibilidade de cura através de medicamentos.

Essa equipe de profissionais é definida pelo Ministério da Saúde, onde o capelão faz parte integrante da equipe multi, considerado um profissional da saúde que trabalha na assistência e nos cuidados à dimensão espiritual.

É nessa linha de pensamento, que os cuidados paliativos despontam como alternativas para a medicina e em 2000 a OMS (Organização Mundial da Saúde)

conceituou cuidados Paliativos como aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2000 apud SANTOS, 2009, p.260).

Isso é possível por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. O paciente que recebe os cuidados paliativos será informado de que ao restante de sua vida, os profissionais qualificados irão proporcionar ao máximo seus cuidados, respeitando seus direitos de vida, suas vontades e desejos, sendo as práticas embasadas por suas condutas éticas e humanizadas.

Não é possível falar do processo do cuidado paliativista sem mencionar a humanização como foco deste, uma vez que quando usufruído, implica em cumplicidade, universalidade e solidariedade entre os envolvidos. A humanização propõe a construção coletiva de valores que busquem a dignidade humana na área da saúde (MORAIS, 2016).

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca colocar em prática os princípios doutrinários e filosóficos do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar dos usuários e servidores.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004, p.8).

Humanizar é se colocar no lugar do outro, proceder considerando a dimensão da empatia e dignificar o atendimento para proporcionar um espaço favorável àquele tratamento através da qualidade de vida. É um conjunto de ações, capaz de valorizar e qualificar a prestação de serviços em saúde.

Historicamente, pode-se localizar que as primeiras manifestações dos cuidados paliativos vieram através dos “hospices” (século IV), lugares estes, que recebiam pessoas as quais não tinham condições de pagar por tratamentos. Foi em 1960, que Cicely Saunders (formada em Enfermagem, Serviço Social e Medicina) fundou o St.

Christopher Hospice, em Londres, demonstrando seus primeiros princípios de “melhoria no fim da vida”, o que direcionou a fundação dos cuidados paliativos (LIMA; SILVA, J; SILVA, M, 2009, p.361).

Nessa perspectiva de compreensão sobre o que é e como se conduz o cuidado paliativo, os profissionais entrevistados referem importantes reflexões que aparecem embasadas nas questões explanadas até aqui. Para o assistente social de um dos hospitais:

O cuidado paliativo, na verdade, traz o foco da atenção ao paciente, de todas as necessidades do paciente naquele momento e não a doença em si, então ele sempre preconiza pra que a gente possa estar trazendo uma atenção bastante efetiva com a família e o próprio paciente (A. S. A).

Buscando ressaltar como ocorrem os cuidados paliativos, a colega assistente social, fala sobre como é o processo desenvolvido dentro do hospital onde atua:

O médico assistente faz um pedido de avaliação e daí o grupo acessa e é voltado pra qual profissional que é o pedido. Normalmente como é manejo de dor, então é o médico do grupo que trabalha diretamente com isso que vai sugerir algumas coisas. Executa no sistema, evolui, deixa ali todas as sugestões e depois definem o que seria o restante da conduta e segue acompanhando se for o caso (A. S. B).

Concordando com essa fala, a também assistente social deste mesmo hospital, complementa que *“se tiver alguma coisa específica de cada área, uma questão mais psicológica ou social de encaminhamentos, por exemplo, a assistente social vai conversar com os familiares”* (A.S. C).

As falas demonstram que nada é decidido, nos cuidados paliativos, sem o consenso de uma equipe de profissionais, o que de fato, é de extrema importância. Cada área específica distinta que integra uma grande área, a da saúde, corrobora com seu conhecimento agregando opinião para a discussão no grupo geral.

Quando essa troca de saberes é falha ou inexistente, toda a unidade hospitalar é afetada, principalmente os serviços oferecidos, que neste caso referem-se aos cuidados paliativos. Conseqüentemente, o paciente deixa de ser atendido em sua integralidade. As falas que seguem auxiliam pensar sobre essa questão:

Nós tínhamos um serviço de cuidados paliativos estruturado no hospital e hoje ele não existe mais, na verdade toda a equipe se desestruturou, não se deu segmento, é claro, se tem pacientes em tratamento de cuidados paliativos, mas não é algo que é visto como é preconizado, então não existe uma comissão, nem nada (A. S. A).

Além de tudo o que os profissionais têm para fazer no hospital, teria mais os cuidados paliativos, então a equipe com o tempo se desgastou. Hoje ainda existe alguns médicos que incluem pacientes nos cuidados paliativos, mas não é algo integral, a gente não consegue fazer o trabalho com toda a equipe. (A. S. A).

Se faz necessário refletir sobre esse cenário. Uma vez que o processo seja instituído, sabe-se que ele traz benefícios e é reconhecido por sua importância tanto para o paciente quanto sua família.

Mesmo assim, nem sempre a instituição consegue manter um grupo organizado que se dirija exclusivamente a esse cuidado. Isso pode ocorrer, por exemplo, pela falta de estrutura hospitalar, de poucos profissionais disponíveis e da escassez de recursos, inclusive públicos, que ocasionam a interrupção de um programa ou de uma atividade.

Pensando que a paliatividade ainda está em processo de construção e efetivação dentro dos hospitais, entende-se que dentre os demais processos desenvolvidos na instituição, ele não ganha tanta centralidade. Tal afirmação pode estar relacionada ao fato que cuidado paliativo não significa cura, portanto, pode expressar menor visibilidade para os profissionais e instituição, quando da sua aplicação. Entretanto, é um processo que está sendo trabalhado e aceito para sua real efetividade, merecendo atenção e investimento das equipes e instituições.

Para além disso, como mencionado pelo sujeito de pesquisa, o grupo de consultoria, muitas vezes não se destina apenas aos cuidados paliativos, mas são responsabilizados por outras demandas da Unidade e isso tende a ocasionar o desgaste físico e psicológico do profissional.

Observa-se que são delegadas aos profissionais múltiplas tarefas com alto grau de exigência e responsabilidade, as quais, dependendo do ambiente, da organização do trabalho e do preparo para exercer seu papel, podem criar tensão para si, equipe e a comunidade assistida (CAMELO; ANGERAMI, 2007, p. 503).

Para não haver esse desgaste, é muito importante a qualificação de toda equipe da saúde, para uma boa compreensão sobre o que realmente é o paliativo. É

verbalizado nas entrevistas que, *“essa questão de definição do que é cuidados paliativos, às vezes nem a equipe médica tem total clareza do que é esse processo. Muitas vezes não se tem uma definição correta nem com a família”* (A. S. A).

Na mesma linha de raciocínio, acrescentam que *“A gente vem de um processo onde tem uma resistência da maioria das equipes do que é o paliativo e do definir um paciente como paliativo e o que é o fornecer pra ele essa dignidade no morrer e tudo mais”* (A.S. B).

Dentre os desafios encontrados à implementação dos cuidados paliativos no Brasil, o Ministério da Saúde, em sua Resolução nº 260, de 4 de dezembro de 1997, identifica a gravidade e importância do problema da dor e dos cuidados paliativos na saúde pública.

A precariedade dos cuidados e a deficiência na formação acadêmica dos profissionais brasileiros de saúde, tem contribuído para a manutenção de preconceitos, mitos e tabus acerca do tema. E conseqüentemente, de uma intervenção sem clareza ou ainda, da criação de empecilhos para a realização dessa proposta nos serviços de saúde.

Quando indagados sobre a efetividade dos cuidados paliativos dentro dos hospitais em que atuam, houve uma afirmação positiva dos sujeitos de pesquisa, quanto à sua necessidade e importância.

“Sim, ele é muito importante, porque na verdade a gente consegue trazer a partir daí, toda uma questão de articulação e condição de vida pra esse paciente no final de sua vida” (A.S. A).

“Ele é necessário e quando conduzido da maneira correta ele é efetivo” (A.S. B).

Porém no que se refere à realidade atual em sua aplicabilidade e funcionalidade, percebe-se o distanciamento da realidade concreta:

“Mas a gente tem que ser bem claro em dizer que é um processo novo ainda, então a gente tem muitas equipes, muitos médicos que não aceitam o paliativo e que infelizmente eles ainda têm uma resistência” (A.S. B).

“Não sei se a (...) concorda, mas ele é um processo que ainda não é efetivo na nossa realidade, ele é um processo que tá se construindo, tá caminhando” (A. S. C).

“Hoje a gente consegue dar um suporte pra família, mas não como a legislação preconiza” (A. S. A).

Do ponto de vista institucional, o cuidado paliativo traz recursos e é muito importante. Pensando na alta demanda dentro dos hospitais, necessita estar preparado com leitos e uma equipe disponíveis. Ao mesmo tempo, o processo paliativo reduz o número de reinternações, como também diminui a longa permanência dos pacientes nas instituições ocupando leito.

Acredita-se então que através do domínio acerca dessa informação e a compreensão do que os cuidados paliativos podem proporcionar de benefícios e humanização nos tratamentos, a aplicabilidade e funcionalidade do processo trará benefícios ao paciente, familiares, profissionais e instituição que constroem abertura para o processo.

3.2 O Serviço Social nos cuidados paliativos

O Serviço Social está ganhando cada vez mais espaço na área da saúde, abrangendo um significativo campo de atuação para o profissional que busca a sua prática. O assistente social, fazendo parte da equipe multiprofissional, com sua bagagem teórico-metodológica, consegue fornecer um atendimento humanizado. Esse atendimento volta-se para a escuta, acolhimento e escuta qualificada do paciente e família, identificando, reconhecendo e fornecendo informações necessárias, preservando a cultura ideológica, social, religiosa, emocional, entre outras.

Segundo Santos (2009, p.120), é possível identificar algumas funções do Serviço Social na área da saúde:

- Intervenção social: sempre de forma articulada com outras áreas, o assistente social desenvolve sua ação junto aos usuários dos serviços e seus familiares, individualmente, em grupo ou em ações comunitárias. Sua intervenção depende do objetivo do serviço no qual se insere.
- Educação social: promove ações que visam ao engajamento dos usuários ou à sua aproximação com a realidade estabelecida a partir do processo saúde-doença.
- Prestação de auxílios concretos: com o objetivo de solucionar problemas imediatos, o assistente social busca a articulação com outros setores da instituição ou serviços externos facilitando, assim, o acesso aos bens e serviços necessários aos tratamentos.

O profissional assistente social possui capacidade tanto para elucidar a realidade quanto para esclarecer, fornecer meios e possibilidades para alcance dos

direitos de um indivíduo. Quando um paciente chega ao hospital, traz consigo uma bagagem com diferentes condições sociais, econômicas, sanitárias que impactam diretamente na sua saúde e de familiares, como também, interfere no modo que seu tratamento será realizado e se terá continuidade.

Relacionado a isso e, considerando o cenário dos pacientes com doenças sem cura e que recebem tratamento paliativo, o mesmo pode vir a sofrer o estigma da sociedade pela sua condição de terminalidade. Dessa forma, o profissional também consegue orientá-lo, trabalhando as possíveis adversidades que podem surgir no decorrer do processo, para que ele não se sinta excluído socialmente.

Frente a isso, o Serviço Social fornece suporte ao paciente e sua família no que diz respeito a garantia dos seus direitos enquanto cidadãos no contexto social.

Tavares, Souza e Santos (2017) mencionam que o papel do assistente social no tratamento em cuidados paliativos abrange três direções: o doente, a família e a equipe. Para isso, será necessária a interlocução desses, além de estar articulado com a rede de serviços de outros setores para que possa fazer a mediação em todo o processo.

A mediação ocorrerá juntamente com a equipe interdisciplinar, na identificação das demandas o que pressupõe o conhecimento da realidade e condições objetivas do sujeito e suas vivências cotidianas, para a efetivação dos direitos dos usuários de modo efetivo.

A atuação do assistente social numa perspectiva interdisciplinar envolve mediação entre o usuário, sua família e os demais profissionais na viabilização de seus direitos sociais, identificar as demandas, as necessidades e conhecer a realidade e particularidade de cada usuário no processo de adoecimento. A atenção do assistente social em Cuidados Paliativos se destina: “para o paciente a garantia da qualidade de vida nos momentos finais e morte digna. Para a família auxílio na manutenção de equilíbrio familiar possível” (ANDRADE, 2008 p.69 apud TAVARES; SOUZA; SANTOS, 2017, p. 10).

Quando perguntado sobre o trabalho do assistente social nos cuidados paliativos, o profissional (A.S. A) responde:

“Na verdade, sempre quando tinha essa ideia de cuidados paliativos, se traz o serviço social porque ela é uma profissão que tem, na sua própria característica, a questão da escuta e da acolhida. Então muitas vezes a gente trazia para os demais profissionais, e traz, independente se for pra cuidados paliativos ou não, algumas ferramentas indispensáveis para os demais

profissionais né. Avaliações no sentido de enxergar aquela realidade que muitas vezes eles não têm essa capacidade técnica né. Então eles trazem uma real importância do Assistente social porque a gente faz essa interlocução entre a família, o paciente e também assim, como toda rede que ele tá inserido”.

Percebe-se, no que se refere ao profissional assistente social, uma atuação ativa nesse espaço e isso resulta na visibilidade perante a equipe. Ou seja, a partir do momento em que o Serviço Social é chamado à frente das ações no processo, ele se torna referência no grupo e para as demais profissões. Conseqüentemente, se identifica o reconhecimento da área e na certificação da qualidade de serviço ofertado pelo mesmo.

Como refere Simão et al. (2010) o assistente social deve ser capaz de, junto da equipe multiprofissional, aprimorar a qualidade de vida do paciente, oferecendo a ele e sua família suporte emocional e social. Ouvi-los pode ser o ponto de partida para os profissionais Assistentes Sociais da área que atuam junto a pacientes terminais.

Isso pode ser percebido em uma das falas, quando é relatado:

“O assistente social trabalha com a família no que se refere a demanda dele, voltada pra parte social, dentro do contexto familiar, avaliação referente a questão financeira, porque o paciente paliativo nem sempre consegue acessar tudo o que ele necessita diretamente na rede. A parte voltada no sentimento e algumas coisas emocionais, vai ficar pra psicologia, assim como o médico, porque todo contexto de esclarecimento pro paciente e pra família do que é o paliativo e esse paciente incurável, o que pode ser feito com ele, cabe ao médico, nós somos o complemento disso” (A. S. B).

Relacionando as falas, o outro colega verbaliza:

“A avaliação inicial, para definir ou não o paciente paliativo era feita pelo médico e serviço social, onde a gente conseguia compreender essa realidade e a partir daí poder direcionar aos demais profissionais. Porque se partisse daqui a pouco de outro profissional não teria essa clareza de para quais profissionais poderia encaminhar. Hoje, quando o paciente tem a paliatividade confirmada, ele solicita uma avaliação clínica multiprofissional do hospital, então todas as áreas são acionadas pra fazer uma avaliação, o que difere do grupo anterior é que a gente não tem um momento de reflexão sobre o paciente” (A. S. A).

A importância em se ter um momento coletivo de troca de informações e saberes se destaca quando se trata de uma vida humana. O que fazer com aquele paciente, como fazer e quem vai fazer é discussão intrínseca para a divisão de tarefas e demandas, não sobrecarregando apenas determinados profissionais.

Para além disso, não é possível falar de saúde sem observar todo o contexto socioeconômico, ambiental e cultural no qual se encontra um indivíduo. E na aplicação dos cuidados paliativos não é diferente. A assistente social relata sua vivência dentro do hospital e corrobora com essa ideia:

“Alguns médicos ainda, quando se fala nos cuidados paliativos, ah, é terminalidade de vida, não tem mais porque ficar dentro do hospital, vamos mandar pra casa e aí a gente tem que trabalhar com esses médicos o “mandar pra casa” mas é um mandar pra casa com o mínimo de dignidade pra que a família possa dar continuidade pra esse tratamento, não precisa mais ser ambiente hospitalar, mas é no domicílio com condições e aí vem nosso trabalho, de ver se essa família vai ter essas condições né. Se a família vai ter uma questão financeira, porque isso pesa muito nos cuidados paliativos, é medicação, oxigênio, é dieta, é uma série de coisas que a família vai precisar dar conta em casa e que muitas vezes a gente esbarra na questão financeira e o não suporte da rede básica” (A. S. C).

Saúde não é apenas ausência de doenças, mas sim, todos os fatores determinantes relativos às condições de vida, como situação habitacional, saneamento básico, alimentação adequada, higiene, dentre outras questões que um paciente em tratamento precisa ter, possibilitando dar continuidade ao recurso em casa, se assim for necessário.

Saber identificar as demandas do paciente no momento delicado de vida e morte é desafiador para o profissional. Por isso, é de extrema importância que o mesmo tenha conhecimento e dominância de suas atribuições e competências inscritas em seu Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão, que irá lhe fornecer o embasamento necessário para qualificar sua escuta e seu olhar crítico nessa jornada.

Existem três dimensões/competências profissionais do Serviço Social - teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa - que segundo Lopes (2018), incorporam a capacidade de mobilizar recursos para decifrar a realidade e construir alternativas de trabalho, dentro do projeto societário defendido pela profissão. Sousa (2008, p.121), descreve as competências do profissional:

Competência ético-política, o Assistente social não é um profissional “neutro”, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática.

Competência teórico-metodológica – o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e

metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;

Competência técnico-operativa – o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, empresas, Organizações Não-governamentais, fundações, autarquias etc.), garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social (2008, p.121).

É através delas, que o profissional deve embasar suas intervenções e afazeres, para que sua atuação, nesse caso dentro do hospital, possua um norte para orientar, informar e esclarecer os pacientes sobre seus direitos e suas dúvidas.

A literatura é muito escassa quando se trata diretamente deste profissional dentro da paliatividade. Acredita-se que por esta ser uma abordagem ainda recente, os estudos vêm sendo ampliados a respeito. Mas é possível afirmar que, nessa perspectiva de atendimento, o Projeto Ético Político do Serviço Social também dá base para uma intervenção que tem como referência a liberdade, autonomia e emancipação dos indivíduos, a defesa intransigente dos direitos humanos, bem como a articulação com outros profissionais.

É considerando essas questões que o assistente social deve consolidar suas práticas, projetando suas ações e afazeres nos hospitais ou clínicas onde atuará, condizendo com a dimensão técnico-operativa para executar o planejamento das atividades propostas, exercendo dignamente os direitos daquele paciente. No contexto dos cuidados paliativos, isso se refere ao que escreve Naira Dutra Lemos, no livro de Santos (2009, p.123), “ouvir o que nos dizem sentir, o que de mais profundo emerge naquele instante e dar voz àquele que está se calando definitivamente, talvez seja o momento mais importante da atuação profissional”.

Deste modo, pensar no trabalho do assistente social dentro da política de saúde, e em específico no processo de cuidados paliativos é altamente necessário, uma vez que sua abordagem respeita as relações ético-políticas profissionais, reconhecendo a realidade na qual determinado paciente está inserido, juntamente com sua família.

3.2.1 Limites do Serviço Social no Processo de Cuidados Paliativos

Trabalhar com a realidade hospitalar e conviver com as vivências dessa instituição nem sempre é uma tarefa fácil, principalmente quando se trata da morte. Raramente alguém está verdadeiramente preparado para lidar com o encerramento de um ciclo de vida.

Considerando essa questão, a sociedade cria um paradigma de resistência relacionado aos cuidados paliativos, quando o hospital é percebido como um lugar para salvar vidas e não para cuidar da terminalidade de um paciente, para cuidar da sua morte. Ao entrevistar os Assistentes Sociais de dois hospitais de Passo Fundo, foram destacados limites da intervenção profissional que estão relacionados a essa e outras questões que dizem do fim da vida.

Uma das reflexões, diz respeito ao limite externo, momento em que o paciente necessita dar continuidade ao seu tratamento em casa, como ressalta uma profissional:

“Eu não vejo tanto limite interno, quanto externo. O organizar. Você encaminhar a família a ter o acesso à esse recurso necessário, tu poder dar condições de uma continuidade desse tratamento domiciliar. A começar pela rede básica, a começar pelo município de Passo Fundo que é referência em saúde macro regional e não tem uma equipe que dê um suporte. A gente conta com as equipes da unidade básica de saúde nos bairros que tem. Se o paciente mora num bairro que não tem suporte nenhum, a família vai ter que se virar, se organizar de alguma forma” (A. S. C).

Nem sempre os princípios que regem a profissão do assistente social são materializados nos processos de trabalho do cotidiano hospitalar. Quando é oferecido ao paciente a internação domiciliar por exemplo, o planejamento inicial seria para um maior conforto e uma terminalidade mais digna, em casa, com seus familiares, mas nem sempre é isso que acontece.

Devemos pensar a rede enquanto um ciclo, que depende de uma continuidade para se fechar. Quando uma das partes não consegue fornecer o suporte necessário, o atendimento não se completa, ou se encerra de uma forma que apenas cumpre as diretrizes burocráticas, mas não favorece à atenção humanizada que também é seu dever.

Ou seja, o paciente é enviado para sua casa com a finalidade de dar continuidade ao cuidado paliativo, mas como em muitos casos, a rede não consegue

fornecer o suporte e acompanhamento à essa família, o tratamento não é efetivado como preconizado. Afinal, a ideia do tratamento no domicílio sugere que esse paciente possa ter os mesmos acessos que tinha no hospital.

Para Alcantara, Vieira (2013, p 341) “O fato de existirem legislações e documentos que defendam o direito do usuário ao atendimento humanizado não assegura que tal princípio se efetive na rotina dos serviços de saúde”. Como destaca Cunha (2010, p. 44):

O assistente social que atua na saúde lida cotidianamente com a [...] realidade do hospital, que precisa desocupar o leito, possibilitando novas internações, tão logo usuário tenha condições de alta; o direito do usuário que está na fila de espera do hospital para ser atendido e que, muitas vezes, precisa se sujeitar a ficar vários dias na emergência até conseguir um leito e, por outro lado, o direito deste usuário internado, que necessita conhecer a rede e seus direitos para poder se reorganizar em função do adoecimento e de suas implicações.

A citação anterior possibilita refletir sobre a importância do controle da qualidade do atendimento, no sentido de que quando o hospital fornece alta a determinado paciente para que ele dê continuidade ao cuidado em sua residência, e este retorna ao hospital porque o cuidado no domicílio não respondeu às necessidades, o atendimento a outros pacientes também é prejudicado já que superlota os leitos e deixa os profissionais sobrecarregados. Essa questão está relacionada à condição do atendimento hospitalar considerando a grande demanda na relação com a pouca oferta de leitos.

Nesse cenário, a rede socioassistencial também foi citada como um limite de trabalho externo do assistente social no processo paliativista. Os profissionais relatam a experiência:

“Para nós Assistentes Sociais os limites externos são mais complicados. Se o paciente é de um outro município, tu faz contato, o município é responsável por aquilo, então em algum determinado momento esse município vai ter que aceitar esse paciente de volta e lá vai dar continuidade pra esse acesso de recursos. A nossa maior dificuldade são moradores de Passo Fundo” (A. S. C)

“A questão dos limites, muitas vezes está ligado a efetivação da própria rede de proteção social. Então os cuidados paliativos também têm essa ideia de não somente o paciente ficar até o fim da morte dentro do hospital, mas que ele também possa estar em seu ambiente domiciliar, junto à sua família e tudo mais. E muitas vezes isso necessita de um aporte da rede de proteção social né, de uma avaliação social, de um acompanhamento da rede que não se efetiva. Então uma das dificuldades do Assistente social é de poder fazer

essa articulação com a rede né, embora a gente tenha essa expertise de poder entrelaçar e traçar a rede, mas há uma grande dificuldade de fazer isso, porque muitas vezes a rede é inexistente ou ineficaz nessas situações.” (A.S. A)

Entremeio o processo de garantia de direitos que o Serviço Social tem como objetivo, se insere a rede socioassistencial. Essa, gera uma articulação de setores, a qual permite a viabilização dos direitos, âmbito onde a atuação do assistente social está totalmente relacionada.

Porém, como visto nas falas dos sujeitos de pesquisa, essa viabilização nem sempre se concretiza, gerando furos nas relações socioassistenciais e deixando a continuidade do atendimento humanizado, em alguns casos, escasso da atenção e suporte necessário. Para Andrade et al. (2015), para um melhor funcionamento das redes:

Deve haver boa articulação interdisciplinar e intersetorial, além de investimentos financeiros, para que os objetivos sejam alcançados coletivamente, permitindo aos integrantes o sentimento de sujeito pertencente à rede.

Com o trabalho através da estrutura em rede é possível que as equipes superem seus limites, se relacionem melhor e com isso, passem a oferecer com mais qualidade os serviços sociais. Desta forma, é necessário que ela seja articulada, uma instituição conhecendo a função da outra, para que o atendimento ao usuário seja efetivo.

Utilizando o contexto de se conhecer melhor, é identificado outro limite citado pelos profissionais Assistentes sociais dos hospitais participantes da pesquisa, a necessidade acerca de se esclarecer o que é o processo paliativo.

“Eu acho que tanto interno, quanto externo, nós não temos o entendimento dos cuidados paliativos. Porque fala em paliativo, as pessoas não têm a clareza do que é.” (A.S. C)

“Porque a maioria infelizmente entende, que o paliativo é aquele paciente que não tem mais o que fazer e que não vai ser feito nada, a grosso modo entendem que é abandono de tratamento, mas é totalmente o contrário, é um conjunto de práticas assistenciais, das quais é fornecido pra ele a dignidade, por ele ter sido considerado incurável mesmo considerado incurável, ele tem que estar em um estágio da doença onde já deixa ele bastante debilitado e tudo mais. Eu posso ter um diagnóstico de câncer incurável, mas eu ainda tenho muitas condições clínicas de me manter, então esse paciente não vai ser definido como paliativo.” (A.S. B)

“Uma das dificuldades é que muitas vezes, nem a equipe médica tem essa definição correta, muitas vezes a gente tá trabalhando com o paciente de cuidados paliativos, daqui a pouco eles dizem que o paciente não tá mais. Dependendo da área profissional, então se é uma especialidade clínica na oncologia eles tem muito mais facilidade em saber se aquele paciente é paliativo, agora pega uma especialidade neuro, que é muito relativo, às vezes o paciente com AVC que precisa de bastante cuidados, mas daqui a pouco possuem uma melhora clínica e já não precisam mais...” (A.S. A)

Muitas vezes a negação e a falta de assistência da rede se dá justamente por essa escassez de compreensão do que são os cuidados paliativos. Dessa forma, se torna imprescindível a preparação dos profissionais da saúde, para que também consigam dar subsídio aos familiares e ao paciente.

Existe um programa chamado Homecare (atendimento em domicílio), que visa a comunicação dos profissionais com o paciente em sua residência, para um melhor acompanhamento de sua realidade e saúde. Segundo Amaral et al. (2001, p. 112):

Os pacientes com doenças crônicas são o alvo desse programa de atenção à saúde, com necessidade de longa permanência no leito e que por qualquer motivo estejam incapacitados de exercerem sua independência, apresentando estes, em geral, problemas sociais e econômicos, além dos problemas de saúde.

Há relatos dessa atividade nos hospitais:

“Quando havia a comissão de cuidados paliativos no hospital, havia o que chamamos de Homecare, que é o tratamento em casa, então a partir do que se definisse que esse paciente estava em situação de homecare, essa mesma equipe, iria também fazer uma avaliação no domicílio. Muitas vezes esse trabalho de Homecare partia da enfermagem e serviço social, pra gente ver esse contexto, principalmente se a questão habitacional estava adequada pra receber esse paciente, a enfermagem de ver se a família estava de uma forma “treinada” para receber o paciente e a partir daí ter um acompanhamento com todos os profissionais. Isso pode ser feito durante um período, depois não teve mais efetividade” (A. S. A).

As profissionais também verbalizam a falta de um cuidado em domicílio na instituição onde trabalham, sinalizando que esse serviço auxiliaria muito no acompanhamento com os familiares e permitindo a segurança deles no processo, sabendo que possuem um suporte de uma equipe que estará presente nesse momento difícil. Muitas vezes, por não haver esse serviço, o paciente é mandado para casa e acaba retornando para o hospital.

Todavia, para manter esse tipo de serviço, o hospital necessita investir em equipamentos e profissionais qualificados. É de conhecimento que nem sempre existe esse suporte financeiro para arcar com os gastos de um programa em domicílio.

Outro limite encontrado na rotina de afazeres do assistente social nos cuidados paliativos é a negação dos familiares. Podemos compreender como isso funciona com a fala de quem vivencia isso:

“Quanto maior a estrutura familiar e quanto mais o número de pessoas envolvidas, às vezes não facilita, às vezes dificulta, porque tu vai ter muita divergência de opiniões, né. O familiar que de repente é aquele filho que sempre acompanhou a doença do paciente oncológico, vamos supor, desde o início, ele consegue processar de uma forma diferente porque ele acompanha todo o sofrimento, aí tu acha que tem tudo organizado com aquela família. Aí vem o filho que mora lá no exterior e que sabe de toda a patologia do pai ou da mãe que tá ali, mas ele não acompanhou a vivência do que ocorreu, do que esse paciente já passou, aí vem toda a negação.” (A. S. B)

A negação é uma defesa mental do ser humano, é o reflexo daquilo que não queremos sentir, do processo que não queremos viver e de algum fato desconfortável que não estamos preparados para assumir.

A família do paciente sabe que está lidando com o processo de morrer de um ente querido, mas nunca está totalmente adaptada à ideia da morte. Quando a mesma chega, fica desorientado, com raiva, culpa, entre outros sentimentos e sensações que surgem em decorrência dessa perda.

“Nós enfrentamos outro limite, quando se começa a trabalhar com a família, a dizer por exemplo, na oncologia, que não tem mais o que fazer com esse paciente, enquanto médico, não tenho mais o que te oferecer de tratamento terapêutico, a gente tem situações em que as famílias querem trocar de médico, é o processo de negação. Pensam, não esse médico não quer mais fazer nada. A gente vivencia isso às vezes porque a família não consegue aceitar” (A. S. C).

Santos (2009, p.59) exemplifica o contexto da negação afirmando que:

O fato de não se poder saber o que ocorre quando a morte chega e, ao mesmo tempo, sentir terror com sua proximidade, acrescenta ao ser humano outro tipo de sofrimento, o de não saber. O não saber é vivenciado também como aterrorizante, um vazio que nos mostra que, ao não sabermos nada, não podemos fazer.

Quanto a esse aspecto, o assistente social entrevistado ressalta que quanto à negação da família e do paciente, o Serviço Social não contribui diretamente nessa frente, sendo o psicólogo profissional responsável para condução dessa etapa.

Para além, também verbaliza que:

O medo do cuidado, o medo que a família tem de levar o paciente e ele morrer em casa, isso a psicologia que trabalha essa questão do medo, dessa insegurança e nem sempre a gente alcança êxito, às vezes o paciente não vai pra casa, justamente por esse medo, essa insegurança (A. S. C).

Segundo Mendes et al. (2009), é frente ao risco de morte, que a negação desta realidade pode se apresentar, e não é incomum que isto ocorra no começo de uma doença séria. O tempo de permanência no estágio de negação, dependerá de diversos fatores, incluindo a estrutura de personalidade, apoio familiar, apoio social, tipo de cultura, idade, forma de comunicação do diagnóstico, entre outros.

Mesmo não sendo um processo formalizado pelo profissional assistente social, os colegas destacam essa intervenção como limite, pois havendo a permanência da negação, as possibilidades do Serviço Social materializar os direitos daquele paciente e sua família e fornecer o atendimento humanizado necessário, tornam-se prejudicadas.

Por fim, ressalta-se que faz parte do trabalho do assistente social, saber intervir com as diversidades e limites identificados no ambiente de trabalho, pois utiliza de uma bagagem de habilidades e conhecimentos que contribuem para o manejo dos empecilhos no caminho de sua intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste trabalho, importa salientar que tanto o objetivo geral, quanto os específicos desta pesquisa foram respondidos. A coleta e análise de dados permitiram pensar sobre em que consiste o cuidado paliativo, bem como o modo de atuação do Assistente social nesse cenário, elencando limites e possibilidades de intervenção profissional.

Foi possível concluir que o cuidado paliativo ainda é um processo recente, mas de grandes resultados quando compreendido e aplicado da maneira coerente como é

preconizado. Ressaltam-se como elementos centrais dessa proposta, a humanização e a empatia.

Compreendendo o trabalho do assistente social com pacientes no processo de cuidado paliativo, identificou-se que há abertura e espaço para este profissional na área, uma vez que toda abordagem paliativista envolve a garantia de direitos do paciente e família, bem como a humanização do processo, que sempre está em processo de construção na saúde.

No demais, foi constatado que os limites externos relacionados à articulação com a rede influenciam no processo dos cuidados paliativos, uma vez que o paciente necessita desse suporte, pois nem todas as famílias possuem condições socioeconômicas e estruturais para a continuidade do tratamento em casa.

Ainda, se faz necessária a compreensão do que significam os cuidados paliativos por parte dos profissionais, que precisam sempre estar aperfeiçoando e ampliando seu conhecimento. Para além, o entendimento do paciente e familiar também se torna necessário e foco de intervenção, pois quando passam a aceitar com maior tranquilidade todo o processo de fim de vida, também conseguem compreender o que o processo paliativo traz de benefícios para a redução do sofrimento e uma morte digna.

É na articulação das competências profissionais ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa do Serviço Social que se localizam as possibilidades de uma proposição interventiva efetiva da profissão nos cuidados paliativos. Através da articulação delas, concretiza-se a instrumentalidade profissional que nesse cenário está diretamente relacionado a busca da compreensão do que é o cuidado paliativo e de como ele deve ser aplicado, abordado e inserido nos ambientes hospitalares e clínicos.

Diante disso, a pesquisa demonstra a vivência profissional do assistente social inserido nos hospitais e no trabalho direto com cuidados paliativos, consistindo, essas vivências, em importantes focos de estudo e produção do conhecimento. Cada vez mais é necessário investir nessa questão, enquanto foco de intervenção, mas também de investigação, permitindo materializar os avanços do Serviço Social no processo de cuidado paliativo.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Luciana S.; VIEIRA, João M. W.; **Serviço Social e Humanização na Saúde**: limites e possibilidades. Textos & Contextos: Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/14332>> Acesso em: nov. 2020.

ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho; COSTA, Tereza Raquel Negreiros do Nascimento; NORONHA, Mayza Lorena Barbosa da Silva; SOUZA, Vivianne Batista Riker. **Rede socioassistencial e viabilização de direitos**: desafios ao Serviço Social. 2015. Disponível em: >

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/rede-socioassistencial-e-viabilizacao-de-direitos-desafios-ao-servico-social.pdf>< Acesso em: nov. 2020.

AMARAL, Nilcéia Noli; CUNHA, Márcia Cristina Bauer; LABRONICI, Rita Helena Duarte Dias; OLIVEIRA, Acary Souza Bulle; GABBAI, Alberto Alain. **Assistência domiciliar à saúde (home health care)**: sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. Disponível em: >

<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>< Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. 4ª edição. Brasília/DF, 2010. Disponível em: >

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf< Acesso em: out. 2020.

BRASIL. **Código de Ética do Assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª edição. Brasília. Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. Riscos Psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: Percepção dos profissionais. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, P. 502-507, 2007. Disponível em:

><http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a04.pdf>< Acessado em Outubro de 2020.

CARVALHO, Ricardo T; PARSONS, Henrique A; **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ªed. Agosto, 2012. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-decuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em: out. 2020.

CUNHA, Carmen Lucia Nunes. **Serviço Social na saúde**: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. 2010. Disponível em:

><https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/7910>< Acesso em: nov. 2020.

DIÁRIO Oficial da União. **Edição 232**. Dezembro de 2017. Disponível em: < http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/741885/do1-2017-12-05-portaria-n-260de-4-de-dezembro-de-2017-741881> Acesso em: out. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. **Manual de pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte. 2014. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/3208794-Manual-de-pesquisa-qualitativa.html>> Acesso em: set. 2020.

LIMA, Aline C.; SILVA, José A. S.; SILVA; Maria J. P. **Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família**: Revisão Bibliográfica. Cogitare Enferm 2009 Abr/Jun; 14(2):360-7. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15630>> Acesso em: Out. 2020.

LOPES, Cinthia Fonseca. **Competências e atribuições do assistente social**: qual o ponto de partida? XVI ENPESS. 2018. Disponível em: > <https://periodicos.ufes.br/abepss/issue/view/938>< Acesso em: nov. 2020.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível em >http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso< Acesso em: nov. 2020.

METODOLOGIA CIENTÍFICA: um manual para a realização de pesquisas em administração. Maxwell Ferreira de Oliveira. 2011. Catalão. GO. Disponível em: < https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf> Acesso em: set. 2020.

MORAIS, Ana Maria Santana. **A humanização na área da saúde**: uma proposta reflexiva para o serviço social. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia-Goiás 2016. Disponível em: > <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3552/2/ANA%20MARIA%20SANTANA%20MORAIS.pdf>< Acesso em: out. 2020.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa-características, usos e possibilidades**. São Paulo, V.1, Nº 3, 2º SEM. 1993.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha. Comitês de ética: Pesquisa em Seres Humanos No Brasil; **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 189-194, abr./jun. 1999

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. CATALÃO-GO 2011. Disponível em: < https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf> Acesso em: out. 2019.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SIMÃO, Andréa Branco; SANTOS, Fernanda; OLIVEIRA, Liane de Freitas; SANTOS, Renata Aline; HILÁRIO, Rita Colen; CAETANO, Suélem Cabral. **A atuação do serviço social junto a pacientes terminais**: breves considerações. 2010. Disponível em: > https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200009< Acesso em: nov. 2020.

SOUZA, Charles Toniolo. **A prática do assistente social**: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. 2008. Disponível em: ><http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/altineia.neves/instrumentos-e-tecnicas-em-servico-social/sousa-charles-t-a-pratica-do-assistente-social-conhecimento-instrumentalidade-e-intervencao-profi-ssional/view>< Acesso em: nov. 2020.

TAVARES, Andreia M. O.; SOUSA, Debora M.; SANTOS, Camila T. **A Prática do Assistente social em Cuidados Paliativos**. 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/apraticadoassistentesocialemcuidadospaliativos.pdf>> Acesso em: nov. 2020.