

Trabalho do Assistente Social em Equipes Multiprofissionais de Cuidados Paliativos

Mabel Gonçalves da Silva ¹
Lucia Conde de Oliveira²

Introdução

Importantes mudanças ocorreram no perfil de adoecimento, cura ou morte da população em razão de nova sociabilidade gerada no contexto das intensas transformações sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais. Durante muito tempo as doenças contagiosas matavam mais pessoas, mas com o avanço da tecnologia e o consequente aumento da expectativa de vida, são as doenças crônicas e degenerativas as principais causas de óbitos (BARATA, 2008).

Com a valorização excessiva da prática curativa pela medicina aliada à cultura hospitalocêntrica, o cuidado das pessoas doentes se tornou muito impessoal, mecânico. Em face do avanço da tecnologia, sobretudo na segunda metade do século XX, inúmeras doenças até então consideradas sem cura passaram a ter tratamento. No entanto, aquelas pessoas fora de possibilidade terapêutica de cura, muitas vezes, continuam submetidos a tratamentos invasivos e

¹ Assistente Social, Pós-graduanda em Seguridade Social, Políticas Sociais e Serviço Social. Email: mabel-paz@hotmail.com

² Assistente Social, Pós-doutorado em Saúde Coletiva, Prof^a adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Email: conde.lucia@gmail.com

não recebem o devido suporte para controle de dor e de outros sintomas.

Na década de 1970, emergem movimentos em defesa dos direitos das pessoas com doenças crônicas, em busca de uma melhor comunicação entre profissionais de saúde e os indivíduos, e pela autonomia destes (MENEZES, 2004).

Para Lapargneur (2011, p. 65), “a deontologia médica é abstrata e pode cair num juridicismo desumano, quando se esquece de que o objeto dos cuidados não é o ser humano em geral, mas uma pessoa em particular”. Cada pessoa tem sua historicidade, somos seres biográficos e biológicos, e necessitamos de atenção diferenciada. Desse modo, o tratamento pode ser adequado para uma pessoa, mas inadequado para outra. É preciso, portanto, atentar para a subjetividade.

No contexto da humanização do cuidado, surge o cuidado paliativo. Este é entendido como uma estratégia de humanização voltada para os indivíduos que não têm mais possibilidade terapêutica de cura. Busca-se assegurar qualidade de vida a essas pessoas, sob a premissa do trabalho interdisciplinar, apreendendo o ser humano de maneira integral e respeitando sua autonomia mediante uma comunicação franca.

Na definição da Organização Mundial da Saúde (2002), cuidado paliativo é a “assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida”. Esse tipo de cuidado não constitui uma prática inferior à medicina curativa, porém como em seu próprio nome já afirma, tem por objetivo aliviar, mitigar, suavizar.

O cuidado paliativo valoriza o trabalho multiprofissional e por isso é prestado por uma equipe base, a qual é composta por médico (a), enfermeiro (a), psicólogo (a) e assistente social. Tenciona assistir a pessoa de maneira integral, holística. Como pressuposto da equipe consta a valorização de todos os saberes, pois todos são essenciais para assegurar qualidade de vida a quem não tem mais possibilidade terapêutica de cura.

Contudo, o trabalho em equipe deve superar a perspectiva multidisciplinar que seria a justaposição de saberes e avançar para a interdisciplinaridade, na medida em que se estabelece uma articulação dos diferentes saberes para promover o bem-estar dos sujeitos. Para Yamamoto (2002), as particularidades de cada profissão é o que torna o trabalho interdisciplinar mais coeso. Por isso é importante valorizar os ângulos particulares de observação de cada profissional para que os usuários tenham melhor atendimento.

Nos cuidados paliativos existem determinados pilares, entre estes, controle de sintomas, apoio à família e comunicação clara, objetiva e constante. A autonomia da pessoa também é valorizada por esse ideário: o indivíduo como personagem central da sua história. Assim, o assistente social se insere com o objetivo de, junto com os demais profissionais, possibilitar mais qualidade de vida ao usuário, propiciando-lhe e à sua família suporte indispensável.

Desta forma questionamos: como se desenvolve o trabalho do assistente social nessas equipes? Quais as demandas para o assistente social e qual a visão dos outros membros da equipe sobre a atuação do assistente social?

Para responder a estas questões, estabelecemos como objetivo geral analisar o trabalho de assistentes sociais em equipes multiprofissionais de cuidados paliativos e como objetivos específicos: compreender as principais demandas emergentes para o Serviço Social nas equipes multiprofissionais de cuidados paliativos; entender os saberes dos (as) assistentes sociais quanto aos fundamentos dos cuidados paliativos; analisar como se dá o cuidado paliativo junto aos usuários e apreender a visão dos membros da equipe de cuidados paliativos sobre o trabalho dos assistentes sociais.

Em busca breve na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com a palavra-chave cuidados paliativos, encontramos 179 artigos. Entre os assuntos mais frequentes constam o trabalho da enfermagem nos cuidados paliativos, equipe multidisciplinar, o controle de dor, administração de medicações para pessoas em cuidados paliativos, entre outros temas relevantes,

porém não identificamos artigo tratando especificamente da atuação do assistente social nessa área.

Autores como Santos (2009), Pessini, Bertachini (2011) e Menezes (2004) tratam da temática e abordam o trabalho dos profissionais integrantes da equipe de cuidados paliativos. Nestas obras podemos observar relatos sobre o trabalho do assistente social. Contudo, sentimos a necessidade de ampliar essa discussão e trazer a visão da equipe multiprofissional sobre o trabalho do assistente social.

A pesquisa foi realizada em Fortaleza, capital do Ceará, quinta maior cidade do país. Fortaleza conta com aproximadamente 2.452.185 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010). Apesar da elevada população, a cidade dispõe de poucas equipes de cuidados paliativos, apenas cinco inscritas na Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Destas, somente duas têm a equipe básica composta por médico (a), enfermeiro (a), assistente social e psicólogo (a). Os membros destas equipes foram os sujeitos desse estudo.

Foi uma pesquisa descritiva do tipo qualitativa. Para produção dos dados, utilizamos a entrevista semiestruturada com assistentes sociais integrantes das equipes multiprofissionais de cuidados paliativos e também com os demais profissionais das referidas equipes.

O período de produção dos dados ocorreu de novembro de 2014 a fevereiro de 2015. Para a análise, empregamos a análise de conteúdo temática seguindo a proposta operativa de Minayo (2008). De posse das transcrições das entrevistas, desenvolvemos a pré-análise, em seguida a exploração do material, identificando os temas – trabalho em equipe, atribuições dos assistentes sociais e visão da equipe sobre o trabalho do assistente social – e por último o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Não adotamos a versão clássica da análise de conteúdo (BARDIN, 2011), pois não executamos inferências estatísticas, e sim a descrição dos núcleos de sentidos que emergiram das falas dos entrevistados, confrontando-os com as concepções teóricas estudadas.

Para realização da pesquisa, optamos por dois hospitais de Fortaleza, um de caráter filantrópico que atende tanto os usuários do Sistema Único de Saúde como os de planos de saúde e particulares, e o outro, que só atende particulares e usuários de planos privados de saúde. No primeiro a equipe trabalha no atendimento domiciliar e ambulatorial; já no segundo o maior foco são internação e ambulatório.

Os profissionais entrevistados na pesquisa foram os seguintes: duas assistentes sociais, duas médicas, duas psicólogas e um enfermeiro. Esses profissionais têm entre 30 e 54 anos, quatro deles cursaram especialização em cuidados paliativos e dois já têm pós-graduação em temas relacionados à oncologia. Quanto ao tempo de atuação nos cuidados paliativos, é entre um e cinco anos.

Segundo relato das duas assistentes sociais que trabalham em cuidados paliativos, elas têm mais de um emprego, são mulheres, uma casada e outra solteira, ambas demonstram gostar muito de atuar na equipe de cuidados paliativos. Ambas, também, trabalham 30 horas semanais nas equipes de cuidados paliativos e têm contratos via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Como recomendado, o estudo seguiu as normas sobre a pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CAAE: 36449414.7.0000.5534).

O presente artigo derivou-se do trabalho de conclusão do curso de serviço social. Com ele apresentamos para a sociedade um tema que apesar de ser muito importante ainda é pouco discutido. Ademais, como a criação de equipes de cuidados paliativos é uma realidade ainda relativamente nova em Fortaleza, podemos perceber algumas marcantes nuances para implantação dessas equipes.

Para compreendermos a atuação do assistente social nas equipes de cuidados paliativos, precisamos contextualizar a política social na qual essa atividade se efetiva em tempos de ajuste neoliberal, assim como um breve histórico dos cuidados paliativos e sua normatização no Brasil.

1. Política de Saúde em Tempos de Ajuste Neoliberal

Diante da crise econômica e política vivida no Brasil durante a Ditadura Militar, na década de 1980, a saúde passou a fazer parte do debate político e contou com expressivas frentes de luta: acadêmicos, estudantes, profissionais de saúde, partidos políticos de oposição, movimentos sociais urbanos e entidades da sociedade civil. Todos se uniram em torno do movimento sanitário.

Referido movimento tinha várias reivindicações. Entre elas, podemos citar: a universalização do acesso à saúde, saúde como direito, descentralização, financiamento efetivo, novos mecanismos de gestão, um sistema unificado, entre outras. Em face da participação da sociedade civil e das discussões em curso, culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou um marco para a saúde pública no Brasil e suas propostas foram referência para o capítulo da saúde na Constituição de 1988 (BRAVO, 2008).

Com a promulgação da Constituição de 1988 aprovou-se a seguridade social voltada a assegurar direitos no âmbito da saúde, assistência e previdência, sendo constituída de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade. A seguridade traz alguns objetivos, como: universalidade, equidade, população urbana e rural tratadas equivalentemente, diversidade financeira, etc. Seu custeio é proveniente de toda a sociedade, por meio de impostos e contribuições sociais (BRASIL, 1988). Nesta, o direito universal à saúde passa a ser dever do Estado, ao qual compete assegurar participação popular, sistema unificado, regionalizado, descentralizado, hierarquizado. Logo, foi uma marcante conquista. Contudo, os desafios ainda eram enormes, pois não fora definida a questão do financiamento.

Como direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços no âmbito da saúde são de relevância pública e formam uma rede regionalizada e hierarquizada. As redes de atenção à saúde se organizam em níveis de atenção com diferentes densidades tecnológicas: atenção primária ou básica, porta de entrada,

secundária ou de média complexidade e terciária ou alta complexidade (BRASIL, 1990).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) trabalha com as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e participação da população. Este sistema é financiado com os recursos da seguridade. Na saúde, há liberdade para a iniciativa privada, esta sendo de caráter complementar, mas é vedada a participação de fundos públicos na iniciativa privada.

Nessa perspectiva, anseia-se pela superação do modelo biomédico, para uma visão ampliada da saúde reconhecendo seus determinantes e condicionantes, tais como: alimentação de qualidade, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer. As definições constitucionais são detalhadas na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, explicitando-se os objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, competência e recursos do SUS. Já na Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 trata da participação social no SUS e da transferência dos recursos financeiros.

No mesmo período em que a base legal para efetivação do SUS foi aprovada ocorreu também um forte ataque liberal, com desmonte da seguridade social e sucessivas reduções de investimentos nas políticas públicas. Nesse contexto, o Estado passa a transferir responsabilidades para o setor privado, com consequente “redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação” (BRAVO, 2004, p. 100). Esse projeto tem o objetivo de diminuir os gastos do Estado ao máximo; assim, quando falamos de “Estado mínimo”, logo nos remetemos a grandes cortes no investimento das políticas sociais.

Com o ajuste neoliberal, as políticas sociais sofrem um processo de privatização, dando às políticas públicas e sociais caráter de focalização. Outra regulamentação importante do Estado neoliberal foi a implementação do terceiro setor, constituído pelas organizações sem fins lucrativos que executam as políticas públicas sociais. Dessa maneira, o Estado delega parte da sua

responsabilidade a este setor. O fenômeno do voluntariado também é apropriado pela estratégia neoliberal. Estabelece-se assim um binômio: privatização e focalização.

Vale salientar que o Brasil não vivenciou o Estado de Bem-Estar Social, porém começa a adotar o neoliberalismo nos governos de Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso, cujo período ficou marcado pela onda de projetos de privatizações de estatais.

As iniciativas voluntárias vêm no âmbito de uma “nova divisão do bem-estar social” induzida pelo ideário neoliberal, a partir da década de 1980. Ou seja, já que a atuação do Estado é mínima, tenta-se transferi-la para a sociedade civil. Como evidenciado, a noção de sociedade civil tem sofrido fortes mudanças, pois com o advento do neoliberalismo, o aumento de ações por Organizações não Governamentais (ONGs) é crescente. Ademais, a alusão à filantropia tem sido um marketing do neoliberalismo, inclusive nas propagandas da televisão, no intuito de minimizar o papel do Estado.

Saúde, alimentação, bem-estar, habitação e serviços sociais são direitos de todos de acordo com a Declaração dos Direitos Humanos de 1948, na qual apenas a condição de ser humano já deveria garantir o acesso a esses direitos, os quais são reconhecidos no artigo 6º da Constituição de 1988.

Sob o entendimento de que saúde vai muito além da ausência de doenças, se faz necessário assistência em todos os momentos da vida, mesmo quando se esgotam as possibilidades terapêuticas de cura. Nessa perspectiva, trataremos sobre cuidados paliativos, estratégia para promoção da qualidade de vida para a pessoa acometida por doença que não responda ao tratamento curativo e seus familiares.

2. Cuidados Paliativos: nota histórica e estratégias de intervenção

O movimento dos cuidados paliativos surge em um tempo quando se supervaloriza a sobrevivência das pessoas com pouca

atenção para a qualidade de vida. Nos cuidados paliativos há uma preocupação com a construção de significados para o doente fora de possibilidade terapêutica de cura (FPTC); postula-se uma atenção à totalidade bio-psicossocial-espiritual.

Um termo bem comum ao falarmos de cuidados paliativos é *hospice*, derivado do latim (*hospes*), que significa abrigo, refúgio, usado como analogia às hospedarias para o descanso de viajantes durante a Idade Média. Para Melo (2011, p. 292), a palavra *hospice* significa também estranho e anfitrião, incluindo outros termos correlatos como *hospitális*, que “significa amigável, ou seja, bem vindo ao estranho, evolui para o significado de *hospitalidade*”. Geralmente o *hospice* é o local onde se atendem os doentes em extrema vulnerabilidade. Para Matsumoto e Manna (2008), o *hospice* é mais que um local, é uma filosofia, já que esse indivíduo fora de possibilidades terapêuticas de cura pode ser atendido em casa, hospital, ambulatório, etc.

O primeiro *hospice* de que se tem notícia remonta ao século IV, mas somente em 1842 foi fundado um exclusivamente para pacientes em extrema vulnerabilidade, provavelmente em Lyon, França. Nos anos seguintes surgiram outros *hospices*, em 1846 em Dublin, Irlanda e em 1885 em Londres (PESSINI, 2011).

Em 1957, Cicely Saunders (graduada em enfermagem, serviço social e medicina) iniciou o movimento dos *hospices* na Inglaterra e fundou o Saint Christopher, que se tornou referência na prática dos cuidados paliativos. Ela também lutou por uma medicina paliativa voltada a pessoas em fase avançada de doença (MENEZES, 2004). Saunders passou a usar o método de analgesia com opioides e a levar em consideração, além da dor física, a dor psicológica, social, emocional e espiritual (MCCOUGHLAN, 2011).

Com base no conceito formulado por Saunders, de “dor total”, e nos estudos de Kubler-Ross, indicando cinco estágios vivenciados pelos indivíduos na iminência da morte, ou perda, surge “um espaço de intervenção para profissionais com conhecimentos específicos, voltados ao controle de dor e de sintomas, e a um trabalho social e psicológico” (MENEZES, 2004, p. 59).

Em 1987, o Reino Unido reconheceu a medicina paliativa como uma especialidade médica. Esse reconhecimento possibilitou visível avanço para os cuidados paliativos. Cursos como medicina e enfermagem passaram a ter estudos sobre a temática, inclusive programas de pós-graduação foram criados (PESSINI, 2011).

Para o referido autor, apesar das resistências, os cuidados paliativos têm se espalhado pelo mundo, até mesmo nos Estados Unidos, onde o movimento surgiu sem participação de médicos. Em 1983 os cuidados paliativos começaram a ser incorporados em lei. Os seguros de saúde a partir desse ano passaram, progressivamente, a cobrir a assistência de *hospice*.

No Brasil, a emergência dos cuidados paliativos se deu no período em que o país vivia o final da ditadura, quando governos valorizavam a construção de hospitais e a iniciativa privada (PEIXOTO, 2004).

A atuação da Medicina Paliativa no Brasil surgiu em 1983 por iniciativa da Doutora Míriam Marteleite, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (MELO; CAPONERO, 2009). Em 1991 o serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer I passou a funcionar contando com equipe multiprofissional remunerada. Antes as equipes de cuidados paliativos eram voluntárias. Apenas em outubro de 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) com propósito de agregar os serviços de cuidados paliativos já existentes, assim como divulgar a prática paliativista (MENEZES, 2004).

A ABCP tem papel fundamental para elevar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde por meio de congressos, seminários e conferências. Esses eventos são organizados anualmente e já contaram com a presença de profissionais de vários países (MELO, 2011).

Mais um avanço neste âmbito foi em 1998, no Rio de Janeiro, com a construção do Hospital do Câncer IV, que se tornou referência em cuidados paliativos. Em 2005, outro marco para os cuidados paliativos foi a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Esta iniciativa revelou-se essencial para fomentar o debate sobre os cuidados paliativos no Brasil, para regularização profissional do paliativista no país. Com ela também surgiram definições mais claras do que é cuidado paliativo. Com a revisão do Código de Ética Médica em 2009 incluiu-se este tema como um princípio fundamental, a evidenciar grande conquista para os paliativistas.

Para a implementação dos cuidados paliativos no Brasil é importante reconhecer que a negligência com os doentes fora de possibilidade terapêutica de cura é um problema de saúde pública; ademais, é preciso implementar mudanças de atitude e se reconhecer que muito se pode fazer por quem está nos momentos finais de vida.

De acordo com Melo (2011, p. 295), existiam alguns obstáculos para implantação de cuidados paliativos no Brasil. Entre os citados pelo autor, identificamos que estes ainda permanecem:

[...] deficiência na educação dos profissionais de saúde; ausência de uma política educacional adequada; preocupação quanto ao abuso de morfina e outros opioides, causando aumento de restrições na prescrição e fornecimento de morfina; limitação no fornecimento de outras drogas necessárias para o alívio de dor e outros sintomas; e carência de recursos financeiros para pesquisa e desenvolvimento em cuidados paliativos.

Com o aumento da esperança de vida e o avanço das doenças crônicas degenerativas, urge o efetivo desenvolvimento de cuidados paliativos. Contudo, algumas medidas devem ser adotadas, entre elas, o compromisso por parte do governo. As evidências da necessidade desse serviço existem, mas além do convencimento dos governantes, é mister um compromisso firmado por essa causa. Outro aspecto é a educação em cuidados paliativos, orientando as pessoas para que essa perspectiva do cuidado seja conhecida e esses sujeitos exijam seus direitos. Nesse aspecto, a educação também pode reduzir estigmas e preconceitos sobre as doenças crônicas degenerativas. A terceira medida a ser tomada é a provisão dos remédios essenciais para o controle de dor, como opiáceos,

geralmente de difícil acesso, pois na ótica de muitos, a disponibilidade do medicamento encorajará o uso indevido (MCCOUGHLAN, 2011).

Em 2002, verificou-se um marco na regulação desse serviço, quando o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de estimular a discussão em torno de cuidados paliativos e controle de dor, e edita a Portaria GM/MS nº 19/2002. Esta tem por finalidade aprimorar a organização de ações voltadas para a assistência às pessoas acometidas por dor, e para os cuidados paliativos, trata também sobre a valorização de uma abordagem holística. Neste prisma, institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2002).

Seguindo o *modus operandi* do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de regular as ações e serviços de saúde por meio de portaria, o Ministério da Saúde instituiu ainda nessa esfera, em 2005, a Portaria GM/MS nº 2.439, que criou a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades da federação. Referida política pretendia, entre outras iniciativas: organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção; ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer; fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil (BRASIL, 2005). Neste prisma, as pessoas com câncer em estágio avançado da doença apresentam uma condição crônica e, por isso, poderão ser alvo dos cuidados paliativos.

Como já nos referimos, a mudança do perfil epidemiológico aponta para o avanço das doenças crônicas degenerativas. Desta forma, exigem-se novas formas para organização dos sistemas de saúde que se propõem a prestar uma atenção integral. Estudos de modelos internacionais apontam para a necessidade de organização do SUS em uma rede regionalizada (MENDES, 2010). Para tanto, foi editada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde

(RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em seguida, o MS definiu cinco redes prioritárias e normatizou cada rede por meio de novas portarias. Em fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria nº 252 estabelecendo a rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS. O objetivo foi fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2013b).

Com o avanço da organização das RAS, criaram-se novos mecanismos de integração da política de saúde para o câncer e consequentemente dos cuidados paliativos. Assim é editada a Portaria nº 874/2013, que revoga a Portaria GM/MS nº 2.439/2005, e institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Em abril de 2014 a Portaria nº 483 revoga a Portaria 252/2013, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no campo do SUS e firma diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2013b).

Apesar das muitas normativas e dos avanços na discussão acerca dos cuidados paliativos, ainda existem inúmeros desafios com vistas à sua efetivação. Na prática, diariamente, usuários dos serviços de saúde ouvem a frase “não temos mais nada para fazer” e morrem sem controle adequado de dor e sem o acompanhamento de uma equipe habilitada.

3. Trabalho do (a) Assistente Social em Equipes Multiprofissionais de Cuidados Paliativos

Como profissão, o Serviço Social emerge da sociedade burguesa madura para responder a uma necessidade de “amenização da questão social”. No entanto tem se mostrado propositiva para romper com suas bases conservadoras.

Segundo Barroco (2010), a construção de uma nova moralidade profissional é definida em marcos históricos, em torno de duas etapas: a primeira, que contempla as décadas de 1960/70, e a segunda, ilustrada pelas reformulações dos códigos de 1986 e 1993. Para Yamamoto (2012, p. 27), “[...] o serviço social é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social uma manifestação de seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e da reprodução da vida social”.

Conforme previsto, a atuação do assistente social perpassa a dimensão investigativa e interventiva. Além de conhecer as demandas é mister intervir. Esse profissional é chamado a atuar tanto no planejamento quanto na execução e avaliação das políticas sociais.

O trabalho do assistente social é exercido em diferentes espaços sócio-ocupacionais, e um grande campo de atuação desse profissional é a saúde. Quando falamos do Serviço Social na saúde precisamos pensar na perspectiva de totalidade e não meramente no campo da operacionalidade. Para Cavalcanti e Zucco (2008, p. 75):

[...] a inserção do serviço social tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis do SUS derivada da adoção do conceito ampliado de saúde, que compreende o processo saúde doença como decorrente das condições de vida e de trabalho.

O projeto de reforma sanitária solicita dos profissionais de Serviço Social posturas distintas do modelo privatista. Enquanto o primeiro solicita democratização do acesso aos serviços de saúde, trabalho interdisciplinar, acesso democrático às informações, estímulo à participação popular, entre outros, o projeto privatista requer seleção socioeconômica dos usuários, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, atuação psicossocial, que pode tender ao aconselhamento (CFESS, 2010). Contudo, mesmo se o profissional estiver inserido no âmbito privado ele pode ser criativo e propositivo e fazer um trabalho na perspectiva da transformação. O inverso também acontece.

Conforme evidenciado, o projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social têm muitas semelhanças, como a defesa da universalidade, equidade, participação/control social, justiça social, ampliação e consolidação da cidadania. No projeto ético-político do Serviço Social consta um compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população. Ele é expressamente contrário aos ajustes neoliberais que restringem o financiamento público e tornam os serviços focalizados, rompendo com a noção de integralidade defendida na reforma sanitária.

Também nessa perspectiva de apreender o ser humano de maneira integral os cuidados paliativos defendem um trabalho interdisciplinar, com uma equipe multiprofissional habilitada.

Na atenção paliativa há uma rede ampliada de profissionais com formações distintas na composição da equipe, com objetivo de proporcionar uma atenção mais completa à pessoa com doença que ameaça a vida. O cuidado também se expande aos familiares e cuidadores; cada profissional tem bem especificadas suas funções e se pretende que cada caso seja discutido pela equipe.

Consoante os profissionais entrevistados apontaram, a interdisciplinaridade é uma característica indispensável para ser considerada no cuidado paliativo. Eles reafirmam a importância de perceber o indivíduo em sua completude:

[...] na grande maioria das vezes o paciente não necessita só do controle daquele desconforto físico que é proporcionado pelo cuidado do médico, às vezes ele precisa de cuidados multiprofissionais, uma atenção do enfermeiro para, vamos supor, cuidado com as feridas, verificando a dosagem da medicação que está sendo feita, se é necessário ser mais ou menos, isso a gente está sempre em contato com o médico, o olhar do psicólogo acerca do lado emocional, o olhar do serviço social com relação de como é o convívio social, aos possíveis conflitos que sempre existem, a grande maioria das vezes sempre tem a parte financeira por trás. E também que não é da nossa equipe, mas que trabalha em conjunto com a gente, é o nosso capelão, é essencial o cuidado do lado espiritual (Entrevistado 3/enfermeiro).

Os profissionais percebem a relevância do trabalho em equipe. Como salientam, as atribuições de cada um são indispensáveis para que a atenção integral seja realmente uma realidade. Existem semelhanças em todas as falas acerca da importância da equipe multiprofissional. Conforme a maioria relatou, “é impossível se pensar cuidados paliativos sem a presença de uma equipe multiprofissional capacitada”. Uma das estratégias que viabilizam a interdisciplinaridade é a reunião semanal, como afirma uma das assistentes sociais entrevistadas:

Temos uma reunião semanal às segundas-feiras pela manhã, a gente faz as discussões de caso, vê o que tem de programação para a semana, o que aconteceu na semana passada (Entrevistado 1/assistente social).

Consoante defende o projeto ético-político do Serviço Social, os assistentes sociais devem se articular com outras categorias profissionais que compartilhem de objetivos similares, para potencializar a luta e a obtenção do que se pretende (NETTO, 1999).

Como mencionado, o histórico do Serviço Social nos cuidados paliativos inicia-se em 1957, já que a pioneira dos cuidados paliativos, Cicely Saunders, tinha formação em serviço social, enfermagem e medicina. Assim, desde o princípio se evidenciam as atribuições do assistente social nos cuidados paliativos e uma preocupação com o homem em sua completude.

Na ótica de Andrade (2009, p. 223):

A atuação do assistente social em equipes de atenção paliativa pode ser resumida em conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente e para a garantia de morte digna. Cabe também a esse profissional avaliar a rede de suporte social dos envolvidos para junto a eles acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso

ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas com aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral. Soma-se a isso a importância da escuta e da acolhida no momento tão especial, que é o do enfrentamento de uma doença incurável e em fase final de vida.

Para o profissional de Serviço Social é indispensável perceber as particularidades. Cabe-lhe propor alternativas com vistas a amenizar os sofrimentos e assim, em parceria com os outros profissionais e a família, assegurar ao indivíduo a qualidade de vida em todos os estágios, inclusive nos momentos finais.

Entre suas principais atribuições as assistentes sociais mencionam:

Avaliação social, durante a qual são analisados aspectos como: renda familiar, número de componentes da família, infraestrutura da casa, ou seja, realizamos intervenção no contexto em que o paciente está inserido, observando outros fatores importantes da dinâmica familiar, a exemplo de possíveis atritos com membros desse núcleo, além de problemas que comprometem a estabilidade doméstica, exigindo intervir de forma a minimizar as questões que possam influir no processo de tratamento, realizando inclusive encaminhamentos para a rede socioassistencial (Entrevistada 2/assistente social).

[...] a demanda é mais relacionada ao acompanhamento da família, à figura do cuidador e aí a gente faz encaminhamentos, não é tão presente a questão das negligências, dos maus tratos, é um outro contexto. Não é como você vê no hospital que tem diversos tipos de negligência contra o idoso, mas aqui é mais uma demanda familiar mesmo, e aí você faz encaminhamento para benefícios, como, por exemplo, saque de FGTS, você orienta, paciente que recebe alta tem a orientação para o suporte adequado no domicílio (Entrevistada 1/ assistente social).

Segundo exposto, as falas das profissionais apontam para a questão de viabilizar direitos, do contato com a família,

encaminhamentos para rede socioassistencial, cuidado no sentido de perceber o indivíduo em sua totalidade. O contexto no qual cada profissional trabalha contribui para que as demandas sejam um tanto diferenciadas, pois as condições socioeconômicas dos usuários acompanhados são distintas nas equipes estudadas. Na visão dos demais profissionais da equipe, como atribuições dos assistentes sociais na equipe, constam as seguintes, como pode ser observado no depoimento da psicóloga: as principais preocupações do assistente social são em relação à curatela, renda familiar, responsável pelo doente. Afirma:

Quando fazemos visitas juntos enquanto eu pergunto como vão suas emoções, tem dormido bem, a assistente social pergunta quem é responsável em casos de decisões, como é a organização familiar, em relação à renda, etc. (Entrevistada 4/psicóloga).

Ainda como parte do seu trabalho, o assistente social procura verificar a situação previdenciária, trabalhista, financeira do usuário para assegurar-lhe o possível para melhor qualidade de vida, além de suporte à família (SANTOS, 2006).

Na família do usuário, o cuidador é sempre alvo de atenção da equipe, por ser geralmente um membro da família que o acompanha e se responsabiliza pelo cuidado a ele dispensado. Trata-se geralmente de alguém muito próxima do doente. Para Carvalho (2011, p. 306), “ao falar do cuidador estamos falando de todos aqueles que procuram atender a necessidade dos pacientes, quer sejam necessidades físicas, quer sejam psicossociais. Assim sendo, os cuidadores podem ser tanto a equipe de saúde como os familiares do paciente”.

Nesse processo, a família é muito importante, pois seu conhecimento significa melhor cuidado do doente, tendo em vista que a organização das famílias se dá de maneira diferenciada. Na afirmação de Andrade (2008, p. 70), “[...] é imprescindível que toda a equipe conheça e reconheça a família com quem manterá contato no trato com o paciente”.

A percepção de uma assistente social sobre as principais demandas nos cuidados paliativos ilustra a presença marcante da família:

Então a demanda é mais relacionada ao acompanhamento da família, a figura do cuidador (Entrevistada 1/ assistente social).

Uma das atribuições do Serviço Social nesse processo é a reunião com os familiares. Nela há orientações à família e procura-se dividir as responsabilidades entre os familiares para que um cuidador não concentre todas as obrigações. Possibilita um momento para ouvir a família sobre as dificuldades de cuidar do doente em casa e também informa sobre o serviço funerário, caso seja necessário.

Outros fatores também precisam ser levados em consideração. Entre estes, a questão da moradia adequada, locomoção do usuário, de que forma adquirirá a medicação, como prover alimentação adequada se a família não tiver condições para tal.

Sobre a desinstitucionalização da morte, ou seja, o acolhimento da pessoa doente em casa, existem aspectos contraditórios. Embora promova a humanização do cuidado personalizado no ambiente familiar, também tem sido uma estratégia para reduzir os custos do sistema de saúde. Contudo, para a família, nem sempre é possível, pois algumas vezes os laços familiares foram esgarçados e esta resiste em receber o familiar em casa. Compete então ao profissional de Serviço Social identificar os pontos de conflito dentro do ambiente familiar e junto com os demais profissionais tentar intervir no intuito de promover o melhor para a pessoa doente e sua família (SANTOS, 2006).

Ainda conforme Santos (2006, p. 63), o assistente social desempenha dois papéis de destaque em equipes de cuidados paliativos:

[...] o primeiro é que cabe a esse profissional informar para a equipe quem é o paciente do ponto de vista biográfico, em que meio ele vive e quais as condições para que ele possa ser atendido

pela equipe [...] a outra é que muitas vezes torna-se o elo entre paciente/família e equipe.

A comunicação franca e o respeito às decisões da pessoa doente também constituem um ponto marcante nos cuidados paliativos. Ao negarmos as informações para o usuário, podemos privá-lo de viver os dias que lhe restam da forma mais intensa possível. No projeto ético-político do Serviço Social também se contempla essa perspectiva. Segundo Netto (1999, p. 15), “este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais”.

Consoante Kubler-Ross (2008) destaca, é através do diálogo com esses usuários que temos a possibilidade de entender sua real necessidade e só assim será possível uma intervenção tendo em vista a totalidade do sujeito. É necessário respeito, inclusive quando a pessoa não quer aceitar que está doente.

Também é fundamental a interação com a rede socioassistencial, uma vez que a pessoa em cuidados paliativos pode apresentar uma série de demandas, como: transporte para fazer exames ou se deslocar para o hospital, necessidade de alimentação adequada, elaboração de testamento, medicações, etc.

Na fala de uma assistente social identificamos os elementos referidos:

Encaminhamento à rede de proteção social como CAPS, CRASS E CREAS. Além de orientações em caso de óbito (Entrevistada 2/assistente social).

É notável nas falas que a equipe enfrenta dificuldades para encaminhar a pessoa doente e familiar à rede socioassistencial, em virtude do processo de precarização dominante nessas instituições, em um contexto neoliberal onde as políticas são focalizadas e restritas e as expressões da questão social são cada vez mais evidentes.

Em ambas as equipes estudadas as atribuições dos assistentes sociais são muito semelhantes e o trabalho é desempenhado em parceria com os demais profissionais. Conforme observamos, toda a equipe reconhece a importância da presença do assistente social na equipe multiprofissional de cuidados paliativos, como mostram as falas:

[...] é tão importante quanto o médico, quanto o psicólogo, quanto o enfermeiro, quanto todos os outros profissionais. É inadmissível hoje formar uma equipe de cuidados paliativos sem que tenha presente o assistente social (Entrevistada 5/médica).

O assistente social é tão indispensável quanto os outros profissionais (Entrevistada 4/psicóloga).

A equipe evidencia a necessidade trabalho do assistente social e todos os entrevistados demonstraram ter clareza das atribuições do profissional dentro da equipe. Os profissionais trabalham bem em equipe e sempre fazem visita juntos.

Fundamental, assim como é fundamental o trabalho dos outros profissionais, porque o assistente social ele consegue detectar e resolver certos aspectos que para outros profissionais poderiam passar despercebidos, mas que são de extrema importância, na nossa equipe eu, a psicóloga e a assistente social, as nossas funções descritas elas se perpassam, têm inter-relação e é fundamental porque às vezes o assistente social pode identificar um problema e repassa para equipe (Entrevistado 3/enfermeiro).

Como percebemos, os profissionais entrevistados que atuam nos cuidados paliativos têm uma visão positiva do trabalho em equipe e isso repercute como eles se tratam entre si. Inclusive os médicos tiveram atitudes de valorização do papel dos outros componentes da equipe. A fala dessa médica trata da saúde como completo bem-estar, não só físico, emocional, mas também social. No seu entendimento aqueles usuários carentes de mais atenção em

face das manifestações da questão social necessitam de informações sobre seus direitos e cabe ao assistente social orientá-los.

Bem, eu acho que as atribuições do assistente social são igualmente necessárias à do médico e da enfermeira e da psicóloga, têm a mesma necessidade, a mesma importância [...] A esse olhar do dia a dia, às vezes quando a gente vai na casa de alguns pacientes eles nem têm dor, eles nem têm tanto sofrimento, mas o problema é social, não existe quem cuide, ou às vezes dificuldade de quem está cuidando, de sobrecarga, então o olhar do assistente social é muito importante, não só para tentar resolver essas questões diárias, como para informar que direitos esse paciente tem do ponto de vista de leis no Brasil (Entrevistada 6/médica).

As assistentes sociais inseridas nessas equipes multiprofissionais de cuidados paliativos desempenham suas atribuições, tendo em vista assegurar direitos dos usuários e dos seus familiares. Desse modo, contribuem para promover qualidade de vida. A nosso ver, essa área de atuação só tende a crescer para o Serviço Social e é preciso os profissionais estarem aptos para lidar com essas demandas emergentes.

Considerações Finais

Segundo observamos, as equipes de cuidados paliativos estudadas são campos promissores para o trabalho interdisciplinar. De acordo com as falas dos profissionais, eles conhecem bem o campo de atuação e gostam de falar sobre o trabalho que desempenham.

Percebemos que realmente as atribuições do Serviço Social na equipe de cuidados paliativos estão atreladas à perspectiva de garantia de direito dos usuários e dos seus familiares. Como profissionais, elas facilitam a efetivação do objetivo dos cuidados paliativos, isto é, garantia de qualidade de vida. As assistentes sociais entrevistadas demonstraram ter amplo conhecimento acerca

dos cuidados paliativos, ambas cursaram pós-graduação sobre a temática. Ao mesmo tempo, têm comprometimento com o projeto ético-político da profissão. Ademais, trabalham na perspectiva da garantia de direitos dos usuários.

Ainda como evidenciamos, o cuidado paliativo é prestado aos usuários e familiares de maneira continuada e tendo em vista a garantia de qualidade de vida. Nas duas equipes estudadas existe a prática das visitas periódicas às pessoas doentes e àqueles em situação de maior vulnerabilidade dispensa-se mais atenção.

Geralmente, os profissionais fazem visitas aos usuários em conjunto. Observamos que as equipes têm alguns focos para garantir que a pessoa viva bem cada momento, como: controle de dor, apoio psicológico, viabilização de direitos sociais, previdenciários, cuidado com as feridas (estomaterapia) e apoio à família.

A filosofia paliativista valoriza a comunicação franca, a autonomia, a qualidade de vida, o controle de dor e demais sintomas, uma intervenção multiprofissional. Como integrante dessas equipes, o assistente social exerce significativo papel ao lidar constantemente com os familiares. Muitas vezes, se torna um mediador entre equipe multiprofissional e família, podendo informar para a equipe quem esse usuário é biograficamente.

Todos os componentes da equipe básica de cuidados paliativos reconhecem a importância do assistente social dentro da equipe; conforme percebem, as atribuições e competências designadas a esse profissional são essenciais para que a equipe desempenhe seu trabalho tendo em vista a totalidade.

Quanto à principal reivindicação desses profissionais é por uma equipe mais ampla, porquanto o número de pessoas fora de possibilidade terapêutica de cura só aumenta, enquanto o número de profissionais é reduzido. Alguns profissionais também relataram a necessidade de mais conhecimento sobre a temática por parte dos médicos assistentes.

É preciso admitir que os dados apresentam limitações quanto ao tamanho da amostra, pois no Ceará as equipes de cuidados

paliativos foram criadas recentemente e apenas duas assistentes sociais são exclusivas da equipe de cuidados paliativos.

Um complemento a este estudo seria entrevistar também os usuários e/ou familiares que estão em cuidados paliativos no intuito de apreender a percepção destes sobre o cuidado prestado. Outra sugestão seria aprofundar o estudo acerca da interdisciplinaridade como premissa dos cuidados paliativos.

Estudar temas que valorizam a humanização do atendimento prestado pelo sistema de saúde, seja público ou complementar, implica uma mudança de paradigma para a área, mesmo que lenta e gradual. A valorização de iniciativas que transcendam a lógica curativa permite uma valorização dos sujeitos e uma consequente melhora no atendimento do ser de maneira integral.

Assim podemos afirmar que os cuidados paliativos defendem que há muito a ser feito por aqueles que não têm prognóstico de cura. Pode-se assistir esse indivíduo de maneira holística, levando em conta não apenas a dor física, mas também o social, o emocional e o espiritual. Enfim, pode-se propiciar-lhe melhores condições em especial nesse momento de finitude.

Referências

ANDRADE, Letícia. Serviço Social. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. Coord. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

ANDRADE, Letícia. Papel do assistente social na equipe de cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Serviços de dor e cuidados paliativos**. Disponível em: <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/site/servico.php>>. Acesso em: 2 de jun. de 2014.

BARATA, Rita Barradas. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico 2010. **Cidades do Ceará**: Fortaleza. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza>. Acesso em: 05 de mar. de 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 19 de 03 de Janeiro de 2002**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: MS, 2002. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>>. Acesso em: 15 de jun. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 252 de 19 de Fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 17 de jun. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 483 de 1º de Abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. Brasília: MS, 2014. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 25 de jan. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 874 de 16 de Maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 25 de jan. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.439 de 08 de Dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. Brasília: MS, 2005. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>. Acesso em: 17 de jun. de 2014.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 17 de jun. de 2015.

BRAVO, Maria Inês Sousa. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, Maria Inês Sousa. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth, et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CARVALHO, Vicente Augusto de. Cuidados com o cuidador. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

CAVALCANTI, Liduina Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de saúde e serviço social. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele (Orgs.). **Serviço Social e Políticas Sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. Atribuições privativas do (a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LAPARGNEUR, Hubert. Procurando fundamentos para a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

MATSUMOTO, Dalva Yukie; MANNA, Mônica Cecília Bochetti. Hospedaria. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidados paliativos**. São Paulo: CREMESP, 2008.

MCCOUGHLAN, Marie. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

MELO, Ana Georgia Cavalcante; CAPONERO, Ricardo. Cuidados Paliativos: Abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana (Org). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MELO, Ana Georgia Cavalcante. Os cuidados paliativos no Brasil. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 de jul. de 2015.

MENEZES, Rachel Aisengard. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond / Fiocruz, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e política social: Módulo 1 - Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados paliativos. Fonte: <<http://www.who.int/nmh/publications/en/>>. Acesso em: 2 de maio de 2014.

PEIXOTO, Ana Paula Abranches Fernandes. **Cuidados paliativos**. Sociedade de tanatologia e cuidado paliativo de Minas Gerais. 2004. Fonte: <<http://www.sotamig.com.br/dawloads/Cuidados%20Paliativos%20%20generalidades.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

PESSINI, Leo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

SANTOS, Cíntia Forcione. A atuação do assistente social em cuidados paliativos. In: FIGUEREDO, Marco Tullio de Assis. **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo: Unifesp, 2006.

SANTOS, Franklin Santana (Ed). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

Recebido em 26/07/2016 e
aceito em 03/12/2016.

Resumo: *Com a apropriação de tecnologias verificada no pós-Segunda Guerra Mundial e a institucionalização do tratamento de doenças em hospitais, a medicina passou a valorizar mais a prática curativa, mas sem levar em conta os aspectos sociais, emocionais, espirituais, entre outros. Consequentemente, o atendimento tornou-se excessivamente mecânico, sendo necessário pensar estratégias para humanizá-lo. Nessa ótica, os cuidados paliativos surgem para suprir uma lacuna na busca pela qualidade de vida das pessoas que não têm mais possibilidade terapêutica de cura. Esse artigo tem por objetivo analisar o trabalho de assistentes sociais em equipes multiprofissionais de cuidados paliativos. Pesquisa de cunho qualitativo, na qual se realizaram entrevistas semiestruturadas com sete profissionais que atuam em equipes de cuidados paliativos. Utilizou-se a análise de conteúdo temático para análise dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.*

Palavras-chave: *Política de Saúde, Cuidados Paliativos, Trabalho do Assistente Social.*

Title: *Social Workers practice in multi-professional palliative care teams*

Abstract: *With the ownership of technology that happened during the Second World War, and the institutionalization of illness treatment in hospitals, the medicine field gradually valued more the healing practice, without considering variables such as social, emotional and spiritual aspects. Consequently, the health assistance became excessively mechanical, what creates the necessity for strategies to humanize it. From this perspective, palliative care emerges to fill a gap in the search for quality of life for people with no therapeutic possibility to be cured. This article aims to analyze the social workers practice in multi-professional palliative care teams. It is a qualitative research, in which were performed semi-structured interviews with seven professionals from palliative care working team. Thematic content analysis was used to analyze the data. The research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará.*

Keywords: *Health Policy, Palliative Care, Social Work Practice.*
