

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL A PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO.

RESUMO

Francisca Natália Félix Vieira¹
Sebastiana Shirley de Oliveira Lima²

O presente artigo aborda a atuação do assistente social em uma nova modalidade de cuidado ao paciente denominada de cuidados paliativos. O serviço social é uma das profissões que compõem a área da saúde e que trabalha de forma interdisciplinar com a equipe multiprofissional da Unidade de Saúde. O artigo tem como objetivo geral compreender a atuação do Assistente Social na assistência a pacientes em cuidados paliativos e sua família e como objetivos específicos o de compreender o cuidado paliativo sob o aspecto conceitual, princípios e trajetória no Brasil e identificar os direitos dos pacientes em cuidados paliativos, a partir de um estudo bibliográfico.

Palavras- chaves: Cuidado Paliativo. Direitos. Serviço Social.

ABSTRAC

This article addresses the role of the social worker in a new modality of patient care called palliative care. Social work is one of the professions that make up the health area and works in an interdisciplinary way with the multidisciplinary team of the Health Unit. The article aims to understand the role of the Social Worker in assisting patients in palliative care and their families. and as specific objectives to understand palliative care under the conceptual aspect, principles and trajectory in Brazil and to identify the rights of patients in palliative care, from a bibliographic study.

Keywords: Palliative care. Rights. Social Service.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos pesquisas mostram o envelhecimento cada vez maior da população brasileira. Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirmam que a população brasileira irá parar de crescer em 2047 e que em 2060 a população idosa, acima de 65 anos, chegará a 25,5% da população, no ano de 2018 a população idosa representa 9,2%, isso se deve a fecundidade, mortalidade e imigração. Podemos concluir que há uma maior expectativa de vida, a medicina está sempre em evolução buscando garantir mais qualidade de vida às pessoas. Doenças que antes levariam precocemente ao óbito, como o avanço das tecnologias e da medicina, hoje

¹ VIEIRA, FNF. ASSISTENTE SOCIAL. Estudante do Curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Caucaia.

² LIMA, SSO. ENFERMEIRA. Doutoranda em Saúde Coletiva e Mestre Saúde Pública (UECE) Especialista em Regulação em Saúde (USP) Especialista em Vigilância em Saúde (Sírio Libanês)

podem prolongar a vida das pessoas portadoras dessas doenças, no entanto, o objetivo da medicina não é apenas prolongar a vida de pacientes portadores de doenças crônicas e sim proporcionar a esses paciente uma qualidade de vida.

Segundo Dalva Yukie (2012), colaboradora do Manual de Cuidados Paliativos em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o objetivo de definir políticas para o alívio da dor e de cuidados com pacientes com câncer, foi denominado então de cuidados paliativos, termo já existente no Canadá. No ano de 1990, segundo a autora, a ONU definiu cuidados paliativos como: “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”, definição revisada e atualizada em 2002.

Os cuidados paliativos são utilizados em pacientes que estão nas últimas fases de uma doença incurável e busca proporcionar ao paciente uma qualidade de vida durante seus dias de vida, o objetivo dos cuidados paliativos não é prolongar a vida do paciente e sim proporcionar que seus últimos dias sejam dignos e de qualidade. Os cuidados paliativos buscam proporcionar a prevenção e o alívio do sofrimento do paciente e dos seus familiares.

Segundo, (CUIDADOS, P.5), o paciente está em cuidados paliativos não significa que não há mais possibilidade de cura, se houver tratamento o mesmo será realizado.

O interesse pela temática surgiu após o contato com os familiares e os pacientes que estão em cuidados paliativos internados no Hospital Regional do Sertão Central. Modelo de cuidado utilizado em pacientes que possuem doença incurável, irreversível e que a equipe multiprofissional que acompanha o paciente decide em conversa conjunta com a família, já que na maioria das vezes os pacientes não são conscientes e orientados para decidirem ou não pela palição. Após esse contato inicial com a temática percebi a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a temática.

Ressalto a importância do artigo como subsídio para posteriores pesquisas, como subsidio para atuação de Assistentes Sociais como profissionais da saúde no cuidado a pacientes em cuidado paliativo e sua família e como objeto de divulgação e desmistificação dessa forma de cuidado ao paciente e a família.

O objetivo da pesquisa é compreender a atuação do profissional de serviço social na assistência a pacientes em cuidados paliativos e sua família.

Além desse objetivo geral, tenho como objetivos específicos:

- Compreender o cuidado paliativo sob o aspecto conceitual, histórico e princípios.
- Identificar os direitos dos pacientes em cuidados paliativos.

1- CUIDADOS PALIATIVOS

1.1- CONCEITO

A definição mais utilizada para cuidados paliativos foi publicada em 2002 pela Organização Mundial de Saúde- OMS:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. OMS, 2002.

A partir dessa definição podemos inferir que o objetivo do cuidado paliativo não é a cura da doença e sim a qualidade de vida do paciente e da família quando não há mais cura. Para que isso aconteça de maneira eficiente é necessário um trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Segundo Maciel (2008)³ o cuidado paliativo não é usado apenas na fase final da vida, pode-se utilizar de forma concomitante a abordagem paliativa e o tratamento curativo, na fase do diagnóstico e do tratamento de uma doença. À medida que o tratamento curativo não consegue mais oferecer um controle razoável da doença, o cuidado paliativo cresce e torna-se absolutamente necessário nessa fase que a incurabilidade é real. Nessa fase faz-se necessário o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de explicar ao paciente e familiares, de maneira que eles consigam entender, o processo evolutivo da doença e a equipe consiga atuar não apenas no alívio mas na prevenção de um sintoma ou situação de crise. “Ações coordenadas e bem desenvolvidas de cuidados paliativos ao longo de todo o processo, do adoecer ao morrer, são capazes de reduzir drasticamente a necessidade de intervenções, como uma sedação terminal ou sedação paliativa” (MACIEL, 2008).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁴ o paciente ou familiares ao serem orientados sobre o paciente receber cuidados paliativos não devem interpretar como: “não há mais nada a fazer pela pessoa” e sim entender que o diagnóstico é de uma doença crônica grave, que ameaça a vida, e que profissionais especializados e em equipe irão cuidar do paciente e de sua família. O médico paliativista irá atuar de maneira a melhorar o conforto físico do paciente, amenizando a dor e o mal estar causado pela doença, e toda a equipe multiprofissional irá acompanhar as questões de ordem social, psicológica e espiritual que incomodam o paciente, buscando atenuá-las para melhorar a qualidade de vida do paciente, familiares e amigos. Para esse cuidado com o paciente, familiares e amigos ser possível, visto que uma doença grave atinge a

³Retirado do Livro Cuidado Paliativo (2008), da sua primeira parte, escrito pela autora Maria Gorete Sales Maciel.

⁴<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>

todos, é necessário uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Conclui-se que paliar é proteger.

Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. Por esse motivo, quando ouvir que você ou alguém que conhece é elegível a cuidados paliativos, não há o que temer. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017).

Conclui-se que os cuidados paliativos tem o objetivo de proporcionar uma qualidade de vida, para o paciente, familiares e amigos, durante todo o diagnóstico do paciente, mas principalmente na fase final da vida. O papel da equipe multiprofissional, o diálogo entre esses profissionais e com o paciente e familiares é de fundamental importância para o êxito dessa nova forma de cuidado.

1.2- HISTÓRIA

A ANCP, baseando-se em alguns historiadores, traz que a filosofia paliativista começou na antiguidade. Durante as cruzadas, na Idade Média, os *hospice*, que significa hospedarias, eram comuns e abrigavam não só doentes como famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. A principal característica desses locais era o acolhimento, a proteção e o alívio do sofrimento dos hóspedes.

Segundo, Maciel, 2008,⁵ no século XVII, na Europa, surgiram cada vez mais instituições de caridade construindo abrigos para órfãos, pobres e doentes. No século XIX esses locais começaram a ter características de hospitais, com alas destinadas a pacientes com tuberculose e câncer, no entanto, o cuidado a esses doente era leigo e voltado para o cuidado espiritual e tentativa de controlar a dor.

Maciel, 2008, enfatiza a importância da Cicely Saunders, enfermeira, assistente social, médica e grande defensora dos cuidados paliativos. Em 1967 fundou o St Christofer Hospice, em Londres, dando início ao Movimento Hospice Moderno, onde era possível a assistência aos pacientes, incentivando o ensino e a pesquisa, sendo possível a divulgação desse novo modelo de cuidado para outros países. Em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde- OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e os cuidados com os pacientes com câncer, passando a denominar-se de Cuidados Paliativos. Em 1986 OMS publicou a seguinte definição:

⁵Retirado do Livro Cuidado Paliativo (2008), da sua primeira parte, escrito pela autora Maria Gorete Sales Maciel.

“Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.”

A definição foi revisada em 2002 e foi substituída pela atual. Muitos países, inclusive o Brasil, iniciaram suas atividades e ações em relação aos cuidados paliativos entre 1999 e 2001, passando a estender esse modelo de cuidado não só para pacientes com câncer, como para outras áreas do conhecimento, inclusive pediatria.

O Ministério da Saúde vem consolidando os Cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através das portarias:

- Portaria N° 19, 03 de janeiro de 2002 – Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.
- Portaria N° 1319, 23 de julho de 2002 – Criou no âmbito do SUS os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.
- Portaria N° 2439, 08 de dezembro de 2005 – Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.
- PLS 524/09 - Dispõe do direito das pessoas em fase terminal de doença.

1.3- PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Matsumoto (2012)⁶ afirma que o Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos e sim em princípios. Princípios publicados pela OMS, em 1986 e revisados em 2002, são eles:

- 1- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, através de medicamentos e abordagens dos aspectos psicossociais e espirituais.
- 2- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, ou seja, a ênfase é dada na vida que ainda pode ser vivida, a morte é natural para as doenças ameaçadoras da vida.
- 3- Não acelerar nem adiar a morte, ou seja, não se deve associar a eutanásia, essa associação equivocada causa decisões equivocadas em relação à realização de intervenção desnecessária.
- 4- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, pacientes que estão com a continuidade da vida ameaçada acabam sofrendo um impacto psicológico, social e espiritual, implica na autonomia, da autoestima, na confiança, na sua capacidade física, no status social, entre outros aspectos devem ser trabalhados com o auxílio psicológico e espiritual.

⁶Retirado do Manual de Cuidados Paliativos, 2ª edição, publicado pela ANCP. Da primeira parte do Manual, escrita por Dalva Yukie Matsumoto.

- 5- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, ou seja, não é simplesmente viver e sim oferecer um suporte ao paciente que proporcione uma qualidade de vida e de bem estar.
- 6- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, ou seja, a família do paciente (parentes, amigos) deve colaborar no cuidado ao paciente, por isso devem, também, ser acolhidos e paliados.
- 7- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, essa abordagem é importante para observar o paciente em todos os seus aspectos, para que possa ser elaborada uma proposta de abordagem. Incluir a família compreende estender o cuidado no luto, e deve ser realizado por toda a equipe.
- 8- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, ou seja, observar o paciente em todos os seus aspectos ajudará a melhorar o curso da doença e prolongar sua sobrevida com qualidade, respeitando seus desejos e necessidades.
- 9- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes, ou seja, o Cuidado Paliativo deve ser iniciado desde o diagnóstico da doença, assim o paciente será cuidado em diferentes momentos de evolução da doença, sem privá-lo dos recursos diagnósticos.

Esses são os princípios que o Manual de Cuidados Paliativos, disponibilizado pela ANCP, fornece para orientar a equipe multiprofissional.

2- SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.

Em 1988 com o advento da Constituição Federal (CF/1988), em seu artigo 194, trouxe a saúde como tripé da Seguridade Social, juntamente com a assistência e a previdência, tornando-a direito da população e dever do Estado. Em seus artigos 196 a 200 da CF/1988 estão explícitos o direito a saúde, sendo um direito universal e igualitário, financiado pelo Estado, é o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulado pela Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990.

No dia 29 de Março de 1999 o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou uma resolução nº 383/99, baseando-se nas Conferências de Saúde e na importância de ações interdisciplinar, na qual afirma que o Assistente Social é um profissional da saúde, não é exclusivo dessa política, mas está inserido na política de saúde.⁷

⁷ Baseando-se na Resolução 383/99 do CEFESS, disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf

BRAVO e MATOS (1996) apontam para o contexto socioeconômico do Brasil nos anos 90, que é o neoliberalismo, e para o embate teórico dentro da profissão do Serviço Social, no qual uma parcela da profissão está lutando para romper com a visão conservadora e a outra parte está criticando o marxismo e essa intenção de ruptura.

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

As autoras supracitadas, diante desse contexto profissional da inserção do assistente social na saúde trazem outra problemática dessa inserção a qual refere-se a tentativa de obscurecer a função social da profissão dentro da divisão social e técnica do trabalho, na medida em que poderá se distanciar do cotidiano de seu trabalho, do objetivo da profissão, da compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interfere no processo saúde/doença. O trabalho do assistente social na saúde deve ser centrado na busca criativa de incorporar conhecimentos, deve ser articulada aos princípios dos projetos da reforma sanitária de 1970 e no projeto ético político do serviço social.

Os parâmetros de atuação do serviço social na saúde (2010), documento produzido pelo CFESS, afirma que o assistente social na saúde atua em quatro eixos, os quais devem ser compreendidos de forma articulada dentro da concepção de totalidade:

- Atendimento direto aos usuários.

No qual predomina as ações socioassistenciais, ou seja, situações que surgem para dificultar a implementação do SUS universal, descentralizado, com participação popular, como a demora no atendimento, a precariedade dos recursos, a assistência médica curativa e a qualidade e quantidade de atendimento, irão ser demanda para o serviço social, que deverão transpor as ações emergenciais e burocráticas e serem socioeducativas e encaminhar para setores competentes. As principais ações do assistente social devem ser: democratizar informações aos usuários, os encaminhado quanto aos seus direitos sociais; construir o perfil socioeconômico dos usuários; facilitar e possibilitar o acesso aos serviços; conhecer a realidade do território atendido, através de visitas domiciliares; formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, entre outras.

As ações de articulação interdisciplinar, visto que cada profissional, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas, por isso é necessário que todos os profissionais da Unidade trabalhem de forma interdisciplinar, dialogando e tomando as melhores decisões. Muitas vezes a equipe impõe ao assistente social funções que não são de sua competência, por isso é necessário esclarecer suas atribuições e competências.

As ações socioeducativas, que consistem em orientar e socializar informações de forma individual ou coletiva. Entre essas ações temos: a de sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais; realizar debates e oficinas; realizar atividades socioeducativas entre outras.

- Mobilização, participação e controle social, ou seja, este eixo refere-se às ações voltadas para mobilização e participação social dos usuários, familiares e trabalhadores em movimentos sociais e em espaços de controle social, como os conselhos, as conferências e fóruns de saúde e de políticas públicas.

- Investigação, planejamento e gestão, refere-se às ações que têm como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa, capaz de produzir soluções em favor dos usuários e trabalhadores de saúde em relação a garantia dos direitos sociais. Devem atuar na formulação, implementação e monitoramento do planejamento da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional.

- Assessoria, qualificação e formação profissional, ou seja, são ações voltadas para qualificação e aprimoramento do profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços. Refere-se à educação permanente dos profissionais, dos gestores, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários.

Ressaltando, além da importância desse parâmetro de atuação, a importância do código de ética profissional e da Lei de Regulamentação da profissão, os quais devem nortear o fazer profissional em todos os segmentos e área de atuação da profissão.

2.1 Serviço Social e Cuidados Paliativos

Andrade⁸ (2008) ressalta a importância do trabalho interdisciplinar, pela complementação dos saberes, partilhamento de responsabilidades, tarefas e cuidados. A equipe deve estar atenta às necessidades do paciente e dos seus familiares, para isso faz-se necessário conhecer, na singularidade, o paciente e sua família, o lugar que ele ocupa, os vínculos construídos e fragilizados, a relação que mantém com o cuidador, ou seja, entender a família. Isso traz a tranquilidade necessária para a equipe atuar adequadamente. “[...] cuidar em nenhum momento pode se configurar como uma imposição e ser cuidado deve ser sempre uma possibilidade e não uma tortura”.

O Assistente Social, segundo Andrade (2008), possui dois focos de trabalho: garantir a qualidade de vida nos momentos finais do paciente, uma morte digna, e o segundo foco é o de

⁸ Retirado do Livro Cuidado Paliativo (2008), escrito pela autora Letícia Andrade.

auxiliar na manutenção do equilíbrio familiar possível, não só atendendo as suas demandas, como propondo alternativas para amenizar o sofrimento enfrentado. No cotidiano deve-se propor a divisão de tarefas e responsabilidades entre os cuidadores, solicitar aos outros profissionais o fornecimento de informações, como forma de evitar a angústia, ter disponibilidade para auxiliar na resolução de pendências e providências legais e, principalmente a capacidade e disponibilidade de oferecer apoio e escuta.

Hermes e Lamarca (2008) abordam outras duas atribuições principais do serviço social, a primeira função que é a de informar a equipe quem é o paciente do ponto de vista biográfico, ou seja, os seus aspectos sociais e familiares. A segunda atribuição refere-se ao elo que o assistente social proporciona entre o paciente, família e equipe. Entre outras funções os autores citam a importância da escuta qualificada, ouvir o paciente e a família, as demandas, angústias e insatisfações; e a de conhecer a situação socioeconômica, os serviços disponíveis, as redes de suporte para atender as demandas.

“ Os assistentes sociais em cuidados paliativos contribuem para o fortalecimento das relações entre os pacientes e seus entes queridos, providenciam os recursos necessários aos cuidados básicos dos indivíduos para que o mesmo tenha uma morte digna”. (Hermes e Lamarca, 2013).

A escuta qualificada é primordial para o trabalho do assistente social, o saber ouvir o paciente e seus familiares e perceber através da observação o eu não foi falado por eles ajudará a possibilitar uma qualidade de vida ao paciente em seus momentos finais e a auxiliar a família. A atribuição de ser o elo de contato entre o paciente, família e equipe é de fundamental importância para o trabalho interdisciplinar e na comunicação com a família e o paciente.

3- Garantia de Direitos

O tema cuidados paliativos ainda traz algumas polemicas por acreditarem que esse modo de cuidado fere o direito a vida, no entanto, Carvalho (2008)⁹ afirma que ao limitar recursos terapêuticos não viola o direito constitucional a vida, visto que o processo de morrer faz parte da vida. O direito à vida implica o direito a dignidade, ou seja, o direito a uma vida digna, como a morte faz parte da vida, implica-se em ter uma morte digna, portanto, o paciente deve ter o direito de recusar o abuso ou excesso terapêutico. Ou seja: “[...] o procedimento médico-terapêutico, quando usado de maneira excessiva e desnecessária, estaria violando o “fluir espontâneo” do processo vital, que termina com a morte”.

⁹ Retirado do Livro Cuidado Paliativo (2008), escrito pelo autor Ricardo Tavares de Carvalho.

Carvalho (2008) argumenta que se deve respeitar a integridade física e psíquica do paciente no momento da morte, ou seja, recurso médico-terapêutico fútil, inapto a produzir benefícios, não pode ser utilizado sem o consentimento do paciente e seus familiares.

Inferimos que a equipe multiprofissional, de maneira interdisciplinar, deve analisar se a medida terapêutica a ser utilizada irá produzir efeitos positivos em relação ao diagnóstico do paciente e uma possível melhora, caso não, deve-se conversar com o paciente e a família para que seja ou não utilizada esse recurso fútil.

O autor supracitado afirma a possibilidade do paciente recusar o tratamento, embora não exista uma lei federal que disponha sobre o direito de recusar o tratamento médico, juristas produziram suas teorias a partir da interpretação na Constituição Federal de 1988 e existe uma lei estadual, do Estado de São Paulo, Lei nº 10.241/99 que possibilita o paciente recusar o tratamento médico.

O Conselho Federal de Medicina aprovou em 2006 um documento redigido pela Câmara Técnica sobre terminalidade da vida, CFM 1805/06, no qual discorre sobre a permissão do médico de suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de pacientes portadores de enfermidades graves e incuráveis, respeitando a vontade do paciente ou representante legal. Essa decisão deve ser documentada em prontuário ressaltando que o paciente continuará recebendo tratamento para alívio do sofrimento, prezando pelo seu conforto, inclusive com a possibilidade de alta hospitalar.

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (Resolução nº 1.805 CFM/2006)

Ressaltando a autonomia do paciente e do seu representante legal, se mesmo a equipe multiprofissional avaliar que o está no perfil de ser paliativo e o paciente ou representante legal não aceitar essa forma de cuidado, o mesmo não será aplicado pela equipe.

Na busca de garantia de direitos, Andrade e Oliveira (2008)¹⁰ ressalta a importância do assistente social em orientar o paciente e familiares em busca de seus direitos previdenciários e sociais, visto que há um aumento de despesas e um desequilíbrio no orçamento familiar.

Na fase inicial da doença, aquela na qual a doença é diagnosticada e a família e o paciente tentam entender o diagnóstico, o tratamento e as dificuldades, principalmente financeiras, que poderão surgir, o assistente social poderá orientar em relação ao saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Programa Integração Social (PIS)/Programa de Formação do

¹⁰ Retirado do Livro Cuidado Paliativo (2008), escrito por: Letícia Andrade e Ivonete Bianchini de Oliveira.

Patrimônio de Servidor Público (PASEP), pessoas que convivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), portador de câncer ou doença terminal tem o direito de saque, desde que apresentem o laudo do médico, constando o Código Internacional da Doença (CID).

Auxílio doença

O referido benefício é assegurado pela Lei 8213/91, que dispõe sobre os benefícios da previdência social. Para requerer o benefício é necessário que o paciente possua vínculo empregatício formal (carteira de trabalho) ou que contribuiu para previdência social através de guia ou carnê, sendo necessário uma carência de 12 contribuições, exceto algumas doenças que a Lei 13.135/2015 alterou, são elas:

“[...] tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, esclerose múltipla, hepatopatia grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids) ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada”(artigo 151 da Lei 13.135/15).

As referidas doenças não exigem carência para sua concessão, exigem apenas vínculo com a previdência social. É necessário observar também se o paciente não perdeu a condição de segurado (se não ultrapassou o período de graça, que corresponde a 24 meses após o desligamento da empresa, para quem trabalhou por mais de 10 anos e 12 meses para quem trabalhou menos de 10 anos, acrescido de 01 ano para quem recebeu seguro desemprego).

É necessário passar por uma perícia médica no próprio INSS para ser considerado ou não incapaz de exercer suas atividades laborativas. Cabendo ao Assistente Social orientar o paciente, a família e solicitar a documentação médica e hospitalar necessária.

Aposentadoria por invalidez

O auxílio doença é um benefício temporário, no entanto, quando a perícia do INSS conclui que a doença é irreversível e a incapacidade é definitiva, converte-se o benefício em aposentadoria por invalidez, não sendo possível solicitá-la de início. Quando no primeiro momento é constatada a invalidez do paciente, a perícia poderá conceder de início a referida aposentadoria. Ressaltando que pacientes aposentados por invalidez que são comprovadamente totalmente dependentes de terceiros pode-se solicitar um acréscimo de 25% sob o benefício.

Pensão por morte

Os dependentes do paciente que estava aposentado ou recebendo auxílio doença e veio a óbito podem requerer a pensão por morte. São considerados dependentes: o conjugue; companheiro; (a), filhos, irmãos ou enteados menores de 21 anos, não emancipados ou inválidos. Caso o paciente e segurado da previdência social vier a óbito e ainda estava recebendo o auxílio doença ou a aposentadoria seus dependentes deverão solicitar a pensão por morte e todos os saldos que ainda possuía junto a empresa, como FGTS e PIS/PASP.

Conclui-se que é de fundamental importância a orientação a família e ao paciente em relação aos seus direitos previdenciários e o direito a escolher o tratamento de saúde mais confortável.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa fará o uso de uma pesquisa bibliográfica, a cerca das categorias que norteiam o assunto sobre cuidados paliativos. Macedo (1994) apresenta duas definições para pesquisa bibliográfica, que em sentido restrito é a busca de informações em documentos (livros, artigos) que se relacionam com o tema pesquisado e em sentido amplo é um conjunto ordenado de procedimentos metodológicos (universo pesquisado, instrumentos para a coleta de dados, tipo de pesquisa), que buscam uma solução para o seu objeto de estudo, a revisão bibliográfica, que é a pesquisa em livros e artigos.

Segundo (Lakos e Marconi, 1992) a pesquisa bibliográfica compreende 08 fases: a escolha do tema, o assunto no qual deseja-se pesquisar; a elaboração do plano de trabalho, que deve observar a estrutura do trabalho científico (introdução, desenvolvimento e conclusão); a identificação, refere-se ao reconhecimento e busca do assunto, o levantamento bibliográfico; a localização é a busca pelas bibliografias que foram apontadas no levantamento bibliográfico; a compilação, que é a reunião das bibliografias encontradas; o fichamento, que é a transcrição em fichas das fontes de referencias; a análise e interpretação, refere-se a critica do material bibliográfico; e a redação.

A pesquisa bibliográfica tem como objetivo o de ser utilizado como base para novas pesquisas sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo bibliográfico pode concluir que o cuidado paliativo é uma maneira diferenciada de cuidado a pacientes com alguma doença que o tratamento médico não consegue mais reverter, ou seja, pacientes que possuem uma doença irreversível. Esse cuidado envolve uma equipe multidisciplinar, na qual cada profissional contribui com a sua formação, mas que não age sozinho, isolado, e sim de maneira interdisciplinar, objetivando a qualidade de vida do paciente e da sua família.

O serviço social é uma das profissões que compõem a área da saúde, segundo a resolução 383/99 do CEFESS, como já foi citada da revisão de literatura, e trabalha de maneira interdisciplinar com as demais profissões. O trabalho do Assistente Social abrange principalmente o paciente, a família e a equipe. O paciente e a família ao realizar um trabalho de acolhimento, de escuta qualificada, de orientação em relação a direitos sociais e previdenciários e encaminhamentos a rede socioassistencial. O trabalho com a equipe, se tornando o principal mediador do paciente/família e equipe, ao repassar as necessidades e demandas e ao informar a equipe a situação social e familiar do paciente, como maneira de contribuir no tratamento.

Direitos previdenciários como o auxílio doença, a aposentadoria por invalidez e a pensão por morte muitas vezes o paciente e/ou familiares desconhecem e o assistente social orienta com o objetivo de garantir esses direitos. O cuidado paliativo não é uma decisão absoluta do médico, o paciente e a família podem decidir em relação ao melhor tratamento, são orientados de maneira multidisciplinar sobre o diagnóstico do paciente e a indicação de palição, mas podem decidir se aceitam ou não.

Conclui-se que o cuidado paliativo não tem o objetivo de prolongar a vida do paciente e nem de acelerar sua morte, tem sim o objetivo de humanizar o tratamento, proporcionar dignidade e qualidade de vida nos momentos finais de sua vida. Embora seja uma prática antiga, faz-se necessário divulgar mais essa maneira de cuidado.

REFERENCIAS

BRASIL. Lei 8213 de 21 de Julho de 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm Acessado em: 09 de dezembro de 2019

BRASIL. Lei 13.135 de 17 de junho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm#art6 Acessado em: 09 de dezembro de 2019.

BRASIL. RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 que Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [1999]

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2010].

CUIDAR NA ESSÊNCIA, uma conversa sobre cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidar-na-essencia-uma-conversa-sobre-cuidados-paliativos/> Acessado em: 01 de dezembro de 2019

HERMES, Héliida Ribeiro. LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 18. Nº 9. 2013.

LAKOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo. 4 ed. 1992.

MACEDO, Neusa Dias de. Iniciação a pesquisa bibliográfica: guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa. 2ªed. São Zeus: Loyola, 1994.

MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. 2ª Ed. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=23> Acessado em: 30 de novembro de 2019.

Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Agência IBGE notícias, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acessado no dia 02 de Abril de 2019