



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional.

A DIMENSÃO TÉCNICO OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA DO ESTADO DO PARÁ

Juliana Taissa Coelho de Souza¹
Thalita Mayan Esquerdo Andrade²
Fernanda Sena Rodrigues³
Girdênede Lopes Lemos⁴
Ana Lídia Brito Sardinha⁵

Resumo: Objetiva-se demonstrar a dimensão técnico-operativa do Serviço Social nos Cuidados Paliativos através de relato de experiência por meio da pesquisa qualitativa do tipo descritiva, utilizando o método de Marx.

Palavras-Chave: Dimensão interventiva; Cuidados Paliativos; relato de experiência.

Abstract: The aim is to demonstrate the technical-operative dimension of Social Work in Palliative Care through an experience report through the qualitative research of the descriptive type, using the method of Marx

Keywords: Technical-operative dimension; Palliative care; experience report.

1. Introdução

Este estudo é resultado das ponderações obtidas na disciplina a "dimensão interventiva do Serviço Social em Cuidados Paliativos", oportunizada através da inserção de suas autoras, seja na condição de Residentes ou na condição de tutora e preceptora, no Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará na especialidade de Oncologia com ênfase em cuidados paliativos que tem parceria com hospital de referência em tratamento do câncer no Pará e no qual se direciona o espaço para execução da prática profissional.

Para isso, realizou-se a pesquisa qualitativa do tipo descritiva sob o método de Marx, pois acredita-se que este método se configura em um guia de estudo resgatando os acontecimentos históricos, tais como as ideias políticas, estéticas e

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade do Estado do Pará, E-mail: julienaufpa@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Secretaria de Meio Ambiente do Estado do Pará, E-mail: julienaufpa@gmail.com.

³ Profissional de Serviço Social, Universidade Federal do Pará, E-mail: julienaufpa@gmail.com.

⁴ Estudante de Pós-Graduação, Universidade do Estado do Pará, E-mail: julienaufpa@gmail.com.

⁵ Profissional de Serviço Social, Hospital Ophir Loyola, E-mail: julienaufpa@gmail.com.

religiosas que lhes correspondam para a compreensão das condições de vida das diferentes formações sociais. (MARX; ENGELS, 1963, p. 283).

Nessa perspectiva, primeiramente realizou-se a contextualização histórica dos cuidados paliativos, posteriormente realizou-se a abordagem sobre a inserção do Assistente Social nessa área de atuação e finaliza-se com relatos de experiência sobre a prática profissional dentro desse espaço ocupacional.

O lócus deste trabalho foi um hospital de referência no tratamento oncológico no estado do Pará, que atende, no interior da clínica de cuidados Paliativos, usuários(as) que não possuem mais possibilidades de intervenção clínica para tratamento modificador da doença, significando que em nosso cotidiano profissional atuamos para que pessoas que estão em processo de fase final de vida consigam acessar seus direitos, sejam eles os relacionados à seguridade social e/ou àqueles relacionados a subjetividade do sentir-se acolhido mesmo em um momento tão difícil da vida.

Apontamos que o uso do termo usuário/a neste trabalho configura-se como um posicionamento político dos profissionais que atuam neste setor, respeitando o que preconiza os princípios do Código de Ética Profissional da categoria no tangente ao reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes, a saber autonomia, emancipação, e plena expansão dos indivíduos sociais intencionando a quebra do paradigma do termo paciente como aquele que espera uma ação sobre ele com paciência e passividade para se configurar como um sujeito de direitos e protagonista de sua história em todos os estágios de sua vida. (DESLANDES,2008)

Os avanços tecnológicos e a melhoria da qualidade trouxe novas configurações ao histórico perfil da morbimortalidade por todo mundo. A ampliação de recursos e novas possibilidades terapêuticas. No entanto, processos agudos de adoecimento que resultavam em alta mortalidade e, logo, em baixa expectativa de vida, que vêm sendo reduzidos e substituídos por processos crônico-degenerativos que respondem mais positivamente aos cuidados e às intervenções de controle e, em consequência, ampliam as demandas de atenção à saúde e a expectativa de vida da população.

Nesse contexto é que o cuidado paliativo ganha espaço como abordagem pertinente às necessidades e demandas advindas do aumento do adoecimento pelos processos crônicos e degenerativos– em especial, quando em estágio progressivo – ameaçadores da vida e pelo aumento do envelhecimento das pessoas.

2. Cuidados Paliativos: Conceitos e História

Os cuidados paliativos vêm se constituindo enquanto uma abordagem que visa atender aos que dele forem elegíveis, de forma integral, entendendo o ser humano enquanto ser biográfico e de múltiplas dimensões (física, social, psicológica e/ou religiosa e espiritual).

Seu conceito foi e vem sendo construído ao longo do tempo a medida em que se identificou a necessidade de uma nova forma de abordagem, em 2012, a World Health Organization (WHO) definiu os Cuidados Paliativos (CP) como:

[...]uma abordagem multidisciplinar que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares no enfrentamento dos problemas associados a doenças ameaçadoras, através da prevenção e alívio do sofrimento e dor, com identificação precoce dos sintomas, avaliação, tratamento e cuidados psicossociais e espirituais (WHO, 2012)

Foi a partir de 2017, através de um Grupo Consultivo Técnico (THE TECHNICAL ADVISORY GROUP – TAG), criado pela WHO, que além dos cuidados destinados aos pacientes com doenças ameaçadoras, os Cuidados Paliativos passaram a abranger todas as condições crônicas progressivas desde o diagnóstico, caminhando em conjunto com as terapias modificadoras da doença ou potencialmente curativas. Também passou a englobar as pessoas que vivem com sequelas de doenças ou tratamentos em longo prazo, os neonatos e as crianças com graves problemas de saúde congênitos ou adquiridos. Este consenso, conseqüentemente, compreende que os CP envolvem todos os níveis de atenção à saúde (Xavier Gómez-Batiste; Stephen Connor, 2017).

Os Cuidados Paliativos passam então a ter seu conceito modificado, no sentido de maior abrangência e para que possam ser realizados nos diversos níveis de atenção à saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) procurando reduzir as hospitalizações, sendo ofertado por diversos profissionais de saúde (WHO, 2015).

Assim, buscando o alcance de um cuidado integral, que prioriza a prevenção, a avaliação precoce e eficaz, o tratamento adequado da dor e de outros sintomas que assume o conceito a seguir:

[...]Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de seus pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais” (WHO, 2017).

Logo, sua particularidade está não em buscar a cura de usuários encaminhados aos cuidados paliativos, mas através de ações desenvolvidas por equipe multidisciplinar, propiciar conforto e alívio dos múltiplos problemas. Assim, Andrade (2015), aponta que nos cuidados paliativos “a preocupação com o alívio de sofrimento de toda ordem se sobrepõe ao foco na doença, assim como a garantia a

qualidade de vida, dependente de quantos sejam esses dias, amplia o olhar sobre a dor vivida, afinal, a dor pode ser total”.

Os Cuidados Paliativos surgiram oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica, assistente social e enfermeira Cicely Saunders. É a partir de seu trabalho que se inicia o movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa. A criação do St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967, é um marco nessa trajetória (Du Boulay, 2007).

É através de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça, radicada nos Estados Unidos, que teve contato com os trabalhos de Cicely Saunders, que entre 1974 e 1975 foi fundado um hospice na cidade de Connecticut (Estados Unidos) e, a partir daí, o movimento dissemina-se pelo mundo, passando a integrar os cuidados a pacientes fora de possibilidade de cura, em diversos países (Matsumoto, 2012).

É uma característica marcante no advento dos Hospices, o recorte de classes estabelecido no acolhimento das pessoas enfermas, haja vista que quem era atendido eram os pobres que não tinham condições de ter uma equipe médica a sua disposição em suas casas, ou que não evoluíam a óbito ainda no hospital. Esses locais estavam, na maioria das vezes, lotados e constantemente eram criticados por serem negligentes com quem estava sendo atendido, isso porque as equipes responsáveis pelo cuidado não eram suficientes para atender a grande demanda existentes nas instituições.

Idealizado e repassado por Cicely Saunders, o chamado movimento hospice desencadeou a filosofia do cuidado à pessoa em processo de terminalidade, com o objetivo de aliviar o sofrimento em seus mais diversos aspectos, com objetivo de cuidar, assim o termo paliativo deriva do vocábulo *pallium* em latim, que significa proteger, cobrir com capa ou manta. Quando a causa não pode ser curada, os sintomas são aliviados com tratamentos específicos.

Andrade (2015), aponta que nos cuidados paliativos “a preocupação com o alívio de sofrimento de toda ordem se sobrepõe ao foco na doença, assim como a garantia a qualidade de vida, dependente de quantos sejam esses dias, amplia o olhar sobre a dor vivida, afinal, a dor pode ser total”. Refere também que apesar do movimento dos cuidados paliativos já serem realizados no Brasil em diversos espaços, a saber, ambulatórios, enfermarias, casas de cuidado, Hospices e no próprio domicílio, na cena contemporânea ele ainda é pouco conhecido e precariamente divulgado.

No que concerne aos serviços de Cuidados Paliativos, estes podem ser promovidos em diferentes modelos: hospitais exclusivos (tradução em português para o termo hospice), Enfermarias em hospitais gerais, Ambulatório, Assistência

Domiciliar, Hospedarias e Hospital-Dia. Galriça Neto (2010), infere que não há um modelo ideal para a prestação destes cuidados, devendo este ser determinado com base nas necessidades e recursos próprios de cada local. Entretanto, a existência de equipes de referência e de equipes de apoio ou suporte é fundamental, bem como a necessidade de formação de todos os profissionais de saúde para prestar ações paliativas.

Carvalho (2015) para melhor compreensão do conceito de cuidados paliativos, aborda o significado de cuidado como auxílio, carinho, dedicação e que de alguma forma envolvem afeto. Logo, o autor afirma que é preciso saber cuidar daquilo que se refere às demandas sociais de quem vai ser cuidado, entendendo que essa pessoa tem “uma história, valores, anseios e que esses elementos são importantes para compor suas necessidades” (CARVALHO apud ANDRADE, 2015 p. 23).

O mesmo autor refere-se ao cuidado como uma relação de troca que envolve conhecimento, afetividade e intimidade, no sentido de que é preciso conhecer muito bem com quem eu me relaciono para poder cuidar dela em sua plenitude, sendo sua característica primordial ter em sua essência uma relação interpessoal.

Diante do exposto, na atualidade faz-se necessário evidenciar a relevância de uma visão ampliada do conceito de saúde, bem como que possamos ter consciência que o ser humano possui múltiplas dimensões e que com isso necessita de cuidados dos mais diversos profissionais, dentre eles o Assistente Social. Assim evidenciando que se torna imprescindível para um melhor cuidado a existência de equipes multidisciplinares, para que possa-se desenvolver ações para um trabalho interdisciplinar, com vistas a garantia e efetivação de um atendimento integral.

3. A Dimensão Técnico-Operativa do/a Assistente Social inserido no Contexto dos Cuidados Paliativos

Entende-se por Dimensão Técnico-Operativa o fazer profissional que se estabelece no nível do cotidiano e relaciona-se com a instrumentalidade da categoria enquanto capacidade profissional de responder às demandas apresentadas para ele em seu fazer profissional, partindo do pressuposto de que essa dimensão não é neutra, pois recebe determinações históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa e está entrelaçada às demais dimensões construídas pela categoria, a saber: Teórico-Metodológico e Ético-Político.

Guerra (2013), pontua que a

dimensão técnico-operativa é a forma de aparecer da profissão, pela qual é conhecida e reconhecida. Dela emana a imagem social da profissão e sua autoimagem. Ela encontra-se carregada de representações sociais e da cultura profissional. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão já que

dela depende a resolutividade da situação, que, às vezes, é mera reprodução do instituído, e outras, que constitui a dimensão do novo.

Assim, o assistente Social no âmbito hospitalar compõe a equipe multidisciplinar e se configura como importante profissional no atendimento das necessidades do usuário em todas as dimensões de sua vida. No âmbito dos cuidados paliativos, a prática do assistente social “orienta-se pela atuação com o usuário, família e rede de suporte social, com as instituições em que o serviço social se encontra organizado e com as diferentes áreas atuantes em equipe” (ANDRADE, 2015 p.115).

Uma das primeiras necessidades de compreensão para uma boa intervenção profissional, consiste em entender as múltiplas configurações familiares inseridas na sociedade, pois são estas famílias, em suas diferentes formas, que são nosso foco de atendimento, posto a atuação do assistente social na formulação, planejamento e execução de políticas sociais, nas quais as famílias e os indivíduos que as constituem são usuários de ações, serviços e programas implementados nesse contexto. (MEDEIROS, 2014)

Assim é necessário que se conceba a família

[...] em sua historicidade, em sua localização territorial e como mediadora entre seus membros e a coletividade. Compreender a pluralidade em suas formas de organização e as particularidades que emergem da condição de classe social e das relações de gênero e de geração, bem como da singularidade relativa a questões étnicas e culturais (GUEIROS, 2010, p. 129).

As atuais formas de organização e vivência das famílias remetem “[...] ao relacionamento entre pessoas, que não necessariamente compartilham o mesmo domicílio e os mesmos laços sanguíneos ou de parentesco” (GUEIROS, 2010, p. 128), podendo unir-se por laços consensuais, afetivos e jurídicos, que dão origem a complexas redes de relações. Isso significa que “[...] não existe algo que a gente possa dizer que a consanguinidade se sobrepõe à afinidade, mas existem famílias, e elas estão bastante distantes daquelas que são legalmente estabelecidas” (FONSECA, 2004, p. 13).

Levando em consideração as diversas configurações familiares existentes no cotidiano profissional, cabe [não só, mas também] ao assistente social garantir o acolhimento do usuário e de seus familiares, considerando um determinante para alívio da dor em seu aspecto sociocultural, considerando a particularidade da situação posto a iminência de agravamento da doença e da real possibilidade de morte prévia do usuário.

Nesse sentido, o acolhimento pode ser demonstrado pelo olhar respeitoso, um silêncio, uma escuta atenta, por orientações necessárias a este momento tão delicado e incerto para as famílias que culturalmente não falam sobre a morte, dado a construção da sociedade onde ela não é encarada como um processo natural. Logo, não sendo um assunto recorrente, essa discussão ainda se configura como um tabu.

O alívio do sofrimento não implica só no manejo de medicações, mas abrange as dimensões objetivas e subjetivas do usuário, sendo o assistente social o responsável por realizar avaliação criteriosa para encaminhamentos que visam o acesso a direitos em todas as áreas da seguridade social, com a finalidade de sanar o sofrimento causado pelas preocupações quanto a manutenção e sustento da família.

Nessa perspectiva, a prática profissional em cuidados paliativos relaciona-se com a instrumentalidade do assistente social, referindo-se,

não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico, relacionando-se como um modo de ser da profissão no confronto das condições objetivas e subjetivas do exercício profissional, [...] possibilitando o atendimento das demandas e o alcance de objetivos (profissionais e sociais) constitui-se numa condição concreta de reconhecimento social da profissão. (GUERRA, 2000)

Assim, percebe-se que a compreensão das expectativas dos usuários relaciona-se com a percepção das circunstâncias que abrangem suas histórias de vida, tangente como se configura seu modo de se relacionar com suas famílias, identificando os conflitos existentes e quais as particularidades que envolvem a territorialidade em que ele está inserido, tendo cautela para identificar o tempo certo para determinadas abordagens, identificando o que está incomodando além da superficialidade de uma demanda imediata na intenção de sanar essas necessidades e amenizar o sofrimento e as preocupações dos usuários e de suas famílias.

O assistente social insere-se na mediação entre o estado e o usuário, identificando questões que possam interferir no processo de tratamento, viabilizar o acesso aos direitos e benefícios sociais, tendo como importante instrumento de orientação social a cartilha elaborada por assistentes sociais do Instituto Nacional do Câncer – INCA sobre Direitos Sociais da Pessoa Com Câncer.

Apesar do reconhecimento da importância da equipe multidisciplinar para o atendimento de todas as necessidades expostas pelo usuário, a dimensão interventiva do Assistente Social diz respeito a uma atuação sob o qual nenhum profissional inserido naquele contexto tem capacidade técnico operativa de atuação, pois é o assistente social o único profissional que, articulando com a rede, viabiliza o acesso aos direitos do usuário, ainda que transcendam o espaço em que o usuário está inserido.

4. Relato de Experiência sobre a dimensão técnico-operativa do Assistente social nos Cuidados Paliativos.

A experiência profissional vivenciada nos cuidados paliativos nos faz repensar não só a prática profissional, mas algumas categorias pouco discutidas e sentimentos não tão fáceis de alcançar no âmbito das relações sociais cotidianas, tais como a vida e como temos vivido até aqui, o processo de morte e morrer e como tornar esse processo digno, posto a falta de preparo e formação capazes de abranger essas discussões.

Dada a conjuntura sociohistórica que vivenciamos, no tangente a sociedade capitalista em que a mercantilização da vida abrange aspectos objetivos e subjetivos da saúde, entender a particularidade dos cuidados paliativos no tangente a aceitar a morte como um processo natural da vida, exigindo a responsabilização dos atores sociais que compactuam o processo de cuidar, inserido aqui o serviço social como a forma efetiva no trato às “dores sociais”, se configuram também como uma postura de construção da contra hegemonia e atendimento aos princípios estabelecidos em nosso código de ética profissional.

Iniciamos as atividades realizando visita institucional em todos os setores do Hospital e enquanto atendimento ao usuário, fomos orientadas previamente sobre os tipos de demandas recorrentes ao serviço social, e dentro do processo de ensino/aprendizagem fomos inseridas na clínica de cuidados paliativos, contudo, ao longo de dois anos, atuamos nos diversos setores da instituição de modo que se compreenda o fluxo de atendimento na instituição.

A apresentação consiste em tornar conhecida, pelo usuário, a objetividade da atuação do Serviço Social e o/a assistente social como um/uma profissional que naquele território (hospitalização ou domicílio) visa atender a pessoa e seu grupo familiar, contribuindo para garantia da acessibilidade universal. Isso se traduz num processo de acolher, escutar e dar uma resposta que seja capaz de resolução dos problemas de saúde, ou seja, numa intervenção modificadora daquela apresentada.

Nomear-se para o usuário é estreitar, no ato profissional, que em frente a ele existe uma categoria profissional da saúde, que na organização e reorganização do processo de trabalho, possa deslocar, no âmbito da saúde, a figura central do médico para um outro profissional que compõe uma equipe multiprofissional. Equipe esta, que acolhe, se encarregada da escuta, se compromete a resolver seu problema de saúde.

Neste contexto, o acolhimento se propõe a qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

O acolhimento é realizado visando o estabelecimento de vínculo na relação profissional/usuário, fazendo algumas perguntas necessárias, tais como: qual a origem do usuário, qual sua ocupação, quem compõem sua rede de apoio e cuidado, explicando um pouco sobre a dinâmica do hospital e nos colocando à disposição para as orientações sociais necessárias no tempo em que o usuário fique internado na clínica.

Após o primeiro contato, realizamos o preenchimento da ficha de avaliação social que tem o propósito de conhecer a dinâmica familiar e reconhecer quais as necessidades do usuário, à saber: se mora no interior do estado, se possui cadastro no Tratamento Fora de Domicílio – TFD, se possui vínculo com o INSS, se já é beneficiário do Auxílio doença ou Benefício de Prestação Continuada, se o usuário já possui procurador legal ou se já a família possui sua curatela, entre outros.

Quando identificado que o usuário precisa acessar esses serviços, realiza-se os encaminhamentos necessários. Apesar de notar a importância desses tipos de encaminhamentos percebe-se a fratura entre a prática profissional e a possibilidade de práxis realizada no cotidiano do trabalho.

Vasconcelos(2009), analisa que

Há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, as quais direta ou indiretamente, tomam como referência o projeto ético político e as possibilidades de práticas contidas na realidade, objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade, fruto de uma conexão sistemática – e ainda não existente – entre a prática profissional e o debate hegemônico da categoria.

(VASCONCELOS in MOTA et. Al; 2009)

Todo atendimento profissional é registrado no prontuário por meio do preenchimento da “ficha de evolução do paciente”, este instrumento, compartilhado entre toda equipe multiprofissional, intenciona registrar toda ação realizada com o usuário, e sob uma perspectiva humanizada, demonstrar as diferentes possibilidades de atendimento atendendo os aspectos biopsicossociais e espirituais do usuário.

Considerando os espaços disponíveis na Clínica e as (im)possibilidades reais dos acompanhantes e usuários de locomoverem-se para outros setores, é um desafio para o serviço sociais ações que orientação coletiva e ações que visam o controle social das ações realizadas na Instituição.

Algumas demandas apresentadas ao serviço social também nos provoca a reflexão sobre os limites da atuação profissional, a exemplo de pessoas que estão em processo de sofrimento por ter sua aposentadoria negada ou em análise por muito tempo, o que provoca inquietações nos usuários (as) e nos profissionais, visto a falta de uma rede articulada nos diferentes setores da seguridade social.

A referência e contra-referência que seria um grande instrumento de controle social também é pouco identificada no contexto dos cuidados paliativos. Isso porque aliado ao fato de os usuários e seus familiares estarem envolvidos no processo de agravamento da doença, tornando a procura pelo acesso a outros direitos secundários comparados a necessidade do cuidado imediato ao seu ente querido, existente a falta de comunicação direta com os outros setores supracitados.

Nesse sentido, a atuação do serviço social em cuidados paliativos visa a identificação do usuário, família e rede de suporte social, de modo que se compreenda quais as possibilidades de atuação, reconhecendo demandas que transcendem as possibilidades de atuação profissional. Nesse aspecto, um bom atendimento também incorpora a perspectiva humanizada de entender que apesar de supridas as demandas imediatas do/a usuário/a, prestar escuta atenta e proporcionar o acolhimento diário do usuário/a e sua família, também é primordial para atender o que a profissão preconiza em relação ao reconhecimento da dignidade para alcance da justiça social, sem distinção de classe, etnia e gênero.

Na relação com os outros profissionais da área, é notório a predominância da relação de poder simbólico que divide a classe trabalhadora na Instituição, isto é evidenciado quando há o confronto entre a teoria levada por profissionais críticos no âmbito do cotidiano e as formas de análise dos profissionais que ancoram suas práticas em fundamentos funcionalistas, reproduzindo costumes e fatalismo do instituído.

Conclusão

Portanto, analisar a atuação profissional dentro da dimensão técnico-operativa, demanda entender os processos que envolvem o exercício profissional, identificando os diversos determinantes que o influenciam, sejam eles apresentados pelos usuários/as ou pela reflexão sobre as relações de poder existentes na instituição na qual estamos inseridos, sendo necessário que direcionemos a nossa práxis para construir meios que atendam às necessidades de quem direcionamos a nossa prática.

Ultrapassar os limites de uma atuação que, pelo cotidiano de trabalho, corre o risco de assumir posturas funcionalistas também é um desafio para o profissional, especialmente dado a inexistência de condições de trabalho para atendimento individual e coletivo, posto que a clínica não possui uma sala para o serviço social e nem sala de espera, onde todo atendimento imediato precisa ser realizado ou no corredor ou nas enfermarias que são divididas entre dois ou três usuários/as e seus acompanhantes.

Apesar das limitações apresentadas, nota-se que a instrumentalidade do assistente social é construída com muita competência pelos profissionais, demarcando

seu lugar e importância na vida dos usuários em cuidados paliativos, pois este é o único profissional capaz de articular, dentro de suas possibilidades, com os diversos setores para o alcance do direito à saúde, e previdência social.

Além disso, o reconhecimento das diferentes dimensões do ser social, é proeminente para direcionar o atendimento que, dentro de uma perspectiva humanizada, respeita e visa o atendimento que busque o alcance da qualidade de vida, mesmo estando o usuário/a em seu processo final. Logo, pensar nas condições objetivas que o processo é morrer, envolve no tangente ao familiar que precisa lidar com estas condições e o que de mais significativo existe na relação entre o profissional e o usuário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. (Org) **Cuidados Paliativos e Serviço Social** um exercício de Coragem. São Paulo: Ed. Setembro. 2015

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

CFESS. **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social**. Brasília. CFESS, 1993

DESLANDES. **Humanização dos Cuidados em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

DU BOULAY, S. **Changing the face of death**. The story of Cicely Saunders. 2.ed. Great Britain: Brightsea Press. 2007. 24p.

GÓMEZ-BATISTE X, Connor S; editores. WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes. **Building Integrated Palliative Care Programms and Services**. 2017. Disponível em: <http://kehpc.org/wpcontent/uploads/Go%CC%81mez-Batiste-X-Connor-S-Eds.-Building-Integrated-Palliative-Care-Programs-and-Services.-2017b.pdf>, Acessado em 1 de junho de 2019

GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p.1-42.

GUEIROS, Dalva Azevedo. **Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 126-132, 2010

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social**. In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 62. São Paulo: Cortez, 2000

MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escolhidas em três volumes**. Rio de Janeiro: Vitória, 1963. v. 3.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MEDEIROS, Alana Cristina Bezerra **Concepções De Família Presentes no Congresso Brasileiro De Assistentes Sociais**. Revista Temporalis, Brasília (DF), n. 28, p. 275-296, 2014

WHO, World Health Organization. **Definition of Palliative care**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acessado em 01 junho de 2019.

WHO, World Health Organization. **Improving access to Palliative care** [Infográfico]. WHO; 2015. Disponível em: http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf. Acessado em 01 de junho de 2019.

WHO, World Health Organization. **Definition of Palliative care**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, Acessado em 01 junho de 2019.