



Acolhimento e Acesso aos Direitos Sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos

Reception and Access to Social Rights: Assistance to patients on oncological palliative care

THAIZE DE SOUSA MEDEIROS*

OLINDA RODRIGUES DA SILVA**

ANA LÍDIA BRITO SARDINHA***



RESUMO – Este trabalho apresenta os resultados de um estudo sobre a prática do acolhimento como instrumento de acesso aos direitos sociais. O objetivo foi o de analisar a influência do acolhimento realizado pelo assistente social no que concerne ao acesso a direitos sociais a pacientes em cuidados paliativos oncológicos. A pesquisa foi realizada na Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos do Hospital Ophir Loyola (Belém-PA), sendo pautada pelo método qualitativo, subsidiada pelas pesquisas bibliográfica, documental e de campo, com a utilização de entrevistas semiestruturadas realizadas com 12 participantes (pacientes ou seus responsáveis). Os resultados mostraram a influência do acolhimento enquanto ferramenta de ação assistencial e diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) ao acesso a direitos sociais, assim como as principais consequências, econômicas e sociais, que os pacientes encontram durante o processo de tratamento, tanto os que tiveram acesso a direitos sociais quanto os que não tiveram acesso a eles.

Palavras-chave – Acolhimento. Paciente oncológico. Cuidados paliativos. Assistente social. Direitos sociais.

ABSTRACT – This paper submits the research about reception as a tool of accessing social rights. It was aimed to analyze the influence of reception carried out by social worker on what concerns the access of social rights to patients on oncological palliative care. The research was done in the Clinic of Palliative Care of Ophir Loyola Hospital (Belém-PA), being based on the qualitative method, subsidized by bibliographical research, documental and field, using semi-structured interviews made with 12 participants (patients or guardians). The results demonstrated the influence of reception as a tool and operational guideline of National Humanization Policy (NHP) to access to social rights. As well as, the main consequences, economic and social, that patients find during the treatment process. As much as who had access to social rights as those who did not have access to those rights.

Keywords – Reception. Oncological patient. Palliative cares. Social worker. Social rights.

* Assistente Social. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/6620620957815597>. E-mail: thaize2007@yahoo.com.br.

** Assistente Social. Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente na Graduação e Vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/7223337303425352>. E-mail: lyndarodrigues2015@gmail.com.

*** Assistente Social e Preceptora de Residentes no Hospital Ophir Loyola (HOL), Belém - PA/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/1709247850562314>. E-mail: albrito_s@hotmail.com.

Submetido em: julho/2015. Aprovado em: setembro/2015.

O presente trabalho apresenta o resultado de uma análise sobre a prática do acolhimento realizado pelo assistente social junto a pacientes em situação de cuidados paliativos oncológicos na Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO) do Hospital Ophir Loyola (HOL)¹. O acolhimento é tratado neste texto como ferramenta de ação assistencial e diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (2006), a ser utilizada por todos os profissionais que compõem uma equipe multiprofissional e executam serviços na área de saúde. Nesse sentido, deve ser uma ferramenta transversal, ou seja, perpassar todos os momentos de atendimento/tratamento do paciente (usuário) de forma que suas necessidades sejam atendidas, por meio de uma escuta qualificada, orientação e acompanhamento das suas demandas assim como das dos familiares e acompanhantes.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 5 a 6 milhões de pessoas morrem anualmente acometidas por câncer, sendo que a projeção por volta de 2020 é de 20 milhões de novos casos, dos quais 70% ocorrerão em países em desenvolvimento, onde a incidência é maior em regiões em que as condições de acesso aos serviços de saúde são precárias. Atualmente, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2014), o atendimento na área oncológica deve primar pela multidisciplinaridade, envolvendo vários profissionais (assistentes sociais, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros) devido à complexidade da doença e de seu tratamento.

A pesquisa justificou-se pela necessidade de refletir sobre a viabilização do acesso a direitos sociais a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, tendo o acolhimento como meio para tal acesso, haja vista que há casos em que os pacientes, ao chegarem na clínica, ainda não tiveram acesso a seus direitos sociais e/ou esclarecimento de como proceder para acessá-los.

A investigação teve como processo metodológico, para apreensão da realidade do objeto, o método dialético que, de acordo com Minayo (2008), propõe a análise dos contextos históricos, assim como das determinações socioeconômicas dos fenômenos. A pesquisa qualitativa foi utilizada por fornecer meios de explorar os pontos de vista e representações dos sujeitos da pesquisa, assim como para estudar as relações complexas das variáveis, buscando compreender e interpretar o fenômeno em seu contexto natural, pois entende-se que, de acordo com as prerrogativas da abordagem qualitativa, esta pode fornecer dados que respondam a questões muito particulares, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar a realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

As pesquisas bibliográfica, documental e de campo fizeram parte do processo metodológico procedimental. A primeira visou entender os conceitos em sua definição e historicidade, pois de acordo com Severino (2007) isto nos possibilita utilizar dados ou categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores devidamente registrados. A pesquisa documental ocorreu a partir dos prontuários dos pacientes da CCPO com a finalidade de resgatar informações acerca da problemática, o que foi essencial como instrumento do processo investigativo, mais precisamente – como afirma Severino (2007, p. 123) – por nos garantir “matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise”. No que concerne à pesquisa de campo, consistiu-se em levar para a prática empírica a construção teórica, por meio da utilização do instrumental de campo definido, o qual foi combinado de forma a contribuir para a realização da coleta de dados. De acordo com Minayo (2008, p. 26), essa fase “realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e de construção de teoria”.

O instrumental utilizado no processo investigativo foi a entrevista semiestruturada, a partir da qual, segundo Minayo (2008), podem ser realizadas perguntas além daquelas inscritas no roteiro inicial, possibilitando, dessa forma, um alcance mais aprofundado das informações concernentes à pesquisa. O tipo de amostra selecionada para esse momento foi a do tipo Não Probabilista, que, segundo Lakatos e Marconi (2009, p. 226), “não faz uso de uma forma aleatória de seleção, não pode ser objeto de certos tipos de tratamento estatístico, o que diminui a possibilidade de inferir para todos os resultados obtidos para a amostra”. A amostra da pesquisa foi definida com 12 (doze) participantes, sendo que 6 (seis) tiveram acesso a direitos sociais e 6 (seis) não tiveram acesso. Foram analisados os discursos dos 12 (doze)

participantes², sendo os próprios pacientes os informantes (em sua maioria) ou seus responsáveis (familiares que acompanharam o paciente desde o início do tratamento).

Por fim, a análise e interpretação dos dados tiveram como parâmetro o conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado. Como indicado por Gomes (2008), essa fase na pesquisa qualitativa não tem como objetivo quantificar os atores investigados nem as suas opiniões. Seu objetivo principal é a de explorar as opiniões em seu conjunto, assim como as representações sociais a respeito da temática analisada. A análise de conteúdo foi priorizada uma vez que nos permite, na perspectiva de Gomes (2008, p. 84), “caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. Com esse tipo de análise, os dados coletados foram examinados, correlacionando-os com elementos da pesquisa bibliográfica, tendo em vista que as mensagens e expressões dos atores sociais foram trabalhadas de forma que a investigação caminhasse para além da mensagem, não se limitando à realidade imediata, mas sim atingir uma interpretação mais profunda que respondesse, qualitativamente, as indagações de pesquisa.

A exposição do texto compõe-se de introdução, para na sequência partir da análise do significado de cuidados paliativos oncológico, sua origem e antecedente, assim como sua inscrição na Política Nacional de Saúde, mais precisamente na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) de 2005. A próxima seção identifica algumas das particularidades do Serviço Social no que concerne à viabilização e garantia de acesso a direitos sociais aos pacientes oncológicos. Em seguida destaca-se o acolhimento como instrumento de intervenção de assistência para o acesso a direitos sociais. E por fim, o conteúdo com uma breve apresentação e análise dos dados empíricos com o intuito de demonstrar a influência do processo de acolhimento para a viabilização dos direitos sociais a pacientes oncológicos. Com as considerações finais e as referências encerra-se o texto.

O significado de cuidados paliativos oncológicos: um debate necessário

É determinação do Sistema Único de Saúde (SUS) que os profissionais de espaços especializados denominados Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), espaços instituídos pelo Ministério da Saúde (MS), devem possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de Alta Complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO): Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, deverão ainda ser criadas estratégias para a construção de ações integradas para o controle de neoplasias malignas a partir da consideração da dimensão epidemiológica, magnitude do impacto social e econômico da doença, bem como a construção de uma rede de atenção que permita o acesso da população, de forma a contribuir com a redução, detecção precoce e tratamento das neoplasias malignas no território nacional. Por isso, justifica-se a criação desses espaços especializados.

No que diz respeito aos tratamentos oferecidos atualmente aos pacientes oncológicos destacam-se: o Tratamento Curativo, as Medidas de Suporte e o Tratamento Paliativo³. Até o século XIX, os cuidados médicos eram direcionados à melhora dos sintomas das doenças mesmo que seguissem um curso natural, seja ele referente à recuperação ou à morte (GUIMARÃES, 2008). Já no século XX, a realidade toma proporção diferente e as pesquisas passaram a ter investimentos à cura: médicos e pacientes buscavam investimentos até o limite, pois pela cura tudo era possível.

Entretanto, ainda no século XIX surgiram movimentos reagentes a essa visão defendendo novos estudos e terapias de intervenção contra a dor. Esses movimentos deram origem ao denominado *hospice*, palavra antiga do latim que primeiramente significa “estranho”, porém foi modificada para denotar “anfitrião”, no sentido de dar boas vindas aos convidados ou estranhos.

Inicialmente o *hospice* destinava-se a grupos variados de pessoas, como viajantes, peregrinos e órfãos. E a partir de 1842 os *hospices* foram designados como locais para cuidados “*hospicecare*” aos que estavam morrendo e passaram a se especializar nos cuidados ministrados aos doentes acometidos por doenças que ameaçam a vida com evolução gradativa e severa (principalmente o câncer) e àquelas pessoas que já não tinham possibilidades de realizar tratamento curativo.

Para Guimarães (2008), duas pessoas revolucionaram o caminho daqueles que cuidam dos que se encontram diante do processo de morte. A primeira foi Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica inglesa que em 1950 trabalhou em um dos *Hospices* mais conhecidos: Saint Christopher. Ela passou a pesquisar métodos de alívio à dor com a utilização de um medicamento (morfina), a fim de compreender o processo de sofrimento e dor dos doentes em sua totalidade (angústias físicas, emocionais, sociais e espirituais, assim como os efeitos sobre seus familiares). Ainda de acordo com Guimarães (2008), no Saint Christopher o paciente é respeitado enquanto ser humano e convidado a receber a intervenção dos cuidados, além de ser respeitada sua autonomia (seja ela corporal, de decisão, espiritual, etc.) e de se reconciliar com as pessoas com quem desejar e consigo mesmo.

A segunda foi Elisabeth Kübler-Ross, uma psiquiatra de origem suíça. Em sua obra “Sobre a morte e o morrer”, analisada por Guimarães (2008), observa-se que a psiquiatra descreve o que seriam as cinco fases que os doentes podem expressar durante o processo de morte: a negação, a raiva, a barganha (geralmente de teor religioso e espiritual), a depressão e a aceitação. Entretanto, o objetivo da médica não se restringia em trabalhar essas fases, mas sim de *escutar* e *aliviar* o sofrimento dos doentes e seus familiares ante a iminência do fim da vida.

Neste sentido, Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross desenvolveram trabalhos de forma a resgatar o humanismo perdido nas modernas ações de saúde, paramentadas de tecnologia e de eficácia curativa, mas engessadas quanto à empatia, ao amor, à afetividade, ao calor humano e, portanto, “incapazes de eficácia integral no consolo ao sofrimento do indivíduo” (FIGUEIREDO, 2008, p. 382).

Foi, portanto, no contexto destas reflexões e avanços no campo da saúde que surgiu a filosofia de conforto, abrigo e assistência integral ao ser humano, constituindo-se o que denomina-se na atualidade por cuidados paliativos, os quais, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), consistem:

Na 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, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2007).

Guimarães (2008) evidencia que o objetivo dos cuidados paliativos é oferecer atenção ao paciente e seus familiares em seus aspectos físico, psicológico, social e espiritual de forma ativa e contínua, sendo que sua prática deve ser iniciada antes da fase em que há iminência da morte, ou seja, deve ser desenvolvida enquanto prática complementar ao tratamento ativo diretamente direcionado à doença de base. Essa terapêutica, por agregar diferentes aspectos, requer a intervenção de diferentes profissionais, a saber, uma equipe multiprofissional na qual se insere o assistente social.

O papel do assistente social no tratamento de pacientes oncológicos

O Serviço Social, assim como nas demais áreas da saúde, compartilha de um trabalho coletivo com vistas à humanização do atendimento. Na área dos cuidados paliativos oncológicos, o assistente social precisa de uma visão holística da situação de cada usuário, procurando criar mecanismos e estratégias para atender as suas necessidades, para o que necessita conhecer o paciente e seus anseios, a família, sua história de vida e estar em conjunto com a equipe discutindo e avaliando o tratamento, assim como o prognóstico.

Tendo isso em vista, pode-se dizer que esse profissional direciona sua atuação a três segmentos que constituem o processo de tratamento: o paciente (o protagonista principal), a família e a equipe, visto a necessidade de oferecer acolhimento a eles, uma vez que nesse momento será constituída uma relação de segurança e confiança com a equipe, pois “desta vinculação dependerá também a aderência ao tratamento, essencial para a realização de um bom trabalho para ambas as partes” (SANTOS, 2010, p. 62).

Iniciado o tratamento do paciente, portanto, é verificada a situação previdenciária, a situação trabalhista, assim como a situação financeira, a necessidade de encaminhamento a outros setores para realização de algum procedimento, encaminhamentos a serviços jurídicos: preparação de procuração quando não há condições físicas para exercer a autonomia de caráter cível; encaminhamento a instituições defensoras de seus direitos (Ministério Público, Defensoria Pública, Promotorias) quando estes em processo são indeferidos para concessão, além de verificar e orientar o paciente e seus familiares acerca do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), auxílio (transporte, estadia e alimentação) de direito a pacientes e acompanhantes quando o tratamento necessário não é oferecido pelo seu município de origem.

Além de oferecer o suporte à família, necessita-se de uma articulação com a Rede de Serviços dos outros setores (assistência social, previdência social, educação, etc.). Nesse sentido, o assistente social também atua na organização e planejamento com esses outros setores a fim de verificar uma forma de ser viabilizado o acesso aos serviços necessários pelo paciente e sua família.

Em relação à intervenção junto à família, Santos (2010) assevera que é na maioria das vezes o pilar de sustentação do tratamento do paciente, pois o cuidador desse paciente geralmente é um familiar e, portanto, um ator importantíssimo nesse processo, logo requer intervenção do assistente social e da equipe. Além disso, essa família estará em constante estresse em virtude do acúmulo de responsabilidades e sentimentos em relação ao tratamento de um paciente que se encontra em cuidados paliativos oncológicos, o qual não apresenta mais condições para realizar um tratamento curativo.

De acordo com Santos (2010), referente ao trabalho da equipe multiprofissional, o assistente social desempenha o papel de informá-la quem é esse paciente e sua biografia: onde e em quais condições ele vive para que possa receber o atendimento e, assim, planejar o tratamento e os cuidados necessários a ele e sua família. O assistente social também trabalha junto à equipe na perspectiva de que em muitos casos ela se torna o elo entre paciente/família, pois os primeiros acabam revelando mais suas dúvidas, queixas, anseios, preocupações, que por algum motivo não conseguem expressar a outros profissionais. Sendo assim, essa maior abertura com o paciente e sua família acarreta benefício à tríade (paciente, família e equipe), de maneira que o assistente social enquanto profissional deve acolher, saber ouvir, observar e entender as demandas sociais que se apresentam (SANTOS 2010).

Dentre essas demandas, destaca-se o acesso ou não a direitos sociais garantidos por lei. O assistente social, nesse contexto, enquanto profissional com competências para tal, tem o papel de escutar as necessidades desses pacientes, orientando-os, assim como a seus familiares, sobre como devem proceder para acessar os direitos sociais e acompanhar as demandas.

Os pacientes oncológicos dispõem de direitos sociais específicos, conforme ressalta o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012). Para acessá-los os pacientes devem ser orientados pelo assistente social, porque requerem um trâmite legal e burocrático, além de documentações exclusivas. Nesse sentido,

atestados médicos, laudos ou relatórios médicos, resultados de exames, biopsias e outros procedimentos são imprescindíveis para que seja dada abertura aos processos legais e agilizar o acesso e concessão a direitos garantidos aos pacientes. Preferencialmente, esses documentos devem ser reproduzidos e autenticados em cartório, para que os originais fiquem em segurança. Em relação aos requerimentos (pedidos dos direitos) estes devem apresentar duas vias, de forma que o requerente tenha posse de uma via para comprovação em caso de necessidade. É necessário também estar atento aos prazos das avaliações, perícias e resultados, pois os processos podem perder validade ou ficarem retidos, provocando danos aos pacientes.

Vale ressaltar que esses direitos são concedidos aos pacientes de acordo com a dinâmica de cada região ou localidade, no entanto, são assegurados por lei para todo o território nacional. A seguir, as informações extraídas da Cartilha sobre os direitos sociais dos pacientes oncológicos produzida pelo INCA (2012), em que destacam-se:

Quadro 01 - Direitos sociais dos pacientes oncológicos

<ul style="list-style-type: none"> • Benefício de Amparo Social (LOAS); • Aposentadoria por invalidez; • Auxílio-Doença; • Isenção de imposto de renda na aposentadoria; • Isenção de Imposto de Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) na compra de veículos adaptados; • Isenção de Imposto Estadual referente à Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para veículos adaptados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Quitação do financiamento da casa própria; • Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); • Saque do Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP); • Passe Livre; • Tratamento Fora de Domicílio (TFD).
--	--

Fonte: Cartilha/Direitos Sociais dos Pacientes Oncológicos/ Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012).

Esses são, portanto, de acordo com dados do INCA (2012), os direitos sociais que os pacientes oncológicos podem ter concedido, ressaltando que enquanto cidadãos também estão inseridos na relação direitos e deveres. No entanto, muitas são as dificuldades que eles encontram para que possam ter acesso a esses direitos, seja pela falta de informação, seja pela não celeridade quanto ao seu processo, seja pela (des)responsabilização das instituições competentes para garanti-las, seja pelo sofrimento do tratamento oncológico, principalmente os que estão em cuidados paliativos. Nesse sentido, cabe ao profissional do Serviço Social orientar esses pacientes, assim como seus familiares, e informa-los na identificação de recursos que favoreçam o processo de tratamento do paciente.

Assistência para o acesso a direitos sociais: o acolhimento como instrumento de intervenção

Oferecer uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da ideia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional. De acordo com Franco et al.(1999), o acolhimento enquanto diretriz operacional tem como proposta inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: 1) “atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal”, o que para o autor traduz-se na função de “acolher, escutar e dar uma resposta positiva” capaz de resolução dos problemas de saúde da população; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico

para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento -, encarregada da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al., 1999, p. 3).

Entretanto, muitos são os desafios a serem ultrapassados para que esses princípios sejam colocados em prática em sua integralidade, de tal forma que a população possa ter acesso aos serviços de saúde e o atendimento de suas necessidades. Tendo isso em vista, o acolhimento enquanto diretriz operacional deve basear-se nesses três princípios, tendo como meta a escuta qualificada, exercida por todos os profissionais que compõem uma equipe multiprofissional, e não apenas pelo médico. Para tal, faz-se necessária a qualificação da relação profissional-usuário, pois é por meio dela que poder-se-á atingir a meta principal: o atendimento qualificado ao usuário.

Dessa forma, o acolhimento também pode ser utilizado como estratégia de interferência nos processos de trabalho, logo não se resume a um espaço – é uma postura ética, pois implica no compartilhamento de saberes, necessidades, levando em consideração as possibilidades existentes. Sendo assim, diferencia-se de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que perpassa todos os locais e momentos do serviço de saúde.

De acordo com a PNH (2006), o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos e pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar as relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Sendo assim, o acolhimento constitui-se também como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO, et al., 1999).

O acolhimento enquanto ferramenta não tem função se for implantado de forma isolada, pois é necessário que se estabeleça uma relação entre gestor e equipe, a partir da qual é fundamental a educação permanente, de forma que sejam preparados profissionais aptos para a troca de saberes e produtores de novos saberes que permitam um dinamismo no trabalho com objetivo em um atendimento qualificado. A partir dessas reflexões, infere-se que o acolhimento é uma ferramenta indispensável à construção de um atendimento assistencial humanizado, de forma que a ele deve ser incorporado o saber técnico de todos os profissionais, os quais devem estar em constante aperfeiçoamento para que possam responder de forma efetiva às demandas sociais.

No que concerne ao assistente social, o acolhimento enquanto ferramenta de trabalho vem sendo utilizado como técnica de ação assistencial desde o processo de implantação do SUS, como preconizado pelo Ministério da Saúde, como aponta Santos (2006). Entretanto, no que diz respeito às produções bibliográficas é necessário avançar, haja vista ser um tema ainda pouco discutido e não há um elemento específico que denote a definição de acolhimento para o Serviço Social. É, dessa maneira, um conjunto de elementos que conforma a escuta do usuário, o conhecimento da demanda e posterior orientação e acompanhamento da situação.

Esse processo de disponibilizar a escuta, a identificação da situação problema para posterior orientação, pode ser traduzido em outro instrumento de intervenção do assistente social, apontado como relacionamento por Sarmiento (2005), e se aproxima ao acolhimento. O relacionamento é uma categoria fundamental que permeia toda a prática profissional, uma vez que é através dele que o profissional se apropria da demanda social do usuário e para isso precisa abster-se de qualquer preconceito e possuir conhecimento sobre o comportamento humano, habilidades de escutar e observar, assim como para conservar a perspectiva na condução do relacionamento – por isso a necessidade de ser sensível e acolhedor.

Chupel (2008) enfatiza que, tendo como parâmetro o processo de intervenção profissional do assistente social, o acolhimento é constituído pela entrevista social (avaliação social), integrada pela escuta qualificada da situação geral do usuário, identificação da demanda social e diagnóstico da situação, para

posterior orientação quanto a informações sobre os serviços oferecidos, assim como encaminhamento para outros setores para viabilização e acompanhamento do acesso a direitos sociais. A autora acredita no acolhimento enquanto ferramenta de intervenção do assistente social, mas que não se restringe a um único momento, pois perpassa todos os momentos: desde a sua chegada até a sua saída. O objetivo principal é, assim, oferecer um atendimento qualificado e humanizado, como apontado pela PNH (2006), de tal forma que o fim último seja a resolução ou respostas às demandas sociais.

Assim, um dos objetivos do processo de acolhimento, realizado pelo assistente social, é o atendimento das demandas sociais referentes à viabilização do acesso a direitos sociais, pois a concessão desses direitos se conforma como uma das metas diante desse processo, em que sejam levados em consideração todos os elementos já apresentados nessa discussão.

A influência do processo de acolhimento para viabilizar direitos sociais a pacientes oncológicos

Neste tópico serão apresentados os resultados e a discussão apreendidos pela pesquisa. A discussão se refere à influência do acolhimento enquanto ferramenta imprescindível para a viabilização do acesso a direitos sociais aos pacientes oncológicos, em especial aos que se encontram em cuidados paliativos. A partir dos resultados obtidos, verifica-se que essa ferramenta de ação assistencial contribui efetivamente para que esses pacientes tenham acesso a benefícios assistencial ou previdenciário, assim como ao TFD, resgate de alguns proventos (PIS/PASEP e FGTS), além de isenção em alguns impostos e gratuidade em transporte público, dentre outros.

Partindo da análise realizada, vale ressaltar primeiramente o breve perfil dos participantes da pesquisa: em sua maioria pacientes com baixo nível de escolaridade, o que reflete em grande parte na questão econômica e social, uma vez que incide sobre os seus empregos, como pode ser visto com os resultados da pesquisa, tanto em relação aos que não tiveram quanto aos que tiveram a direitos sociais. O fator financeiro, portanto, é preponderante na relação ao acesso a direitos sociais, pois quanto menor a renda familiar, maior a necessidade de acesso, de forma que a situação econômica e social se apresentará permeada por grandes dificuldades.

Partindo desse pressuposto, buscou-se verificar a compreensão dos participantes da pesquisa sobre acolhimento e de que maneira foi realizado pelas(os) assistentes sociais, tendo como base esse entendimento e sua aproximação com a literatura. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH, 2006), o acolhimento enquanto ferramenta de ação assistencial envolve o bom atendimento, a escuta qualificada, a orientação e o acompanhamento contínuo desde o momento que o paciente ou usuário inicia seu tratamento, sendo permeado durante todo o processo. A partir da discussão sobre acolhimento pelos autores que fundamentam a pesquisa, verificou-se que os participantes expressaram compreender o que representa essa ferramenta baseado em suas histórias e experiências vivenciadas durante o seu processo de tratamento, e não na literatura científica.

Apoiando-se na compreensão dos participantes da pesquisa sobre acolhimento, verificou-se que dentre os 12 (doze) entrevistados, a maioria referiu ter um bom atendimento por parte do profissional assistente social, tendo como referência principalmente a viabilização do acesso a direitos sociais, pois dos 6 (seis) que tiveram acesso todos manifestaram ter recebido bom atendimento, escuta, orientação e acompanhamento por parte desse profissional, o que leva a análise de que o acolhimento é de fundamental importância no processo de viabilização a tais direitos, o que, segundo Santos (2006), depende do envolvimento entre profissional e usuário, pois baseia-se em um movimento dialético em que a realidade está em constante dinamicidade, por isso a importância de um processo relacional e de acompanhamento contínuo.

Quanto àqueles que não tiveram acesso a direitos sociais, esse não acesso pode ser também influenciado por questões individuais, pelo desgaste emocional no processo de tratamento, pelo acompanhamento da situação, dentre outros motivos. Entretanto, o que se pretende neste trabalho é indicar a importância do acolhimento enquanto tecnologia do Sistema Único de Saúde (SUS) que influencia na viabilização do acesso a direitos sociais, pois ao ser realizado por qualquer profissional da equipe objetiva principalmente o atendimento das necessidades dos usuários.

Ainda sobre os pacientes que não tiveram acesso a direitos sociais, os entrevistados apontaram a viabilização das informações a fim de terem acesso aos direitos, dentre as principais dificuldades no processo de acolhimento, orientação e acompanhamento. Entretanto, os entrevistados que tiveram esse acesso, não apontaram dificuldades quanto ao processo, uma vez que referiram acompanhamento contínuo, assim como orientação e escuta durante o trajeto para concessão de seus direitos, o que qualifica o fazer profissional do assistente social, assim como reforça a importância do acolhimento enquanto ferramenta de ação assistencial e tecnologia do SUS, conforme preconizado pela PNH (2006).

Conforme Simões (2008), os direitos sociais são direitos fundamentais ao homem para a manutenção de sua vida social, pois conforme a própria Constituição Federal de 1988 são direitos a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (Cap. II, Art. 6º), nos quais se enquadram os pacientes em cuidados paliativos oncológicos, sendo que o acesso a eles pode minimizar as consequências econômicas e sociais do processo de tratamento, uma vez que a dinâmica de vida se transforma e precisa ser readequada a uma nova realidade. Essas consequências, no que concerne ao aspecto social (somado aos aspectos físico, emocional e espiritual), são refletidas quanto ao provimento de seus dependentes (familiares) quando este paciente é o principal ou único provedor do sustento do grupo familiar, além das despesas com medicações específicas, alimentação, etc.

Após esse apanhado geral, pode ser verificada a importância do acolhimento enquanto ferramenta de ação assistencial no que concerne aos serviços de saúde e, neste caso em específico, enquanto ferramenta que influencia no acesso a direitos sociais aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos, assim como o papel do assistente social enquanto agente que irá conduzir este processo por meio de um bom atendimento, utilizando-se da escuta qualificada, orientação e acompanhamento contínuos, de forma a atender as necessidades desses pacientes. É importante ressaltar o papel educador desse profissional no sentido de estimular a participação dos pacientes e seus responsáveis enquanto corresponsáveis no processo saúde-doença no cenário do SUS, pois necessitam exercer sua autonomia, assim como exercer seus deveres a fim de que possam reivindicar os seus direitos.

A pesquisa também mostrou as principais consequências econômicas e sociais dos entrevistados durante o processo saúde-doença. Foram levados em consideração os discursos tanto dos que tiveram acesso a direitos sociais, quanto dos que não tiveram, pois o processo de adoecimento muda a dinâmica econômica e social de qualquer pessoa, tendo em vista que na maioria das vezes os pacientes oncológicos em cuidados paliativos são os principais ou únicos provedores do sustento de seu grupo familiar e devido ao desgastante processo de tratamento acabam por desamparar (não voluntariamente) seus dependentes, uma vez que necessitam se afastar ou até mesmo abrir mão de seus empregos.

É importante ressaltar, portanto, que apesar de receberem provento, os que tiveram acesso a direitos sociais também encontram dificuldades econômicas e sociais, pois a dinâmica familiar se modifica e o padrão econômico, conseqüentemente, também, haja vista que os recursos financeiros passam a ser destinados, principalmente, ao tratamento do paciente, além de não receberem mais a mesma renda, pois os benefícios previdenciários e assistenciais correspondem, em muitos casos, a um salário mínimo, quando não sofrem descontos por vezes arbitrários. A seguir, portanto, será apresentado um quadro com as principais dificuldades econômicas e sociais expressas pelos 12 (doze) entrevistados, dividido entre os pacientes que não tiveram acesso a direitos sociais e os que tiveram acesso:

Quadro 02: Principais dificuldades econômicas e sociais expressas pelos entrevistados

Pacientes que não tiveram acesso a direitos sociais	Pacientes que tiveram acesso a direitos sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Custeio de medicação específica ao tratamento; • Custeio de alimentação adequada ao paciente; • Custeio de produtos tais como: fraldas descartáveis, óleos e curativos; • Manter um profissional (técnico de enfermagem) para fazer procedimentos (curativo, troca de sonda, aplicação de medicamentos, etc.); • Manter os custos da educação dos filhos; • Manter um cuidador formal; • Manter o aluguel da moradia; e • Prover o sustento dos seus dependentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custeio de medicação específica ao tratamento; • Custeio de alimentação adequada ao paciente; • Manter o padrão de conforto da família; • Custeio de transporte adequado para locomoção; • Manter um cuidador formal; e • Prover o sustento dos seus dependentes.

Fonte: Dados da pesquisa de campo

A partir do quadro pode ser verificado que as principais dificuldades econômicas e sociais expressas pelos entrevistados que não tiveram acesso a direitos sociais e pelos que tiveram acesso podem ser consideradas, em sua maioria, as mesmas, com algumas exceções. De um modo geral, porém, essas são as principais dificuldades que os pacientes oncológicos em cuidados paliativos expressam devido o processo de adoecimento, consequentemente interferindo em sua dinâmica econômica e social. O que se pretende aqui é indicar que, além do impacto físico, emocional e espiritual, os pacientes oncológicos em cuidados paliativos também sofrem demasiadamente com os impactos sociais.

É importante frisar que todos os pacientes, independente de acessar ou não os direitos sociais, ainda permanecem com dificuldades, visto suas necessidades não serem totalmente satisfeitas. Isto ocorre devido o processo ser devastador para pacientes em cuidados paliativos mas, também, pelos reflexos da chamada questão social, a qual conforme Iamamoto (2001) se materializa por via da pobreza, violência, exclusão social, produzidas em meio ao sistema capitalista de produção, com ênfase à acentuada disparidade econômica entre as classes sociais. E, nesse caso específico, diante do processo de adoecimento essas expressões se tornam ainda mais acentuadas, uma vez que os pacientes necessitam abrir mão de seus empregos ou serem afastados devido a sua condição clínica.

E no caso dos pacientes participantes da pesquisa, a realidade não é diferente, sendo evidenciada, principalmente, a situação daqueles que não tiveram acesso a direitos sociais, pois como mostra o quadro em análise mesmo aqueles que recebem provento e que têm acesso a outras rendas, a situação econômica e social é bastante difícil, pois indicaram dificuldades, por exemplo, para custear medicações, materiais para curativo, manter um cuidador formal, assim como transporte adequado para sua condição física. Em contrapartida, aqueles que não tiveram acesso a direitos sociais tão pouco possuem outra renda, os quais além de se preocuparem com o seu processo de tratamento, assim como com as dificuldades expressas pelos que tiveram acesso a direitos sociais, precisam ainda se preocupar em manter os custos da educação dos filhos, o aluguel de suas moradias e, principalmente, o sustento de seus dependentes.

Prover o sustento dos dependentes foi dificuldade expressa tanto pelos que não tiveram acesso a direitos sociais, quanto pelos que tiveram acesso, sendo indicada como principal preocupação, pois na maioria dos casos analisados os pacientes oncológicos em cuidados paliativos são os principais provedores

do sustento do grupo familiar ou possuem uma participação importante nesse sustento. Tal fato pode ser corroborado por meio dos discursos da maioria dos entrevistados, tanto daqueles que não tiveram acesso a direitos sociais quanto dos que tiveram acesso. A seguir seguem alguns dos discursos dos participantes da pesquisa:

Trabalhava como agricultora e participava do sustento sim, junto com meu esposo. E nós dois juntos mantinha (sic) o sustento de todos. Agora quem ajuda meu esposo é meu filho e a gente se preocupa com ele, porque meu esposo já tá velhinho (M. N. B. R. paciente).

Trabalhei como auxiliar de serviços gerais e ajudava bastante meu marido. Sempre contribui com ele nas despesas e agora tá (sic) mais pesado para ele. Algumas pessoas da minha família me ajudam, por causa das crianças que é minha maior preocupação (D. A. C. paciente).

Eu sempre trabalhei pra (sic) sustentar minha família. Minha família dependia diretamente de mim. Minha esposa hoje vende salgados na rua de casa pra (sic) colocar comida em casa. Isso é muito difícil, porque não consigo ver essa situação. Queria poder sair daqui e trabalhar pra ajudar ela (sic) (M. R. F. S. paciente).

O sustento da minha família é mantido por mim ainda. O benefício que eu recebo é para tudo. A situação ficou bem difícil, porque minha esposa não trabalha e minhas filhas também dependem de mim, são estudantes ainda (A. S. L. paciente).

Moro sozinho, pago as minhas contas com minha aposentadoria. Dá pra (sic) tudo, eu não gasto muito (C. D. M. S. paciente). Sempre sustentei meus filhos e ajudei em casa. Tenho 04 filhos e preciso ajudar todos eles. Não sei como seria se não tivesse a ajuda de outras pessoas da família, porque só o benefício não dá e o TFD também não é muito. Minha maior preocupação é deixar eles sem nada (G. A. S. paciente).

Nos discursos dos entrevistados é expressa, de um modo geral, a preocupação quanto ao sustento ou participação no sustento do grupo familiar, fato presenciado com frequência na CCPO: aqueles que tiveram acesso a direitos sociais encontram diversas dificuldades econômicas e sociais e aqueles que não tiveram esse acesso encontram mais dificuldades e de forma mais acentuada.

Sendo assim, como afirma Simões (2008), os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, foram criados para a manutenção de suas necessidades com responsabilidade direta ou indiretamente do Estado e enunciados em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos que se encontram em situação de vulnerabilidade. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Tendo isso em vista, faz-se necessário que esses pacientes, assim como vários outros que dependem desses direitos para a manutenção de suas vidas, possam ter acesso a eles.

Sabe-se que o caminho é longo e apesar de terem respaldo legal, os pacientes oncológicos enfrentam um tortuoso caminho, na maioria das vezes para acessar tais direitos; em muitos casos acabam não tendo acesso, mesmo com todas as orientações e acompanhamento, pois são vítimas de um sistema que foi criado para assisti-los, mas que acaba por excluí-los, como pode ser visto no cotidiano com pacientes que têm seus processos indeferidos quando mais precisam do provimento de direitos para dar prosseguimento às suas vidas, econômica e socialmente.

Sendo assim, é importante destacar mais uma vez a importância do acolhimento enquanto ferramenta de ação assistencial que influencia no acesso aos direitos sociais, de forma que esses pacientes possam ser atendidos em suas necessidades, utilizando a escuta qualificada, a orientação e acompanhamento durante todo o processo de tratamento e caminho para ter o acesso a seus direitos.

Considerações finais

A atuação como assistente social proporciona uma série de experiências, incluindo a instigação sobre a temática do papel do assistente social como viabilizador dos direitos sociais para pacientes oncológicos. Por meio deste estudo verificou-se a importância do papel desse profissional no campo da saúde, ramo oncológico, cujas competências e atribuições está a de viabilizar meios necessários e adequados para que o paciente tenha acesso a esses direitos.

Com base nos resultados obtidos e tendo como subsídio a discussão realizada, destaca-se que (a) o assistente social na área da saúde possui várias atribuições que são complementares e indissociáveis entre si e podem ser descritas como: assistencial, em equipe, socioeducativa, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

Ressalta-se, aqui, o desenvolvimento de ações socioeducativas aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos de maneira a estimulá-los a reivindicarem seus direitos e buscarem esclarecimento sobre como devem proceder para acessá-los, haja vista que o assistente social tem papel fundamental no que concerne ao processo educativo dos usuários, pois o objetivo principal é estimular a participação destes no processo de produção e reprodução de sua vida social enquanto protagonistas.

Nesse sentido, as ações desenvolvidas devem ser perpassadas e transversais à equipe, paciente e família, segmentos que conformam a tríade do processo. Assim, o atendimento deve ser compreendido – por uma equipe, da qual faz parte o assistente social – ao paciente e sua família e, no que concerne à atribuição socioeducativa desse profissional, deverá também incluir a tríade supracitada, o que significa defender que o profissional da área social deve estar atento ao conjunto de sujeitos envolvidos no processo de tratamento, ressaltando a importância da equipe multiprofissional, de forma a desenvolver um trabalho em que o paciente e sua família possam ser atendidos de forma integral em seus aspectos físico, emocional, social e espiritual.

Em relação aos direitos sociais, vale destacar a importância dos profissionais buscarem constante formação sobre o assunto, tendo em vista que as legislações sofrem modificações ou readequações. Assim, para que o paciente (usuário) possa ser bem orientado e acompanhado, o profissional deve estar bem esclarecido quanto às informações necessárias para a viabilização do acesso a esses direitos. Desta forma, ações são de fundamental importância, haja vista que a orientação referente a benefícios assistenciais, previdenciários, auxílios, é uma das principais atribuições da(o) assistente social, assim como o acompanhamento contínuo dessas demandas até que soluções e respostas sejam fornecidas.

Entretanto, vale ressaltar que a(o) assistente social e os demais profissionais da equipe multiprofissional se deparam com problemas das mais diversas ordens em seu cotidiano de trabalho: estrutura, recursos, materiais, fragilidade nas redes de serviços, acúmulo de funções, dentre outros. Essas dificuldades podem refletir sobremaneira no trabalho realizado em seu cotidiano, o que gera implicações na assistência direta aos pacientes e seus familiares.

Deve-se, portanto, criar mecanismos que minimizem essas dificuldades para que as demandas dos usuários sejam atendidas e, no caso dos pacientes oncológicos, possam ter minimizado seu sofrimento no aspecto social, mas com influência nos demais aspectos, uma vez que o paciente é visto em sua integralidade.

Referências

CHUPEL, C.P. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis**. Florianópolis, SC, 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado) - UFSC, Centro Socioeconômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

- FIGUEIREDO, M. da G. M. C. de A. Cuidados paliativos. In: Vários autores (org.). **Temas em Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 382 - 413.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 79 - 108.
- GUIMARÃES, R. M. Filosofia dos cuidados paliativos. In: SALTZ, E.; JUVER, Jeane (org.). **Cuidados paliativos em oncologia**. – Rio de Janeiro: Ed. Senac, 2008.
- IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. In: **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social/ ABEPSS. Grafline. Ano II - nº 3, janeiro/junho. Brasília, 2001, p. 09 - 32.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA. Cartilha: Direitos Sociais do Paciente Oncológico. Rio de Janeiro, 2012.**
- Instituto Nacional de Câncer - INCA. O que é Câncer? Rio de Janeiro, 2014.**
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 09 - 29.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. **Cuidados Paliativos**, 2007.
- Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO): Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos**. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.439, 2005.
- Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. 3ª edição. Brasília, 2006.
- SANTOS, E.T. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social**. 2006 - Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social.
- SANTOS, C. F. dos. **A atuação do assistente social em cuidados paliativos**. Coletânea de Textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia, 2010.
- SARMENTO, H. B. M. **Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão**, 2005 - Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

¹ A pesquisa teve como cenário a Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO) do Hospital Ophir Loyola (HOL), tendo em vista a experiência de assistente social residente na referida especialidade (Oncologia-Cuidados Paliativos), levando em consideração também a experiência nos demais setores/clínicas da instituição (Quimioterapia, Radioterapia, Clínica Cirúrgica, Unidade de Atendimento Imediato (UAI), Oncologia Clínica, dentre outros), além do estágio realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA).

² Os atores da amostra foram escolhidos intencionalmente em função da relevância enquanto objeto da pesquisa. Vale ressaltar que a participação dos sujeitos na pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual esclareceu o motivo da pesquisa, os benefícios, de que forma iria acontecer, dentre outros pontos, e assinado pelo participante que aceitou fazer parte do processo investigativo.

³ O tratamento curativo visa a eliminação total da doença que tem como propostas de intervenção: a cirurgia (retirada da neoplasia, das células malignas ou partes do tecido que elas afetam); a quimioterapia (drogas são ingeridas ou injetadas para alcançar as células malignas que estejam distribuídas no organismo); e a radioterapia (raios ionizantes bloqueiam a divisão celular ou destroem essas células malignas); as Medidas de Suporte permitem a convivência com a doença no organismo, intervindo de forma a garantir o conforto do paciente, ou seja, o profissional propõe medidas de suporte que ofereçam o bem-estar desse paciente, mas sempre avaliando os riscos e possíveis benefícios, uma vez que podem ser consideradas propostas cirúrgicas ou de tratamentos mais agressivos para o controle da doença de acordo com o estado geral do paciente; e o Tratamento Paliativo tem como objetivo principal intervir no controle dos sintomas da doença pelo maior tempo possível quando esta já não responde às propostas curativas, no entanto sem ter um caráter obstinado, isto é, prima pela melhora na qualidade de vida do paciente e também de seus familiares, por meio de intervenções que amenizem o sofrimento em seus diferentes aspectos.