

## Artigo

# **Sobre o direito de morrer: apontamentos sobre o trabalho do Assistente Social junto a pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos**

Gabriel Caetano dos Santos Alves\*  
Michelle Almeida Samora\*\*

### **Resumo**

Os mais diversos cursos de ensino superior voltados para a saúde, possuem seus programas políticos pedagógicos voltados exclusivamente para práticas curativas e restaurativas da saúde do paciente, deixando de lado um debate extremamente importante e que faz parte do ciclo vital, ou seja, a morte. Partindo deste pressuposto, este artigo versará não somente sobre o direito à vida, como também o direito de morrer, e sobretudo de morrer com dignidade. Logo, será apresentada uma revisão bibliográfica para subsidiar o debate no que diz respeito aos Cuidados Paliativos, bem como os aspectos mais práticos, no que tange ao processo de trabalho do Assistente Social inserido em equipe multidisciplinar.

**Palavras chave:** Serviço Social. Oncologia. Cuidados Paliativos.

**About right to die: Notes on the work of the Social Worker with cancer patients in Palliative Care**

### **Abstract**

The most diverse higher education courses focused on health, have their pedagogical political programs focused exclusively on curative and restorative practices of the patient's health, leaving aside an extremely important debate that is part of the life cycle, that is, death. Based on this assumption, this article will not only deal with the right to life, but also the right to die, and above all, to die with dignity. Therefore, a bibliographic review will be presented to support the debate regarding Palliative Care, as well as the more practical aspects, regarding the work process of the Social Worker inserted in a multidisciplinary team.

**Keywords:** Social Work. Oncology. Palliative Care.

\* Especialização em andamento em Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia pela Universidade Federal de São Paulo, [gabrielcsalves@hotmail.com](mailto:gabrielcsalves@hotmail.com)

\*\* Doutora em Ginecologia Oncológica pela Universidade Federal de São Paulo, [michelle.samora@unifesp.br](mailto:michelle.samora@unifesp.br)

**A** única certeza que temos da vida é que iremos morrer, entretanto, não nos preparamos e muitas vezes evitamos mencionar este assunto por ser considerado um tabu em nossa sociedade. Partindo deste pressuposto, a Medicina e as mais diversas ciências dedicadas a estudar, diagnosticar e intervir em patologias, têm seus perfis profissionais e pedagógicos voltados para a cura e restauração da saúde do paciente, por conseguinte, a morte é encarada como um fracasso.

Mas qual o custo da vida? Esta pergunta muitas vezes é ignorada ou simplesmente nem feita ao paciente, apelando assim para práticas como a obstinação terapêutica, ou seja, o “prolongamento” excessivo da vida, seja em dias ou em horas, entretanto, sem significar saúde, ou simplesmente conforto para o indivíduo, o principal sujeito. Deste modo, em Cuidados Paliativos não tratamos de “sucesso”, mas de qualidade de vida para a pessoa que possui uma doença com risco alto de mortalidade.

Partindo deste pressuposto, este artigo vem discutir o direito à vida, bem como o direito de deixar de viver, esclarecendo sobretudo as principais diferenças entre os termos relacionados à terminalidade. Considerando isto, foi escolhido a especialidade clínica da Oncologia, responsável pelo tratamento de pacientes com diagnóstico positivo para Neoplasia Maligna, tendo em vista ser uma patologia com um número elevado de óbitos, uma vez que não há uma cura, apenas tratamentos que podem ou não surtir efeito. Reiteramos que, o objetivo deste texto não repousa sobre o campo clínico, mas sim, os aspectos sociais que permeiam a terminalidade.

Logo, quando falamos em Cuidados Paliativos, não temos um protocolo, uma vez que, tanto há variações clínicas das patologias, como também variações nos determinantes sociais, que vão desde a religião professada pelo paciente, até as providências legais diferentes entre aquele que contribuía e o que não possuía vínculo formal de trabalho e nem contribuição ativa com o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

Portanto, este texto visa dar maior visibilidade aos processos sociais envolvidos no Cuidados Paliativos, discutindo-o na perspectiva do Serviço

Social, com breves recortes aos conceitos clínicos dispostos na literatura atual. Sendo assim, estimamos evidenciar os aparatos legais que norteiam este tipo de prática, bem como as providências a serem tomadas juntos aos pacientes e seus familiares, desde o diagnóstico até o óbito propriamente dito.

Este estudo se justifica pela necessidade teórico conceitual e prática, da discussão no meio do Serviço Social, no que tange a garantia de direito dos usuários oncológicos em Cuidados Paliativos. Naturalmente, grande parte das produções, tendem a focar em encaminhamentos sociais, com vista em um momento transitório do cidadão em uma unidade de saúde, deixando uma prática cristalizada focando apenas em plantões e encaminhamentos, havendo assim, pouca discussão no que se refere ao acolhimento frente à terminalidade.

Sendo assim, para subsidiar este debate, foi adotado o método Materialista Histórico Dialético, uma vez, que o ponto principal parte de uma realidade concreta, transfigurada nas mais diversas refrações da questão social e dinâmicas sociais, necessitando assim, de uma análise crítica, da qual demanda sobretudo, posicionamento ético político.

## **Cuidados paliativos: conceitos e princípios**

Erroneamente o conceito de Cuidados Paliativos foi perpetuado como o “paciente despachado” ou “o lugar que mandam as pessoas para morrer”. Contudo, estes pensamentos do senso comum precisam ser trabalhados de forma mais coerente, inclusive pelos profissionais da saúde, que muitas vezes não compreendem ou se sim, com certa obscuridade a filosofia deste tipo de cuidado.

Partindo do aparato disposto pela Organização Mundial da Saúde, os Cuidados Paliativos são caracterizados inicialmente como sendo um:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao 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. (OMS, 1990, s.p, apud MATSUMOTO, 2012, p. 25)

Podemos observar que o conceito adotado atualmente é relativamente novo, contudo, a prática fora pensada por volta da década de 1960, pela precursora do movimento, a Assistente Social, Enfermeira e Médica, Cicely Saunders<sup>1</sup>, que começou a desenvolver sua atividade a fim de garantir conforto aqueles pacientes com o prognóstico desfavorável para melhora.

Este modelo de cuidado focado no paciente e não na doença serviu de modelo para o mundo, onde países como Estados Unidos e Canadá passaram a adotar esta filosofia, entretanto, somente em 1982 que o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde, passa a criar uma frente de trabalho a fim de elaborar uma política de alívio de dor e conforto para pacientes oncológicos.

Ainda neste recorte histórico, em 2002, a Organização Mundial da Saúde, editou o conceito de Cuidados Paliativos, afirmando como sendo:

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da **prevenção** e alívio do sofrimento. Requer a **identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual**. (WHO, 2002, p. 15. grifo nosso, tradução nossa)

Ao analisarmos o novo texto da OMS, podemos verificar a incrementação da palavra prevenção, uma vez que, o conforto e qualidade de vida do paciente não deve ser pensado como última alternativa, quando os outros métodos não surtem mais efeito, mas, pensar como algo que deve ser dado início logo após o diagnóstico, como o alívio da dor, e neste ponto, não nos remetemos exclusivamente a dor física, como também a emocional, social e espiritual. Reiteramos que não se trata de desistir do paciente, mas compreendê-lo dentro de um contexto que merece atenção integral, sobretudo na questão dos direitos sociais.

### ***Termos relacionados a terminalidade***

Considerando a relevância da discussão, é de suma importância pontuarmos algumas questões para compreender a centralidade da temática, e dentre elas, pensar alguns conceitos no que tange a terminalidade, visto que, tudo que é desconhecido causa medo, e tendo em vista que a morte e o morrer é um campo não discutido usualmente, o mesmo é carregado de significados de acordo com o contexto sociocultural em que o paciente e sua família se encontram inseridos, logo, tornando objeto de intervenção do Serviço Social.

Portanto, pensar o processo de trabalho do Assistente Social atuando diretamente com pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas, não é pensar uma prática voltada apenas para os plantões sociais, respostas imediatas e até mesmo burocráticas, uma vez que, em muitos casos não há uma resposta, apenas a presença de um profissional da equipe de saúde próximo a família, já transmite tranquilidade e amenização do sofrimento, contudo, este ponto será discutido mais à frente quando entrarmos efetivamente na atuação profissional.

### ***Eutanásia***

Quando tratamos do processo de morrer, independente da religião e contexto socioeconômico que o paciente e seus familiares estão inseridos, sempre será um processo traumático, seja ele advindo de uma morte violenta (acidentes ou homicídios) ou em contextos hospitalares provenientes de uma patologia que ameaça diretamente a integridade física do paciente.

Neste bojo, temos o primeiro termo, que é a Eutanásia, que pode ser compreendido como:

O agente pratica uma conduta de “ação”, pois a morte é causada mediante uma ação, como, por exemplo, no caso da aplicação de uma injeção letal. Lembre-se, aliás, de que a palavra eutanásia deriva do grego e significa “boa morte”, “morte tranquila, sem dor nem sofrimento” (“eu” corresponde a “bem” e thanasia, a morte). (TORRES, 2012, p. 423)

Atualmente a legislação brasileira<sup>2</sup> tipifica a Eutanásia como crime de homicídio, uma vez que a Constituição Federal define a vida como Direito Fundamental consagrado no artigo 5º, e a violação deste direito é condenável pelo Código Penal.

Cabe salientarmos ainda que esta não é uma realidade presenciada por todos os países, uma vez que cada um adota legislação própria<sup>3</sup>. A exemplo disso, podemos mencionar a Holanda, que reconhece esse tipo de conduta médica e garante aos seus pacientes o direito de optar pelo encerramento e aplicação de medidas que levem ao óbito, como um ato de misericórdia e piedade, uma vez que, comprovada a gravidade, evolução do quadro clínico e a impossibilidade de cura, havendo autorização por parte do paciente ou seu responsável legal, o médico responsável estará autorizado a seguir os protocolos a fim de conduzir o paciente a morte de forma digna e indolor, preservando a integridade do paciente.

Ainda neste bojo, Torres (2012) classifica a eutanásia em dois grandes campos, sendo o primeiro, a Eutanásia Ativa, caracterizada pela ação de matar alguém de forma direta por piedade, por intermédio de aplicação de substâncias letais. Por outro lado, temos a Eutanásia Passiva, quando há omissão, a fim de deixar morrer por piedade, ou seja, caso haja possibilidade para evolução do quadro clínico para melhora, mas por piedade o médico ou equipe não o fazem, logo estarão enquadrados no Artigo 121 do Código Penal.

### *Distanásia*

Considerando o termo anterior, se por um lado, temos a interrupção da vida por meio de aplicação de substâncias letais ou da omissão, a Distanásia vem em contramão a este tipo de conduta, uma vez que é considerado pela insistência “em manter um tratamento ou qualquer procedimento inócuo, artificioso, postiço e gravoso ao paciente terminal [...] expondo-o assim a dor e ao sofrimento” (TORRES, 2012, p. 431).

Este ponto requer duas leituras essenciais da realidade dos pacientes e seus respectivos familiares ou representantes legais, uma vez que, é de conhecimento geral que a morte muitas vezes pode ser vista como um fracasso da equipe, tendo em vista que prezamos muito pela vida e conseqüentemente pela cura. Entretanto, até quando é lícito insistir em um tratamento? Alguns pontos devem ser postos em estudos, e não somente com a equipe multidisciplinar, mas também com a família, tais como a utilização de quimioterápicos antineoplásicos e seus respectivos efeitos colaterais e até mesmo a utilização de ventilação mecânica, hemodiálise e ressuscitação cardiopulmonar-cerebral, salvo se tiver finalidade curativa (FORTE, 2012).

Por outro lado, estas abordagens ao invés de gerarem melhoria do quadro clínico, conforme pontua Daniel Forte (2012), tendo em vista que o prognóstico não é satisfatório, ou seja, não há expectativa de melhora, apenas prolonga o processo de morte de forma dolorosa. Logo, se há este tipo de procedimento, poderá ser tipificado como crime de lesão corporal<sup>4</sup>, constrangimento ilegal<sup>5</sup>, tortura e pelo tratamento cruel imposto ao paciente e sua família, tendo em vista que o Artigo 5º da Constituição Federal do Brasil, afirma que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (BRASIL, 1988, p. 13).

Logo, pensar em uma ação que não se configure como prolongamento injustificável do sofrimento por intermédio de procedimentos sem que haja a possibilidade de cura, requer que toda a equipe multiprofissional discuta tanto em âmbito interno, ou seja, somente com os profissionais, como também com as famílias, devendo o Assistente Social, intervir, mediante a estas demandas na reafirmação do direito à dignidade humana do paciente, uma vez que, muitas vezes é pensado apenas no “sucesso” ou “fracasso”, havendo assim o esquecimento dos interesses dos demais envolvidos. Neste ponto a intervenção do Serviço Social, vai desde a entrevista social para conhecimento da família, e até mesmo discutir as intervenções pré e pós óbito, assegurando sobretudo o direito que procedimentos ou ausência dos mesmos em razão da religião ou filosofia de vida<sup>6</sup> sejam respeitados.

## *Ortotanásia*

Por fim, temos a Ortotanásia, voltada exclusivamente para controle de dores e geração de conforto ao paciente. Contudo, este tipo de conduta não poderia ser caracterizado como homicídio por omissão?

O crime de omissão é consagrado no Art. 13 do Código Penal e pode ser caracterizado quando a pessoa que deixa de praticar uma determinada ação, que poderia fazer e não o fez, ocasionando assim o óbito do paciente. Logo, no caso em que o paciente possui indicação de tratamento ou utilização de alguma medicação em específica, e na ausência da mesma, o quadro clínico pode se agravar evoluindo a óbito, o responsável é judicialmente penalizado pelo crime de omissão de socorro.

Na Ortotanásia, após análises da equipe multidisciplinar, o usuário é formalmente indicado aos Cuidados Paliativos, logo, não há crime de omissão, uma vez que, não há condições objetivas para o tratamento da patologia, apenas prolongamento do sofrimento, tendo em vista que:

[...] O doente é terminal e a enfermidade é incurável; a morte é materialmente inevitável; não há esperada reversibilidade e não existe possível transitoriedade; logo, nessa situação restrita e específica, se o médico limita ou suspende procedimentos e tratamentos destinados exclusivamente a prolongar a vida desse doente, não está praticando uma ação dirigida a causar a sua morte e não está praticando a “eutanásia”, nem a “eutanásia ativa” nem a “eutanásia passiva”, mas, apenas e tão somente, está praticando uma omissão de assistência inútil. (CFM, 2009, s.p. apud TORRES, 2012, p. 428)

Logo, é importante interpretarmos a luz tanto da Constituição Federal de 1988 e do Código Penal Brasileiro o caso do Cuidados Paliativos. Como já fora mencionado, a permanência de tratamentos que possam gerar um sofrimento maior do que o que está sendo causado pela patologia, e no caso deste estudo, a neoplasia maligna, pode ser tipificado como tortura, e a ausência de tratamento é considerado omissão de socorro, a Ortotanásia está nessa interseção, uma vez que, reconhecendo o quadro clínico e o prognóstico ameaçador da vida, o médico opta por não seguir com procedimentos que possam apenas gerar mais dias ou até mesmo poucas horas de semi vida do

paciente, e opta por deixar a doença seguir seu fluxo, proporcionando ao paciente controle de dor e conforto, segundo Matsumoto (2012), o mesmo não pratica crime de omissão, pois não se omitiu, apenas deixou morrer, que na interpretação do Código Penal, pelo Juiz de Direito, José Torres (2012, p. 428), “‘deixar morrer’, que é uma conduta de omissão, não é passível de tipificação no artigo 121 do Código Penal, nesse caso, pois não é possível curar uma doença incurável e é impossível evitar uma morte inevitável.”

Estes pontos são importantes serem levantados e debatidos dentro das equipes multidisciplinares, não somente aquelas destinadas aos Cuidados Paliativos, mas em todo âmbito da saúde, tendo em vista a desmistificação dos conceitos e a redução dos conflitos entre equipe e familiares quando estes temas são abordados, tendo em vista que, a ortotanásia, ainda carrega muitos estigmas, contudo, segundo Matsumoto (2012), este tipo de abordagem é considerado como um dos mais completos, por levar em consideração aspectos psicossociais e espirituais, que em outras abordagens, são deixadas em segundo plano ou até mesmo nem postas em pauta. Logo, deve ser indicado não apenas quando o prognóstico não é satisfatório, mas desde o diagnóstico, a fim de gerar controle dos sintomas, proporcionando assim melhor qualidade de vida, podendo até mesmo significar melhores respostas por parte do paciente.

## **Serviço social frente à terminalidade**

O fim da vida é um momento que demanda não apenas cuidado ao paciente em seus últimos momentos, mas se configura ainda como sendo um momento de fragilidade social. A literatura disponível a respeito de Cuidados Paliativos tende a dissertar a respeito dos aspectos biológicos, clínicos, utilização ou não de métodos, contudo, aspectos que dizem respeito ao psicossocial muitas vezes são apenas discutidos em textos voltados para o Serviço Social e a Psicologia. Acreditamos que esta falha precisa ser corrigida,

e o pensamento e abordagem de elementos que dizem respeito ao social, devem ser tratados por todos na equipe.

Tomando por base este apontamento, a professora Dra. Maria Lúcia Martinelli, em sua discussão sobre o projeto ético político do Serviço Social, pontua que:

A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana (MARTINELLI, 2006, p. 12)

Partindo deste pressuposto, da importância da abordagem do Serviço Social, seja ele no contexto hospitalar ou não, nos remete reafirmação do significado profissional, como pontuado outrora, no que tange a defesa dos direitos dos usuários, inclusive, no direito de morrer, e por conseguinte ter uma morte digna, em paz e com a compreensão, por parte do paciente, que o mesmo cumpriu a sua missão.

Pontos como este precisam ser levantados, como por exemplo, a reorganização familiar, gerenciamento de conflitos anteriores a internação, até mesmo questões mais burocráticas, como regularização do estado civil<sup>7</sup>, reconhecimento de filhos<sup>8</sup>, a fim de facilitar a solicitação de pensão por morte<sup>9</sup>.

Estas informações devem ser colhidas desde o início do tratamento, e não por exemplo, dar início a essas orientações quando o paciente se encontra desacordado em razão de sedação paliativa. Deste modo, a intervenção do Assistente Social desde o diagnóstico é de suma importância para desvelar a andamento das abordagens. Portanto, no primeiro momento é mister conhecer e diferenciar a família ideal da família real, questionando junto ao usuário questões: como se organiza a família, quem compõem o grupo familiar, verificar o estado dos vínculos familiares, quem é o provedor da renda, aspectos culturais e religioso.

Conhecendo estes pontos postos acima já concede ao Assistente Social elementos que subsidiarão seus próximos passos, que podem ser:

**Quadro 1 – Providências e Orientações**

<b>PROVIDÊNCIA</b>	<b>ORIENTAÇÃO</b>
Regularização de Bens <sup>10</sup>	O paciente oncológico com invalidez permanente ou total, possui o direito de solicitar a quitação de um financiamento, que conste em seu contrato e que o mesmo possua o Seguro de Financiamento Habitacional, sendo vedado por parte da financiadora estipular qual empresa a pessoa deverá contratar, por se tratar de venda conjugado.
Saque do PIS/PASEP/FGTS	Considerando os eventuais gastos advindos do processo saúde/doença, é fundamental que o Assistente Social verifique a respeito dos vínculos do paciente junto ao INSS, uma vez que, em casos de neoplasia maligna, o paciente tem direito ao saque <sup>11</sup> , de acordo com a Resolução 1 de 15/10/1996 do Conselho Diretor do PIS/PASEP.
Auxílio por Incapacidade Temporária (Auxílio Doença) <sup>12</sup>	De acordo com Art. 151 do Regime Geral da Previdência Social <sup>13</sup> , não há período mínimo de contribuição para pacientes oncológicos.
Auxílio por Incapacidade Permanente (Aposentadoria por Invalidez)	Este benefício é concedido após a perícia concluir que a doença chegou num nível de incapacitar definitivamente o paciente. Em casos de neoplasia maligna, é acrescido 25% ao valor da aposentadoria, caso o paciente necessite de cuidados permanentes. (BRASIL, 1991)
Benefício de Prestação Continuada - BPC	É concedido ao paciente sem histórico de contribuição ou que não esteja na condição de segurado do INSS. Trata-se de um benefício socioassistencial e pago pelo INSS. Para a sua solicitação, o paciente precisa estar enquadrado nos critérios de renda <sup>14</sup> .
Pensão por Morte	Benefício pago aos dependentes <sup>15</sup> e não exige carência, apenas vínculo.

**FONTE: Elaborado pelo autor**

A abordagem esclarecendo tais informações acima, não visa apenas seguir os protocolos internos pertinentes ao Serviço Social, eles vão muito mais além, como por exemplo, garantir a manutenção da vida dos familiares após o falecimento do possível provedor da renda. Como já foi mencionado, esta abordagem não deve se restringir ao fim da vida, mas dar amparo desde o início do tratamento, a fim de que as despesas provenientes deste processo não impactem diretamente no orçamento familiar, que na maioria das vezes, pode ser curto.

Desenvolver um acolhimento efetivo com o paciente e a família, é construído desde o princípio, e segundo Silva e Araújo (2012), quando discutem comunicação em Cuidados Paliativos, o vínculo da equipe começa antes mesmo do primeiro atendimento, com a observação do paciente a respeito do comportamento interno (entre os integrantes da equipe multidisciplinar) e externo (relação equipe/pacientes). As atitudes adotadas pelos profissionais podem definir, inclusive se o paciente/família confia ou não no profissional.

Tendo em vista isso, a escuta ativa do Assistente Social em seu acolhimento, pode servir para modular os atendimentos não somente do Serviço Social, como a sinalização para os demais profissionais, questionando sempre ao paciente, caso o mesmo esteja acordado, orientado e responsivo, sobre as ações a serem adotadas a posteriori.

Este trajeto não é algo linear e nem muito menos fácil, pois estaremos desenvolvendo uma abordagem com um paciente na grande maioria das vezes internado, e possivelmente em estado grave ou não. Logo, é importante planejar junto ao paciente e a família abordagens que podem gerar o conforto nesta situação, como por exemplo, a facilitação de visitantes (inclusive para iniciar o processo de despedida), incluindo crianças, fato este a ser mediado junto a psicologia, e até mesmo, segundo o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, sobre a viabilização de espaços reservados com cadeiras, aumento do horário de visita, a fim de que, todos se sintam acolhidos, dentro das normas hospitalares.

Ainda durante a abordagem no tocante às visitas, é comum que o paciente queira rever familiares a fim de resolver pendências pessoais, como brigas do passado ou simplesmente se despedir, sendo importante a promoção destes encontros, se atentando sempre a por exemplo, quando o paciente solicita rever filhos de outro casamento, deste modo, é importante garantir o reencontro, caso seja viável, e verificar se há possibilidade de um possível conflito entre a família atual e a do outro casamento, mediando sempre o

melhor para o paciente, e caso necessário, verificar um estabelecimento do horário das respectivas visitas a fim de minimizar possíveis desconfortos.

## **Considerações finais**

Para pensar todos os processos acima, se faz necessário uma segurança por parte da equipe técnica, no que tange as informações referente ao direito dos usuários de optarem, mediante ao esclarecimento do prescritos, por não seguir com um possível tratamento que pode ou não surtir efeito, e seguir com Cuidados Paliativos Exclusivos, fato este que requer atenção, tempo e empatia.

Reiteramos que, pensar em Cuidados Paliativos, não significa necessariamente que o paciente tem uma condição clínica incurável ou que o mesmo se encontra nas últimas horas de vida, sendo hegemônica a fala dos profissionais ao discutirem a temática, que os Cuidados Paliativos não devem ser considerados apenas no fim de vida, mas desde o início do tratamento, respeitando sempre o interesse do paciente, logo, o mesmo precisa ser ouvido para além das queixas clínicas.

No tocante a este último ponto levantado, não nos remetemos exclusivamente ao processo de anamnese ou preenchimento do grupo familiar do paciente, mas conhecer a pessoa que está internada em sua integralidade, saber ouvir e interpretar informações, propiciando um momento de conforto. Compreendemos ainda que estes procedimentos demandam tempo e sobretudo perfil, uma vez que, há profissionais e profissionais dentro das equipes, sendo composta por aqueles que possuem de fato um comprometimento ético político com o usuário e aqueles que se limitam apenas a preenchimento de formulários e respostas técnicas previamente estabelecidas após entrevista social. Cabe destacarmos ainda que este segundo perfil pode ser construído por diversos fatores, sendo capcioso de nossa parte determinar qual é o motivo central dos profissionais agirem desta forma, entretanto, podemos elencar alguns, como: processo de formação

profissional comprometido e ausência de debates mais profundos em sala de aula, seja por questões institucionais ou pessoais; baixos salários, fator este que gera grande desmotivação as equipes, e atrelado a isto, temos o terceiro ponto, as jornadas extenuantes de trabalho, fazendo com que, para que o profissional tenha condições mínimas de sobreviver, opte por trabalhar em mais de uma unidade hospitalar, logo, algumas demandas são vistas mais superficialmente.

Atrelado a estes elementos citados acima, temos ainda a busca incessante pela produtividade e efetividade demonstrada em números de atendimento, que não expressam de fato o fazer profissional, muito menos as demandas sociais, logo, o paciente, muitas vezes é olhado, como mais um paciente, separados em “caixinhas” de perfil e a abordagem efetiva, fica em segundo plano ou não pensada, seja por falta de corpo técnico, tanto em número quanto em capacitação, seja por questões orçamentárias ou dinâmica institucional.

Face aos expostos, a dinâmica com o paciente fica comprometida, aonde o mesmo não percebe disponibilidade da equipe para pontuar questões não necessariamente ligadas ao diagnóstico, sendo este ponto essencial para humanização dos serviços e processos. Não é raro acompanharmos situações onde a equipe se mobiliza para realizar cerimônias de casamento dentro das enfermarias, mediar uma alimentação específica que o paciente manifesta interesse ou até mesmo passeios, como uma ida a praia com um paciente proveniente do interior do estado e nunca viu o mar pessoalmente<sup>16</sup>. Estes momentos são essenciais até mesmo para proporcionar conforto, alívio do estresse das rotinas hospitalares e proporcionar uma morte sem sofrimento.

Portanto, o cuidado integral ao paciente, independente do diagnóstico ou seu estadiamento, deve ser pensado sempre como prioridade, para além de medicações, procedimentos cirúrgicos e evolução em prontuário, a fim de que, o ser humano seja respeitado e suas decisões, sempre que possível atendidas. Cuidados Paliativos não é sobre deixar morrer, mas sim, possibilitar um saber viver.

**Gabriel Caetano dos Santos Alves** é graduado em Serviço Social pelo Instituto de Ensino Superior Franciscano - IESF (2020), Especialização em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor - UNIFAVENI (2021). Atualmente é residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia pela Universidade Federal de São Paulo, com Estágio Observacional no Centro Hospitalar Universitário do Porto - CHUPorto da Universidade do Porto/Portugal.  
Contato: [gabrielcsalves@hotmail.com](mailto:gabrielcsalves@hotmail.com)

**Michelle Almeida Samora** é graduada em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia (2007). Atualmente é oncologista clínica do Hospital HCOR - Sociedade Beneficente Síria e supervisora do programa de residência médica em oncologia clínica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Titulada e membro da Sociedade Brasileira de Cancerologia Clínica. Doutorado em Ginecologia Oncológica pela Universidade Federal de São Paulo. Membro efetivo do Grupo EVA (Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos) e LACOG (Latin American Cooperative Oncology Group) no comitê de Ginecologia Oncológica.  
Contato: [michelle.samora@unifesp.br](mailto:michelle.samora@unifesp.br)

Artigo recebido em: 19/03/2022

Aprovado em: 30/09/2022

Como citar este texto: ALVES, Gabriel Caetano dos Santos; SAMORA, Michelle Almeida. Sobre o direito de morrer: apontamentos sobre o trabalho do Assistente Social junto a pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. **Perspectivas Sociais**, Pelotas, vol. 08, nº 02, p. 38-55, 2022.

## Referências

BARROCO, Maria Lucia Silva; HELENA, Terra Sylvia. **Código de ética do (a) assistente social comentado**. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

BRASIL. [Constituição 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1 -74, 11 jan. 2002.

BRASIL. Decreto-Lei nº2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília: Presidência da República, 1940, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)>, acesso em: 24 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº8.213, de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1991, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm)> Acesso em: 30 dez. de 2020.

BRASIL. **Resolução CD/PIS-PASEP nº1 de 15 de outubro de 1996**: Autoriza sua liberação nos termos que especifica. Brasília: Presidência da República, 1996, Disponível em: <[https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1-1996\\_95224.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1-1996_95224.html)> Acesso em: 12 de nov. 2020.

SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. Comunicação em cuidados paliativos. **Manual de cuidados paliativos**, Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v. 2, n. 2 p. 75-85, Ago 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v.1, n.6, p. 9-23, mai 2006.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos**, Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v. 2, n. 2, p. 24-30, Ago 2012.

OLIVEIRA, Ivone Bianchini de. Suporte ao paciente e à família na fase final da doença. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v. 2, n. 2, p. 299-308, Ago 2012.

SAPORETTI, LUIS ALBERTO; SILVA, A. M. O. P. Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões. **Manual de Cuidados**

**Paliativos.** Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, n. 2, v. 2, p.556-568, Ago 2012.

TAKASCHIMA, Augusto Key Karazawa et al. Dever ético e legal do anesthesiologista frente ao paciente testemunha de Jeová: protocolo de atendimento. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 66, p. 637-641, Dez 2016.

TORRES, José Henrique Rodrigues. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar. **Manual de Cuidados Paliativos**, Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v. 2, n. 2, p. 415-438, Ago 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

---

<sup>1</sup> Cicely conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, proveniente do Gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou até sua morte, tendo com ele longas conversas. David Tasma deixou-lhe uma pequena quantia como herança, dizendo: “Eu serei uma janela na sua Casa”. (MATSUMOTO, 2012, p. 24)

<sup>2</sup> O Código Penal Brasileiro pontua: Art. 121. Matar alguém: Pena - reclusão, de seis a vinte anos. (BRASIL, 1940, s.p)

<sup>3</sup> Recentemente, o Tribunal Federal Alemão decidiu que, se o paciente pede, expressa ou presumidamente, a suspensão de medidas inúteis de prolongamento da vida, o médico pode e deve satisfazer esse seu pedido, e pode interromper o tratamento, sem que esteja cometendo homicídio. (TORRES, 2012, p. 431)

<sup>4</sup> Código Penal, artigo 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.

<sup>5</sup> Código Penal, artigo 146. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda.

<sup>6</sup> De acordo com a Constituição Federativa do Brasil de 1988, Art. 5º, inciso “VII – é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” (BRASIL, 1988, p. 13); e também com base no Código de Ética do Assistente Social, no que tange aos princípios da profissão, temos: I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; (BARROCO; TERRA, 2014, p. 121 - 125). Tomando por base estes pressupostos, cabe ao Assistente Social, no que diz respeito a sua intervenção, não somente compreender em que patamares socioeconômicos do usuário e sua família se encontram, como também conhecer inclusive a sua religião, a fim de orientar, junto com o serviço de Capelania, para atentar a fatores religiosos, tais como: Na religião Testemunha de Jeová, os seus praticantes não realizam transfusão de sangue (TAKASCHIMA, et al, 2016); No Judaísmo, o uso de anestésico e sedação paliativa deve ser autorizada pelo paciente, família, ou responsável legal, bem como o prolongamento do sofrimento é injustificável. (SAPORETTI; SILVA, 2009); No Islamismo, o uso de sedativos e o opioides deve ser explicado e autorizado pela família, uma vez que, a utilização dos mesmos pode atrapalhar os ritos finais de desligamentos do paciente deste plano para o próximo onde aguardam o julgamento. Constatado o óbito, os adornos e aparelhos precisam ser removidos e o corpo deverá ser colocado “olhando” em direção a Meca. (SAPORETTI; SILVA, 2009).

---

<sup>7</sup> De acordo com o Código Civil, o art. 1539: Art. 1.539. “No caso de moléstia grave de um dos nubentes, o presidente do ato irá celebrá-lo onde se encontrar o impedido, sendo urgente, ainda que à noite, perante duas testemunhas que saibam ler e escrever. (BRASIL, 2002, s.p)

<sup>8</sup> Art. 1.609. O reconhecimento dos filhos havidos fora do casamento é irrevogável e será feito: I - no registro do nascimento; II - por escritura pública ou escrito particular, a ser arquivado em cartório; III - por testamento, ainda que incidentalmente manifestado; IV - por manifestação direta e expressa perante o juiz, ainda que o reconhecimento não haja sido o objeto único e principal do ato que o contém. Parágrafo único. O reconhecimento pode preceder o nascimento do filho ou ser posterior ao seu falecimento, se ele deixar descendentes. Art. 1.610. O reconhecimento não pode ser revogado, nem mesmo quando feito em testamento. (BRASIL, 2002, s.p)

<sup>9</sup> Para a solicitação de Pensão por Morte em casos em que não houve a formalização de um casamento, apenas união estável, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, exige ao menos três provas plenas, exemplos: Conta bancária conjunta, documento de seguro de vida ou saúde que conste o nome do(a) companheiro(a), bens adquiridos conjuntamente, comprovantes de residência no mesmo endereço, filhos em comum reconhecidos em cartório. (OLIVEIRA, 2012)

<sup>10</sup> Importante lembrar que a quitação diz respeito apenas a parte que corresponde ao paciente, deste modo, caso o financiamento tenha sido feito com mais pessoas, a parte a ser quitada será apenas do percentual que correspondia ao paciente.

<sup>11</sup> Para a solicitação do saque, se faz necessário a apresentação dos seguintes documentos: Comprovante de Inscrição PIS/PASEP, CTPS, RG e CPF. Documentação do Dependente: RG, Certidão de Casamento ou Nascimento. Far-se-á necessário ainda: Atestado médico em papel timbrado contendo o diagnóstico, Classificação Internacional de Doença; o atual estágio clínico da doença; resultado de exame específico que comprove a doença; menção à resolução 01/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação do PIS/PASEP; carimbo constando o nome e o CRM do emitente. Para saque do FGTS, seguem as mesmas orientações de documentação, com menção da Lei 8.922 de 25 de julho de 1994. (BRASIL, 1996, s.p)

<sup>12</sup> Cabe destacar ainda que, nem sempre o paciente estará em dias, caso seja contribuinte individual ou tenha dado continuação na contribuição após ter sido demitido, logo, é importante reforçar que, de acordo com a Lei 8.213/91, que rege os benefícios previdenciários, no artigo 15, caso a pessoa tenha mais 120 contribuições (10 anos), ela permanece na condição de segurado durante dois anos, caso o seu período de contribuição seja inferior a 120 contribuições, a condição de segurado será de 12 meses. E caso o paciente tenha passado por situação de desemprego involuntário, fazendo uso do auxílio desemprego, são acrescentados mais 12 meses na sua condição de segurado.

<sup>13</sup> Incluem-se neste artigo: Tuberculose Ativa; Hanseníase; Alienação Mental; Cegueira; Paralisia Irreversível e incapacitante; Cardiopatia Grave; Doença de Parkinson; Espondiloartrose Anquilosante; Nefropatia Grave; Doença de Paget em estágio avançado; AIDS; Contaminação por Radiação; Hepatopatia Grave. (BRASIL, 1991)

<sup>14</sup> O Benefício de Prestação Continuada – BPC, é destinado a idosos acima dos 65 anos, ou para pessoas sem condições para o exercício de atividades laborativas. Faz-se necessário ainda a comprovação de renda per capita de ¼ do salário mínimo vigente. Para pacientes oncológicos é necessário a apresentação de documentação comprobatória.

<sup>15</sup> De acordo com a legislação vigente, considera-se dependente: cônjuge, companheiro(a), filhos menores de 21 anos. Caso haja ex esposa, a mesma recebe caso haja na averbação de separação a pensão alimentícia. Logo, em casos que há esposa com filhos e ex-esposa com filhos, há o rateamento da pensão entre ambos, desde que se enquadrem nos critérios da Lei 8.213/91.

<sup>16</sup> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988, s.p)