

# FALANDO SOBRE A MORTE EM UMA DAS INTERVENÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL \*

Luciana Sacoman Burke \*\*

---

## RESUMO

O trabalho é centrado em uma reflexão sobre a morte; resultado da experiência profissional enquanto estagiária em Serviço Social no Programa de Atendimento Domiciliar - DOM Unimed de Londrina, junto a pacientes em estágio terminal.

**Palavras-chaves:** Morte; experiência profissional; atendimento domiciliar; paciente terminal.

---

## Introdução

*“A única certeza da vida é a morte. Na morte, manifesta-se o problema do desaparecimento do corpo físico do indivíduo e também de sua própria vida social. É o ser humano confrontando-se com a sua finitude”*(Barsa - 1999).

O trabalho desenvolvido tratará sobre a **morte** no contexto familiar, ou seja, uma reflexão sobre o assunto e as dificuldades em se trabalhar com a problemática. Essa dificuldade foi apresentada na experiência como estagiário curricular em Serviço Social, na Unimed de Londrina, especificamente no Programa de Atendimento Domiciliar - DOM.

---

\* O presente artigo é uma revisão do trabalho apresentado à disciplina Estágio Supervisionado em Serviço Social, em novembro de 1999, sob a orientação da Professora Márcia Pastor.

\*\* Aluna do 4º ano de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina e estagiária da Unimed de Londrina.

A Unimed é uma organização econômico-social que, norteadas pela filosofia cooperativista busca ser líder e guia de mercado de assistência médica privada na sua área de ação; propiciar à maior parcela possível da população um serviço médico de boa qualidade, personalizado. Agrega profissionais médicos para a defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão. Busca propiciar um excelente relacionamento com seus usuários; garantir através de normas a qualidade de seus serviços. ( Memorial Unimed)

O DOM é considerado um benefício extra para seus usuários já que não é referido como serviço contratual. O DOM teve seu início em dezembro de 98 com uma demanda de 18 à 25 pacientes e atualmente já atendeu cerca de 500 pacientes. Seus objetivos estão pautados na promoção e manutenção da qualidade de vida, humanização no atendimento, otimização de leitos e redução de custos. Para tanto, agrega recursos técnico e pessoal especializado. O Programa dispõe de uma equipe multiprofissional constituída por: médico coordenador, enfermeiros, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem e cuidador. O Programa é destinado à pacientes com patologias ativas, agudas ou crônicas, que não necessitam de estrutura hospitalar. Com relação à demanda, temos predominantemente pessoas idosas, com patologias crônicas e terminais, como por exemplo, AVC, DPOC, ICC, Câncer.

O atendimento domiciliar é uma modalidade que vem sendo retomada nas últimas décadas como alternativa na prestação de serviços na área da saúde. É necessário assim uma reflexão sobre sua importância e como o Serviço Social pode estar contribuindo com sua intervenção, especialmente no que se refere aos pacientes em processo terminal. Esta situação é então colocada ao estagiário como um novo desafio de aprendizagem e experiência. A motivação para tal estudo é a de realizar uma reflexão a partir da demanda oriunda da prática profissional.

### **A morte e o seu contexto:**

Aceitar e compreender a morte não são tarefas fáceis. Morte, do ponto de vista físico, é o que ocorre quando cessa a vida de um indivíduo, seja por causas naturais (senilidade), seja por motivos acidentais ou causas externas (doenças). A morte é um fato considerado cheio de

mistérios, e é daí que vem o estímulo para estudá-la, para refletir como as pessoas a vêem e a aceitam. Segundo Scott (1993), à medida que as pessoas lutam com o mistério da sua morte, descobrem o significado da sua vida.

Se pararmos para pensar um pouco sobre este acontecimento inevitável a qualquer ser humano, percebemos como é debilitante à nossa consciência. Ela poderá ser vista como um acidente, algo sem muita razão de ser, e sem que tenhamos qualquer tipo de controle sobre ela. Quando consideramos a morte como sendo simplesmente um acidente, estamos ignorando o nosso próprio trajeto de vida. O desconhecido nos traz receio, medo, temor, e quando começamos a nos familiarizar com este desconhecido, tudo se torna mais fácil. Assim é com a morte. O que acontece conosco contribui para o nosso aprendizado. Nada nos ajuda a aprender tanto quanto a morte, pois aprendemos melhor quando temos um prazo final. Há uma frase de domínio popular que diz: "Durante toda a vida, temos de continuamente aprender a viver, e - o que pode causar mais espanto - temos de aprender a morrer".

O medo da morte, segundo Scott (1993), está ligado ao narcisismo. Nada ameaça mais nosso apego narcisista a nós mesmos e a nossa auto-imagem do que a consciência da nossa destruição. Portanto, é perfeitamente natural que tenhamos medo da morte. Quanto mais deixamos a morte de lado, mais ela se aproxima. Quanto mais adiamos o ato de encarar nossa morte, mais assustadora se torna nossa velhice. Quanto mais nos dedicarmos a diminuir nosso narcisismo, mais descobrimos que não só teremos menos medo de morrer como também teremos menos medo de viver.

Ao tentar banir a morte do cenário da vida, ela opera um processo de medo e angústia. Elisabeth Kubler Ross (1977), uma psiquiatra suíço-americana, aborda em seus estudos sobre pacientes terminais, os cinco estágios que as pessoas moribundas atravessam com relação à morte, e que ocorrem na seguinte ordem: **negação** - quando o enfermo nega a sua morte, e ignora o diagnóstico; **raiva** - vem quando percebe que não há mais como negar sua condição; **barganha** - revolta e outros sentimentos como a inveja, tendo a expectativa de que possa reverter o seu quadro, fazendo até promessas a Deus em troca da cura; **depressão** - quando começa a ver realmente sua condição e que não há mais o que fazer, caindo assim em depressão, agravando seu estado

de saúde, apresentando remorso do que deixou de fazer, sentindo-se derrotado e impotente; **aceitação - fisicamente** o paciente sente-se mais debilitado, quer ficar só e dormir, mas emocionalmente está melhor. Neste último estágio é quando o doente absorve a idéia de que irá morrer. Os familiares e amigos atravessam exatamente os mesmos estágios, precisamente na mesma ordem.

A morte de uma pessoa querida provoca sofrimento ainda maior quando agravada por circunstância como a surpresa, a violência ou a idade precoce. Como lidar com a morte? Não há obviamente respostas fáceis. Mas com certeza ignorá-la, sufocar as lágrimas, abafar o luto é a pior maneira, segundo a psicóloga Maria Helena Bromberg (apud OYAMA, 1999) coordenadora do Laboratório de Estudos e Intervenção sobre Luto, na Pontifícia Universidade Católica - PUC de São Paulo.

Apesar de grandes evoluções no decorrer das décadas, tanto econômicas, como cultural e social, temos infelizmente em destaque, doenças para as quais a ciência ainda não encontrou a cura, como por exemplo o Câncer e a Aids. A cada dia elas fazem novas vítimas, não sendo possível realizar quase nada. Simplesmente alivia-se a dor e aguarda-se o óbito do paciente. Inicia-se assim uma nova etapa para o paciente e para a família - a aceitação de um tratamento sem cura.

Para diversos autores, as mortes ou doenças graves cujas vítimas estão na plenitude da vida são as que provocam maior ruptura na família, pois deixam uma lacuna no funcionamento desta que é difícil ou impossível de preencher como por exemplo, a morte de um pai com filhos ainda pequenos. Em contrapartida, as mortes que causam mais estresse nas famílias, sem dúvida, são aquelas em que o paciente sofre de uma doença prolongada, pois elas jamais estão seguras, nunca sabem o curso em relação à doença. Momentos de esperança são desfeitos com o medo a todo instante da morte.

Ver um membro da família morrer de dor esgota totalmente os demais, mesmo aqueles que se esquivam de participar do processo (como por exemplo, filhos que se mantêm à distância justamente para não sofrerem). O apego à esperança e à fé é muito grande neste período. Conforme Scott (1993), ao se reconhecer e encarar a importância da morte, as pessoas que se tornam religiosas podem de fato se tornar as mais corajosas, pois acreditam na imortalidade da alma, aonde o espírito irá para um lugar melhor. Segundo estudos, ter fé diminui a dor. O apego em algum tipo de sobrevivência espiritual é consideravelmente elevado entre os moribundos.

A morte é vista de acordo com a cultura dos diversos povos. Kubler Ross (1979) trata do ponto de vista dos índios, dos judeus, do budista, do hindu a respeito do assunto, pois cada um destes povos possui rituais e visões diferenciadas sobre o fim da existência física.

Doris Rinaldi (1996) relata que desde o tempo paleolítico (período da pedra lascada), o homem já começa a esboçar a diferença de atitude diante de um cadáver e de outros objetos, numa tentativa de, ao ritualizá-la, domesticar a morte. Outros exemplos culturais em relação à morte são vistos no ocidente, onde se enterrava os mortos/doentes antes que exalasses os últimos suspiros, como ocorreu com os leprosos que eram considerados socialmente mortos.

Fazendo uma analogia, hoje este fato infelizmente se repete com os portadores de HIV que são submetidos a um processo de exclusão e discriminação em sociedade. É o que Lévi Strauss (apud RINALDI, 1996) considera “morte simbólica”, acarretada pela exclusão, já que a morte também destrói um ser social, não apenas um corpo físico.

Antigamente, a morte ideal era previsível, provocada por doenças prenunciadas. O moribundo recebia visitas em seu leito, era cercado pela família e manifestava seus últimos desejos. Sentindo a morte próxima, tomava suas providências (alguns até sobre seu próprio funeral). Nesse mundo familiarizado com a morte, acreditava-se que os mortos dormiam e o leito era o lugar da morte.

A mudança que tirou a morte do espaço público começou a acontecer no século XIX devido transformações sociais e avanços da medicina. Philippe Áries, historiador francês e um dos maiores estudiosos sobre o comportamento humano perante a morte, neste sentido alega: *“Avanços em matéria de conforto, privacidade e higiene pessoal tornaram as pessoas mais sensíveis. Nossos sentimentos não toleram mais as visões e os cheiros que até o século XIX eram parte do cotidiano, juntamente com o sofrimento e a doença. No decorrer do século XX, a morte silencia”.* (apud OYAMA, 1999).

Na década de 50, a morte passa para os domínios das UTIs, tornando-se asséptica e invisível. O homem moderno vive como se jamais fosse morrer. Evitava-se falar no assunto. Imerso ao progresso, ele perdeu o sentido da morte. Sua trajetória se dirige ao infinito, numa constante busca de novas experiências que trazem implícita a idéia de que a vida não deveria ter fim. A bioquímica demonstra claramente essa busca incessante, formulando novas medicações e cosméticos que

evitam o envelhecimento (traço explícito que demonstra aproximação do fim), que amenizam e curam cada vez mais. Apesar de toda evolução, o fato será inevitável, a morte é intrínseca à vida.

O mundo passa por um processo de transição demográfica, especificamente os países considerados subdesenvolvidos. O avanço da medicina, biologia e química, acarreta uma melhoria nas condições de vida da população através de medicamentos, exames e tratamentos mais eficazes, prolongando a vida das pessoas. Levamos ainda em consideração a redução das taxas de fecundidade devido aos métodos contraceptivos, aos meios de comunicação e à inserção da mulher no mercado de trabalho. Tais alterações provocam um processo de transição demográfica, especificamente, nos países considerados em desenvolvimento. A somatória do aumento da expectativa de vida e queda na fecundidade leva ao envelhecimento da população. Em um período de 75 anos (1950 - 2025), há uma estimativa de os maiores de 60 anos no Brasil crescerem 1514,3% (Corrêa, 1996). Será necessário assim redefinir novas necessidades para possibilitar melhor qualidade de vida a esta população.

A necessidade de algum tipo de atenção especial, no que se refere aos cuidados das pessoas, com tipos específicos de doenças (tais como infecto-contagiosas, crônicas, etc), foi ganhando importância no decorrer de cada época. Surgem e se desenvolvem as instituições hospitalares para pessoas que deveriam ser vigiadas e isoladas, devido as doenças contagiosas. Iniciam-se questionamentos com a intenção de valorizar o âmbito familiar e o comunitário para atendimentos, visando não só a doença, mas o doente como um ser dotado de sentimentos, angústias e expectativas.

A tendência da desinternação hospitalar é assumida como pressuposto das políticas públicas de saúde em vários países, dando origem aos programas que viabilizam o atendimento domiciliar. Nos EUA, milhões de pessoas utilizam-se deste tipo de serviço em saúde. A experiência bem sucedida neste país fez com que outros adotassem o modelo, que dentre muitas vantagens, proporciona uma considerável redução de custos.

Antigamente, com a inexistência de locais apropriados para os doentes (sem hospitais ou qualquer outro tipo de serviços nesta área), era o médico e a família que realizavam os cuidados na própria casa do moribundo Volta-se ao tempo em que o paciente é atendido e tratado

em casa, principalmente os portadores de patologias crônicas e em estágio terminal que, com certeza, se não estivessem em atendimento domiciliar estariam hospitalizados.

Com as mudanças nestes métodos de atendimento em saúde, foram comprovados que os cuidados com as pessoas graves e terminalmente enfermas em casa, tanto o doente quanto a família apresentaram-se melhores emocionalmente do que aquelas que deixaram os doentes no hospital. Comprovou-se também que, quanto mais tarde no ciclo de vida, menor é o grau de estresse associado à morte. Acharos que na velhice teremos vivido tudo, e assim morreremos digna e tranqüilamente. Mas as estatísticas indicam que a morte na velhice está mais sujeita a doenças cardiovasculares e ao câncer. A morte de pessoas idosas também não deixa de acontecer sem estresse, pois até chegarem ao óbito ficam debilitadas, dependentes e muitos agonizando, alterando todo o ciclo de vida da família.

Com relação ao Brasil, podemos citar iniciativas públicas mas pouco divulgadas a partir de 1919, no que se refere a esta modalidade de atendimento em residência. Não iremos nos prender em detalhar o histórico no Brasil, pois a finalidade é a de relatar a intervenção vivenciada no Programa de Atendimento Domiciliar - DOM Unimed de Londrina.

Os pacientes procedem de hospitais ou consultórios. Devem ser usuários da Unimed, não estarem em carência contratual e residirem em Londrina ou Cambé. Em internamento hospitalar, o paciente é visitado por um assistente social da Unimed que intermediará para a auditoria médica possíveis candidatos. Contatado ao médico responsável, este dará o parecer em relação às possibilidades do paciente ir para casa. Em seguida prescreve um plano terapêutico e encaminha ao DOM via fax, sendo necessário uma antecedência mínima de 48 horas para organização das escalas de visitas, compra e seleção das medicações prescritas, etc. Após ser verificada a questão burocrática pelo setor administrativo, o pedido é encaminhado ao assistente social que entrará em contato com a família, agendando um horário para visita.

O assistente social e a enfermeira do Programa realizam uma avaliação através de critérios para inclusão. É obrigatório para tal atendimento: um responsável (geralmente o titular do contrato, que assinará um termo de responsabilidade declarando-se ciente de possíveis gastos, autorizando o atendimento dos profissionais e dos procedimentos as serem realizados); um cuidador; estrutura física adequada; família com boa aceitação e envolvimento no atendimento.

Cuidador é a pessoa que realizará os procedimentos orientados pela equipe do atendimento. É com ele que a equipe trocará informações sobre o quadro clínico do paciente. Poderá ser um membro da família ou alguém contratado. Ele é considerado parte integrante da equipe.

As visitas de enfermagem são programadas, mas há plantão 24 horas para casos de emergências. O Serviço Social realiza as visitas prestando um apoio psicossocial, avaliando participação do cuidador e da família, envolvimento, satisfação e segurança no atendimento, preparação para alta e trabalho educativo/preventivo (muitas vezes é necessário trabalhar até mesmo com a questão do ambiente físico em que o paciente ficará, adaptando algumas estruturas necessárias).

Neste novo contexto em relação à morte, ou seja, ela saindo dos hospitais e retornando para os lares como antigamente, é imposto um desafio aos profissionais que atuam na área da saúde, como os assistentes sociais. O profissional de Serviço Social além de ter um trabalho voltado diretamente ao paciente terá também para com aqueles que pertencem à vida do paciente, em especial à família pois esta terá momentos cruciais na evolução da doença. Assim como o paciente, a família deverá ajustar-se a um novo estilo de vida, com necessidades, cuidados e atenção especial. Muitos membros deixarão de fazer suas atividades cotidianas para disporem ao doente 24 horas, em estado de prontidão.

Em muitos pacientes é diagnosticada, além da doença, a depressão, ocasionada pela negação da patologia, pelas limitações impostas pelo processo e etc. A família encontra-se impotente para aliviar o sofrimento do doente, recorrendo assim aos profissionais que deverão estar capacitados e preparados para corresponderem aos anseios e expectativas desta. Deverá ser um dos objetivos destes profissionais, o aperfeiçoamento, uma busca constante de embasamentos teóricos sobre a problemática. Não podemos deixar de ressaltar também a importância com relação às trocas de experiências profissionais, seja no próprio Programa ou em outros existentes, além de excepcionalmente, aprender com a família e o paciente.

## Experiências vivenciadas no DOM

O assunto abordado anteriormente foi aguçado quando em contato com pacientes internados nos hospitais credenciados pela Unimed em Londrina ou em acompanhamento pelo Programa DOM. O setor de Serviço Social na Unimed desenvolve um projeto de visitas hospitalares aos usuários hospitalizados, como já citado anteriormente. O assistente social mantém-se como o elo entre Unimed - usuário - prestador. Ao iniciar o estágio em setembro de 98, sentimos algumas dificuldades com relação aos pacientes hospitalizados que, visitados, em seguida iam a óbito. Numa tentativa de ler textos sobre a morte não foi possível prosseguir, pois era impossível tratar a morte com tanta naturalidade como os autores a retratam. Como chegar para uma esposa à beira de um leito, chorando o estágio terminal de seu marido e dizer a ela que a morte é natural?

Continuamos a defrontarmo-nos com a morte nos hospitais, mas sempre como um acontecimento “indireto”, já que não tínhamos muito contato com os pacientes e com seus familiares, pois a maioria desses pacientes encontrava-se em UTIS, inconscientes. Em atuação no DOM, observamos um índice elevado de pacientes terminais em seu quadro de diagnósticos. Deparamos assim com outro tipo de situação, pois realizamos visitas domiciliares a eles e seus familiares.

Voltamos ao tempo que é possível proporcionar atendimento ao paciente e à sua família, longe da frieza hospitalar, mas no aconchego e tranquilidade do lar, perto de seus pertences, do carinho e atenção dos amigos, levando-se em consideração o fato de evitar que o doente fique exposto a infecções hospitalares.

Nos meses de setembro e outubro (1999) tivemos a título de exemplificação 19 pacientes com diagnósticos graves e crônicos. Dos 19 pacientes, 14 eram portadores de câncer e 05 foram a óbito. Observa-se uma maior preocupação médica com o doente e não especificamente com a doença. No hospital a atenção é voltada para a doença, já que a rotina e a demanda, principalmente em hospitais de médio e grande porte, não permitem muita atenção ao doente como um todo. A família tem horários limitados, acomodações inadequadas para acompanhantes, a enfermagem realiza cuidados em horários marcados ou em casos de emergências e o médico em suas visitas de rotina, muitas vezes, não pode dar uma atenção adequada.

Ao encaminhar pacientes para o atendimento domiciliar, além de vantagens como liberar leitos e reduzir custos, o médico estará poupando o doente, especialmente aqueles que em certo grau da doença, nada pode ser feito para regressão desta, apenas amenizar a dor e proporcionar maior comodidade e qualidade nos cuidados para com o paciente terminal.

Devido ao alto índice de pacientes com câncer, foi-lhes dado maior prioridade nas escalas de visitas domiciliares por parte das assistentes sociais sendo que, essas visitas deveriam ser direcionadas para favorecer ou ampliar a aceitação da família no que se refere ao óbito. Gradativamente fomos incumbidas de realizar visitas para esses pacientes. A dificuldade intensificou-se, pois percebemos que não possuíamos nenhum embasamento teórico para lidar com essas situações da relação paciente - família - morte. Retornamos então a estudar os textos anteriormente recomendados, agora buscando uma relação teoria/prática. Vivenciando esse processo, começamos a perceber que a maioria das famílias, como tratou Kubler, num primeiro momento negam a doença; outras, em estágio mais avançado, aceitam. Estas são mais acessíveis para se trabalhar com a morte do ente querido.

Comparando um caso de negação com o de aceitação, observa-se que quando há aceitação a família está mais equilibrada emocionalmente, assim como o paciente. Juntos, querem aproveitar ao máximo o tempo que ainda lhes restam, e dentro do possível, a família proporciona ao doente todos os seus desejos. Em depoimentos de alguns familiares após a morte, percebemos que apesar de terem perdido um ente querido, alegam que foi melhor para todos, pois o sofrimento foi cessado para o paciente e a família encontrava-se esgotada (em todos os sentidos, até financeiramente). Sentem-se tranquilos, alegando que todos os desejos do doente foram realizados.

Segundo Kubler (1979), não há uma forma mágica para lidar com essas situações. Segundo ela, nos trabalhos interdisciplinares desenvolvidos, o assistente social é uma peça importante e intrínseca da equipe, já que eles devem ter recursos suficientes para cuidar de todas as necessidades do paciente moribundo e de sua família. O assistente social intervém em dimensões outras como o contexto familiar, social, econômico, cultural, viabilizando a inserção do homem em relação ao meio, levando em consideração sua história de vida, isto é, seu passado.

Questionamo-nos: como trabalhar com uma família que tem um paciente terminal em casa? Kubler coloca que em primeiro lugar é importante que o profissional faça a família trazer à tona suas necessidades e anseios. Prevenir situações de estresse pode ser um dos caminhos mais adequados na intervenção profissional. Assim, o paciente e a família perceberão que você realmente se preocupa com eles e ficarão mais à vontade, seguros e capazes de compartilhar seus próprios sentimentos. Concordamos com este ponto de vista da autora, pois para intervir numa dada realidade, primeiramente temos que conhecê-la e investigá-la, podendo direcionar ações com o objetivo de contribuir para maior interação/comunicação entre família - paciente - profissional. Muitas vezes, é fundamental para o paciente e para a família serem ouvidos, terem segurança de tudo o que está sendo realizado no processo de tratamento; exporem todos os seus anseios e angústias, tendo os sofrimentos possíveis aliviados.

O profissional estará fazendo parte de uma fase difícil e angustiante para o paciente e sua família. É um momento delicado de intervenção. A morte é um ato cultural, como destacaram outros autores. Portanto, é preciso “sentir” como a família está encarando a situação, como agem diante deste contexto e quais as dificuldades e necessidades que estão apresentando.

Outro fator que devemos levar em consideração é a necessidade do profissional trabalhar seus sentimentos, já que eles são inerentes a qualquer ser humano. Em certos casos, com o passar do tempo, a família e o paciente naturalmente criam um certo vínculo, decorrente da confiança conquistada anteriormente. Somos seres racionais e dotados de subjetividade. Em diversas situações, o aspecto emocional prevalece ao racional. Entendemos que não há como negar nossos sentimentos nos momentos de intervenção profissional, precisamos “administrar” os sentimentos e emoções, por mais difícil que isto seja. Exemplificando, ficamos emocionados muitas vezes perante situações presenciadas nas visitas domiciliares. Externar nossas emoções, chorar ou indignarmo-nos só será possível em um momento posterior, distante da família e do paciente.

Observa-se que há uma troca de experiências, há uma situação de aprendizagem constante nesta relação paciente - família - profissional, pois se percebe que cada sujeito neste contexto tem algo a contribuir para o crescimento do outro.

Assim, vê-se um círculo de ações imposto ao assistente social, pois para trabalhar com a morte, ele primeiramente deve trabalhar

consigno a questão. Seria insuportável para o profissional que não aceita a morte, chegar a beira de um leito de um paciente moribundo. É algo muito complexo para todos nós lidarmos com o fim de uma existência física, de alguém que construiu uma vida, que fez parte de uma história. Um ser que está deixando uma família, filhos, netos, companheiro. Mesmo dispondo de todos os recursos necessários, seja financeiro ou emocional, o que fica a este paciente é apenas um destino sem volta - a morte.

## Conclusão

Por intermédio desse trabalho foi possível refletir sobre o tema em pauta, oriundo das dificuldades e anseios acarretados pela experiência prática da aprendizagem profissional. Não tendo anteriormente um embasamento teórico sobre o assunto, o desenvolvimento desse trabalho permitiu um estudo aprofundado e direcionado teoricamente para tal dificuldade. Fica cada vez mais clara a necessidade tão conhecida de ter-se uma relação teoria/prática e esta tem sido possibilitada pelo estágio curricular.

É fundamental para o estagiário, assim como ao profissional, conhecer a realidade a ser trabalhada para poder intervir de acordo com as necessidades apresentadas pela demanda. Nossa expectativa é o de aprofundarmo-nos no assunto e poder contribuir através de ações práticas neste contexto.

Observamos no desenvolver deste trabalho uma ausência de material sobre o tema. Apesar de haver um índice elevado de assistentes sociais atuando na área da saúde, não encontramos bibliografias suficientes e adequadas para contribuir com a ação profissional. Será com certeza um novo desafio imposto para o profissional do novo século, já que há uma transformação no direcionamento de ações ao assistente social. Como refere Silva (1996), são poucas as profissões que inseriram uma diversidade tão grande de temáticas em suas intervenções como é o caso do Serviço Social. Não estamos perdendo nossa identidade profissional, caminhando sem rumo. Estamos conquistando novos espaços através de uma realidade que exige profissionais com ampla formação cultural e múltiplas habilidades. Silva ainda coloca (1996,) que: *“uma interessante tendência quanto a possíveis novas formas de ocupação profissional para assistentes sociais refere-se ao problema da qualidade de vida e da preservação do meio ambiente”*.

Citamos esta frase para exemplificar claramente que isto já ocorre em nosso meio profissional como é o caso da inserção do assistente social em programas de qualidade de vida como o Programa de Atendimento Domiciliar - DOM Unimed de Londrina e outros pelo Brasil; contratação para atuarem em recursos humanos de empresas e a mais nova e comentada função - assistentes sociais recrutados por serviços funerários, onde devem aprender até a realizarem visitas de luto.

Apesar de haver uma vasta e complexa bibliografia sobre qualidade de vida, podemos definir de forma objetiva que, qualidade de vida é o estado em que a pessoa considera-se estar bem, eliminando do seu cenário cotidiano o que considera ruim. É a busca de equilíbrio entre os estados físico, biológico, espiritual, social, psicológicos do homem.

Esse trabalho não só permitiu um aprendizado profissional como também de ordem pessoal, já que a morte está presente nos dois âmbitos da vida. Como aprendizado profissional, destacamos a morte referida ao processo cultural, onde devemos direcionar nossas ações conforme as dificuldades e costumes apresentados pela família e pelo paciente, não havendo assim uma receita em como lidar com tal situação. Pessoalmente, fez-nos refletir sobre a vida: somos finitos, temos um prazo e muitas vezes nos esquecemos disto, ou seja, devemos aprender a viver, principalmente dando muito mais valor a tudo e a todos que estão a nossa volta, o que não será mais possível a muitos, principalmente para aqueles que se encontram limitados, com um prazo final, por intermédio de uma doença.

---

## **ABSTRACT**

The work us centered on a reflection about death; result of the professional experience while trainee of the Social Service on the Program of Domestic Attendance - DOM Unimed of Londrina, with patients in terminal stages.

**Key words:** Death; professional experience; domestic attendance; terminal patient.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARNEIRO, Terezinha Féres. *Família: Diagnóstico e Terapia*. Petrópolis (R.J): Editora Vozes, 1996.
- CARTER, Betty e Mc Goldrick, Monica. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CORRÊA, Antônio Carlos. *Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health, 1996.
- ENCICLOPÉDIA BRITÂNICA DO BRASIL. Publicações Ltda. Barsa Multimídia, 1998.
- MEMORIAL UNIMED 25 anos. Unimed do Brasil. Cartaz Editorial Ltda. São Paulo, 1992.
- OYAMA, Thaís. *O duro exercício do Adeus*. IN: Revista Veja: São Paulo, 1999. P.p.78 Publicação em 06/10/99.
- RINALDI, Doris. *A finitude humana: algumas reflexões sobre o tema da morte*. In: Serviço Social e Sociedade nº 51. Editora Cortez, 1996.
- ROSS, Elisabeth Kubler. *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer* São Paulo: Martins Fontes e Editoras, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: EDART, 1977.
- SCOTT, Peck M. *Questões da Morte e do Significado*. In: Prosseguindo na Trilha Menos Percorrida. Rio de Janeiro: Imajo, 1993.
- SILVA, Ademir Alves da. *A profissão de assistente social no liminar do novo século*. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC - São Paulo, 1996.