



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LAURA MIRANDA DA SILVA CABRAL

**O SERVIÇO SOCIAL E A INTERFACE COM OS CUIDADOS PALIATIVOS**

RECIFE

2024

LAURA MIRANDA DA SILVA CABRAL

## O SERVIÇO SOCIAL E A INTERFACE COM OS CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Delaine Cavalcanti Santana de Melo.

RECIFE

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Cabral, Laura Miranda da Silva .  
O Serviço Social e a interface com os Cuidados Paliativos / Laura Miranda da  
Silva Cabral. - Recife, 2024.  
109 p. : il., tab.

Orientador(a): Delaine Cavalcanti Santana de Melo  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de  
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, , 2024.  
Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Cuidados Paliativos. 3. Saúde. 4. Sistema Único de  
Saúde (SUS). 5. Prática profissional da/o assistente social. I. Melo, Delaine  
Cavalcanti Santana de. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

LAURA MIRANDA DA SILVA CABRAL

## O SERVIÇO SOCIAL E A INTERFACE COM OS CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 2 de agosto de 2024.

### **BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup> Sandra Maria Batista Silveira (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Esp. Viviane Dias Cavalcanti Santos (Examinadora Externa)

---

Prof<sup>a</sup> Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE

2024

Ao meu tio, Inaldo Vieira de Miranda (*in memoriam*),  
que foi um paciente elegível aos cuidados paliativos e  
um exemplo de força e alegria para a minha família.

A todos/as os/as usuários/as (*in memoriam*) em  
cuidados paliativos que não tiveram o direito à morte  
digna.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, pela sabedoria ao longo da graduação. Sem este apoio espiritual, nada eu seria. Sou grata a Ele, pela proteção nos momentos de aflições. Senhor, obrigada por ter me mostrado a força e a coragem que eu não sabia que existiam em mim.

Agradeço aos meus pais, Laércio Cabral e Mônica Miranda, pelo apoio e confiança de sempre. Reconheço que, muitas vezes, abdicaram dos seus sonhos para me oferecer qualidade de vida. Sou grata por todo apoio emocional e financeiro ao longo da minha graduação. Pai, obrigada por todo o apoio e por todas as ligações de preocupação ao longo da semana em que eu passei distante. Mãe, obrigada por todas as conversas que me confortaram e que me fizeram acreditar mais em mim; o exemplo de mulher que és moldou a mulher que eu me tornei. A senhora é sinônimo de força.

A minha imensa gratidão aos meus familiares, sobretudo, a minha irmã, Lays Miranda, meu cunhado João Victor e a minha avó, Maria da Conceição, que estiveram junto a mim durante essa caminhada, sempre contribuindo como podiam e me encorajando a não desistir dos meus sonhos.

Agradeço também aos meus amigos, de dentro e de fora da universidade, que me ouviram e me aconselharam nos momentos em que eu precisei. Aos meus amigos da universidade, especialmente, Ádria Rodrigues, Elisa Carolina, Francyni Xavier, Maria Eduarda Galvão, Nelita Mikaela, Rafaela Maria e Wolney Marney. Amizades essas que viveram momentos de choros e risadas comigo e, que mesmo diante dos meus conflitos internos, nunca deixaram de acreditar em mim e sempre me encorajaram a continuar. Torço demais por cada um de vocês e os levarei para a vida. Aos meus amigos de fora da universidade, principalmente Alexia Albuquerque, Anicleide Risomar, Cynara Maíra, Hadélia Leuthier, Jorge Luiz, Maria Luiza, Maria Yasmin e Renilda Beatriz, por toda paciência e afeto ao longo da minha jornada na graduação. Eu amo vocês.

Gostaria de agradecer à minha supervisora de estágio, Viviane Dias, por ter compartilhado seus conhecimentos comigo e por ter me apresentado e ensinado sobre os cuidados paliativos. Sempre serei grata pelos seus conselhos e incentivos. Foi uma honra ter vivido uma parte da minha graduação com a senhora. Obrigada por tudo.

Agradeço, por fim, a minha professora e orientadora, Delaine de Melo, pela orientação exemplar. Tenho imenso orgulho de ter sido orientada por uma profissional que eu admiro tanto. Sua orientação foi crucial para o êxito deste trabalho. Agradeço profundamente por tudo.

*Todos os pacientes moribundos sabem que vão morrer. Não se trata de perguntar: "Será que contamos a ele?" ou "Será que ele já sabe?". A única pergunta a se fazer é: "Será que posso escutar o que ele tem a dizer?"*

**Elisabeth Kübler-Ross**

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, tem como tema o Serviço Social e a interface com os cuidados paliativos. Diante do envelhecimento populacional e do aumento de pessoas com doenças crônicas, os cuidados paliativos tornaram-se uma questão de saúde pública. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou os cuidados paliativos, reconhecendo a necessidade de uma abordagem abrangente para pacientes com doenças ameaçadoras à vida, sejam elas agudas ou crônicas. O Serviço Social como profissão integrante de equipes multidisciplinares em saúde, atua no campo dos cuidados paliativos, sobretudo como mediador para acesso a direitos sociais e na apreensão da realidade social e sociofamiliar de forma que subsidie a atuação da equipe. A aproximação ao tema deu-se com a experiência de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social em um Hospital Universitário. O objetivo geral do estudo foi refletir sobre os cuidados paliativos como campo de atuação do Serviço Social. Como objetivos específicos, foram definidos: conhecer a inserção dos cuidados paliativos na Política de Saúde; debater a aproximação do Serviço Social nos cuidados paliativos; e identificar produções bibliográficas do Serviço Social no debate dos cuidados paliativos. Metodologicamente, este estudo ancora-se no método dialético marxista, o qual possibilita a análise da realidade em sua historicidade e múltiplas determinações. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com uso dos procedimentos de levantamento bibliográfico e documental. A revisão bibliográfica, incluiu livros, artigos, trabalhos de conclusão de cursos de graduação, dissertações e trabalhos apresentados nos últimos três Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS). O corpus documental foi composto por Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Serviço Social. No Brasil, a inserção do Serviço Social na saúde começou na década de 1940. O debate dos cuidados paliativos como especificidade da Saúde é relativamente recente. A Resolução Nº 729, de 2023, aprovou a Política Nacional de Cuidados Paliativos e sua implementação no âmbito do SUS, sendo o primeiro documento que prevê, explicitamente, a atuação de assistentes sociais nas equipes de cuidados paliativos. Quanto à atuação profissional do Serviço Social, as publicações analisadas destacam o uso de instrumentos e técnicas como avaliação social, acolhimento, escuta ativa e ações socioeducativas, assim como a articulação intersetorial, sobretudo no que se refere a usuários/as mais empobrecidos/as. Foram identificadas poucas produções sobre o Serviço Social nos cuidados paliativos, destacando a necessidade de expandir o debate para melhores práticas. No que se refere ao SUS, imprescinde a continuidade da luta pela sua efetividade como sistema público, universal e democrático e que, ademais, garanta o acesso aos cuidados paliativos, para vida, final de vida e morte digna.

**Palavras-chaves:** Cuidados Paliativos; Saúde; Serviço Social; Sistema Único de Saúde (SUS); Prática profissional da/o assistente social.

## ABSTRACT

The theme of this Final Paper is Social Work and its interface with palliative care. Faced with an ageing population and an increase in the number of people with chronic illnesses, palliative care has become a public health issue. In 2002, the World Health Organization (WHO) recommended palliative care, recognizing the need for a comprehensive approach for patients with life-threatening illnesses, whether acute or chronic. Social work, as a profession that is part of multidisciplinary health teams, works in the field of palliative care, especially as a mediator for access to social rights and in understanding the social and socio-family reality in a way that supports the team's work. The subject was approached through the experience of a Compulsory Curricular Internship in Social Work at a University Hospital. The general aim of the study was to reflect on palliative care as a field of activity for Social Work. The specific objectives were: to learn about the inclusion of palliative care in health policy; to discuss the approach of Social Work to palliative care; and to identify bibliographical productions of Social Work in the palliative care debate. Methodologically, this study is based on the Marxist dialectical method, which makes it possible to analyze reality in its historicity and multiple determinations. This is exploratory and descriptive research, using bibliographic and documentary survey procedures. The bibliographic review included books, articles, TCCs, dissertations and papers presented at the last three Brazilian Congress of Social Workers (CBAS). The documentary corpus consisted of Ordinances and Resolutions from the Ministry of Health, Resolutions from the National Health Council and the Federal Council of Social Work. In Brazil, the inclusion of Social Work in health began in the 1940s. The debate on palliative care as a specific area of health is relatively recent. Resolution N°. 729, of 2023, approved the National Palliative Care Policy and its implementation within the SUS, and was the first document to explicitly provide for the work of social workers in palliative care teams. The publications analyzed highlight the use of tools and techniques such as social assessment, welcoming, active listening and socio-educational actions, as well as intersectoral coordination, especially with regard to the most impoverished users. Few studies on Social Work in palliative care were identified, highlighting the need to expand the debate on best practices. With regard to the SUS, there is a need to continue the fight for its effectiveness as a public, universal and democratic system, which also guarantees access to palliative care, for life, end of life and dignified death.

**Keywords:** Palliative Care; Health; Social Work; Unified Health System (SUS); Professional practice of the social worker.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ANCP</b>	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
<b>ABEPSS</b>	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada
<b>CACON</b>	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
<b>CBAS</b>	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
<b>CFESS</b>	Conselho Federal de Serviço Social
<b>CHS</b>	Carga Horária Semanal
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CRESS</b>	Conselho Regional de Serviço Social
<b>DAM</b>	Diagrama de Abordagem Multidimensional
<b>DAV</b>	Diretivas Antecipadas de Vontade
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>IASP</b>	<i>International Association for the Study of Pain</i>
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>INSS</b>	Instituto Nacional do Seguro Social
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>MD</b>	Mandato Duradouro
<b>MESP</b>	Ministério da Educação e da Saúde Pública
<b>MPC</b>	Modo de Produção Capitalista
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAC</b>	Plano Avançado de Cuidados
<b>PNCP</b>	Política Nacional de Cuidados Paliativos
<b>PNSIPN</b>	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
<b>SAD</b>	Serviço de Atenção Domiciliar
<b>SEADE</b>	Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVO</b>	Serviço de Verificação de Óbito

**TFD** Tratamento Fora de Domicílio

**TV** Testamento Vital

## LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** Linha do tempo da Reforma Sanitária à criação do SUS
- FIGURA 2** Linha do tempo dos Cuidados Paliativos no Brasil
- FIGURA 3** Distribuição de doenças em adultos que necessitam de cuidados paliativos
- FIGURA 4** Distribuição de doenças em crianças que necessitam de cuidados paliativos
- FIGURA 5** Etapas de implementação da comunidade compassiva
- FIGURA 6** Diferenças entre DAV, PAC, TV e MD
- FIGURA 7** Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde
- FIGURA 8** Avaliação socioeconômica indicada no atendimento aos/às usuários/as em cuidados paliativos
- FIGURA 9** Organização das ações e intervenções na fase final da doença
- FIGURA 10** Informações que podem constar na cartilha de orientações pós-óbito
- FIGURA 11** O Serviço Social no plano de alta nos cuidados paliativos
- FIGURA 12** Elementos essenciais para o estudo social dos/as usuários/as
- FIGURA 13** Principais ações desempenhadas pelo Serviço Social

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** Quantidade de publicações dos Anais do XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) do CBAS sobre os Cuidados Paliativos
- TABELA 2** Titulação das/os autoras/es das publicações selecionadas
- TABELA 3** Delineamento das publicações selecionadas
- TABELA 4** Anais do XV do CBAS (2016) sobre a atuação profissional nos Cuidados Paliativos
- TABELA 5** Anais do XVI do CBAS (2019) sobre a atuação profissional nos Cuidados Paliativos
- TABELA 6** Anais do XVII do CBAS (2022) sobre a atuação profissional nos Cuidados Paliativos
- TABELA 7** Instrumentais técnico-operativos do Serviço Social mencionados nos Anais do XV, XVI e XVII do CBAS

## SUMÁRIO

### **1. INTRODUÇÃO**

### **2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE E DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**

2.1 DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NA POLÍTICA DE SAÚDE: CONCEPÇÃO E INSERÇÃO

2.3 CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS

2.4 CUIDADOS PALIATIVOS COMO DIREITO HUMANO

2.4.1 Quem necessita de cuidados paliativos?

2.4.2 A dor total, a dor do adoecer e do morrer

2.4.3 Aspectos ético-legais dos cuidados paliativos

### **3. SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

3.1 SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E NOS CUIDADOS PALIATIVOS

3.2 ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

3.2.1 Nas produções teóricas brasileiras

3.2.2 Nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS)

### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **REFERÊNCIAS**

## 1. INTRODUÇÃO

As modificações na pirâmide etária do Brasil, juntamente com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), têm contribuído para o crescimento do número de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, como destaca Lima (2020). Os cuidados paliativos foram recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002; tal menção estabeleceu que, diante de doenças ameaçadoras da vida, sejam agudas ou crônicas, há a necessidade de cuidado amplo e de compreensão da totalidade da vida de pacientes e familiares.

O reconhecimento e a regulamentação dos cuidados paliativos ocorreram de forma tardia no Brasil; apenas em 31 de outubro de 2018, deu-se a publicação da Resolução nº 41, pelo Ministério da Saúde, na qual foram dispostas as diretrizes para organização dos cuidados paliativos no país. Em 2020, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) dispõe que também são elegíveis para tratamentos paliativos pacientes que não possuem perspectiva de tratamento curativo; que estão em intenso sofrimento e têm doenças crônicas múltiplas, dependência funcional importante e progressão rápida da doença. É indicada a assistência realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto. Neste sentido, esses cuidados devem reunir competências de diversos/as profissionais da saúde diante da necessária articulação e promoção de ações que garantam alívio dos sofrimentos e sobrevida digna (ANCP, 2020).

O Serviço Social enquanto área que pode constituir equipes multidisciplinares em saúde (CFESS, 1999), sobretudo como mediador para acesso a direitos sociais e na apreensão da realidade social e sociofamiliar de forma que subsidie a atuação da equipe. Segundo Vieira *et al* (2011), assistentes sociais atuam nos cuidados paliativos como um mediador das relações entre a família e os/as pacientes, bem como entre a equipe interdisciplinar, a família e os/as pacientes.

Na Política de Saúde, assistentes sociais podem elaborar ações que contribuem na autonomia, participação e exercício de cidadania dos sujeitos, articulando-as à defesa dos direitos humanos e interesses da classe trabalhadora, intervindo nas condições e situações que coloquem os indivíduos à margem da violência, pobreza, fome e opressão (CFESS 2010). O Serviço Social atua a partir

do conhecimento da realidade, na definição dos objetivos e na escolha por técnicas e instrumentos para sua intervenção. Para tanto as/os assistentes sociais precisam

Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença e buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde (CFESS, 2010, p. 30).

O conhecimento produzido sobre a inserção do Serviço Social nos cuidados paliativos, ainda que incipiente, favorece a influência da atuação profissional na vida dos/as usuários/as que necessitam desses cuidados. A atuação de assistentes sociais na saúde, alinha-se aos preceitos da Reforma Sanitária e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O fazer profissional diferenciado do Serviço Social, pode proporcionar subsídios para a atuação das equipes interdisciplinares e favorecer o atendimento das necessidades e particularidades da população usuária do SUS (Martinelli, 2002).

A aproximação e identificação da temática do estudo foram oportunizadas pela vivência do Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social, realizado em um Hospital Universitário. O estágio, componente fundamental da formação acadêmica, viabilizou a oportunidade de ser supervisionada pela assistente social que integra o Núcleo de Bioética e Cuidados Paliativos da instituição, permitindo aproximação a ações profissionais direcionadas a usuários/as elegíveis aos cuidados paliativos e/ou em fim de vida. As experiências vivenciadas, geraram reflexões e aprendizagens sobre a atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos, motivando a busca por aprofundar conhecimentos teóricos e metodológicos da atuação profissional neste campo.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo geral refletir sobre os cuidados paliativos como campo de atuação do Serviço Social. Os objetivos específicos foram assim definidos: conhecer a inserção dos cuidados paliativos na Política de Saúde; debater a aproximação do Serviço Social nos cuidados paliativos; e identificar produções bibliográficas do Serviço Social no debate dos cuidados paliativos.

Metodologicamente, o estudo fundamenta-se no método dialético marxista, para o qual a realidade possui múltiplas determinações e carece ser desvelada para superação dos fenômenos aparentes (Marx, 2008). O marxismo dialético considera

a historicidade dos processos sociais e da vida humana; o que significa refletir criticamente sobre o contexto histórico, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e dominação, além das contradições sociais (Netto, 2011). Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com uso dos procedimentos metodológicos de levantamento bibliográfico e documental. A revisão bibliográfica, foi implementada a partir do seguinte corpus: livros, artigos em revistas e congressos especializados, TCCs e dissertações relacionados ao tema da pesquisa, além de produções publicadas nas últimas três edições do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizados em 2016, 2019 e 2022. A partir de leitura, análise e sistematização das informações, foram considerados aqueles relacionados à atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos, devidamente citados e referenciados. O levantamento e análise documental foram empreendidos com a identificação de documentos públicos, compondo-se por Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Serviço Social.

A monografia está organizada em quatro capítulos, sendo o primeiro a Introdução e o último as Considerações Finais. O segundo capítulo aborda a contextualização histórica da Política de Saúde e dos cuidados paliativos no Brasil; agrega subseções, sendo que a primeira discute o Movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda, a concepção e inserção dos cuidados paliativos na Política de Saúde. A terceira trata do conceito ampliado de saúde e a abordagem dos cuidados paliativos. A quarta subseção enfoca os cuidados paliativos como direito humano, detalhando quem necessita de cuidados paliativos, a dor total e a dor do adoecer e do morrer, além dos aspectos ético-legais dos cuidados paliativos.

O terceiro capítulo é dedicado ao Serviço Social no campo dos cuidados paliativos. Inicialmente, discute-se a inserção do Serviço Social na política de saúde e nos cuidados paliativos. Em seguida, o capítulo aborda o debate da atuação de assistentes sociais nos cuidados paliativos, sobretudo a partir do levantamento de produções teóricas brasileiras e de trabalhos publicados nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

Este trabalho poderá contribuir para o debate teórico-metodológico, ético-político e interventivo do Serviço Social no campo dos cuidados paliativos,

compreendendo o acesso a estes cuidados como um direito social dos/as usuários/as que os necessitam e considerando as expressões da questão social que manifestam-se na realidade de pacientes em cuidados paliativos e de seus familiares.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE E DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**

O capítulo discorrerá sobre mudanças socio-históricas da Política de Saúde brasileira e a inserção da oferta de cuidados paliativos. A contextualização partirá do surgimento da Política de Saúde no Brasil até a Reforma Sanitária e construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que será discutida na primeira subseção. Seguidamente, será mencionada a incorporação dos cuidados paliativos ao SUS, citando as Portarias, Resoluções do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Cuidados Paliativos, aprovada em 2023 e instituída em 2024. Aborda-se ainda o avanço neoliberal no financiamento à saúde. A terceira subseção destacará a influência da ordem societária no processo saúde-doença e a importância do conceito ampliado de saúde para compreender as determinações sociais a ele inerentes. Por fim, na quarta subseção, serão apontados critérios de elegibilidade para os cuidados paliativos, a partir da fase da doença e de outras dimensões, como a noção da dor total — conceito disseminado na abordagem dos cuidados paliativos — em usuários/as com doenças que ameacem a continuidade da vida e o direito a vivenciar a morte com dignidade alicerçado aos aspectos ético-legais dos cuidados paliativos.

### **2.1 DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

*"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação."*

**Constituição Federal do Brasil de 1988**

A trajetória da Política de Saúde no Brasil está articulada a marcos históricos, políticos, sociais e econômicos da sociedade brasileira, associada à ordem societária dominante, bem como às lutas e movimentos sociais.

Durante a Era Vargas (1930-1945), houve um marco significativo para as políticas sociais no Brasil. A Política de Saúde foi estruturada em um modelo médico-previdenciário, supervisionado pelo Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP). O Ministério se dedicava a prestar serviços aos chamados pré-cidadãos, que incluíam os pobres e os desempregados (Souza, 2012).

A partir da década de 1970, estudiosas/os caracterizam a saúde no Brasil como modelo médico-assistencial e privatista, restrito ao atendimento de trabalhadores/as vinculados ao mercado formal e a seus/suas dependentes; tal modelo centrava-se na doença e em procedimentos médicos (Souza, 2012). No entanto, em contraposição, nos anos 1970, constituiu-se o movimento pela Reforma Sanitária oriundo da análise crítica sobre o trato da Saúde no país, mobilizando setores da sociedade, da classe trabalhadora e de profissionais de saúde.

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil, representou um marco na reestruturação do sistema de saúde do país. Este movimento não apenas refletiu na demanda crescente por mudanças na saúde pública, mas também esteve ligado à luta pela democratização do Brasil e à transformação das estruturas políticas e sociais do período (Bertolli, 1996). O movimento assumiu posição progressista e democrática, que visava a transformação do modelo de saúde em vigência para outro baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade dos serviços.

O modelo proposto visava romper com o modelo fragmentado e desigual que predominava até então. Assim, o processo de Reforma Sanitária foi marcado por uma série de avanços significativos, como menciona Bertolli (1996). A criação de uma nova estrutura organizacional para o sistema de saúde, a descentralização da gestão e a ênfase na participação social foram algumas das inovações introduzidas (Brasil, 1988). Além disso, a mobilização de setores da sociedade e a articulação com movimentos sociais foram importantes para a elaboração e a implementação das propostas reformistas.

Um dos marcos do Movimento Sanitário foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, a qual contou com a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde pública do Brasil, sob o princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado. A 8ª Conferência Nacional de Saúde lançou as bases para

a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) inscrito na Constituição Federal de 1988 (Bertolli, 1996). Somente a partir do novo marco constitucional, a República Federativa do Brasil dispôs sobre a Política de Saúde como direito e de ordem social, objetivando o bem-estar e a justiça social (Brasil, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

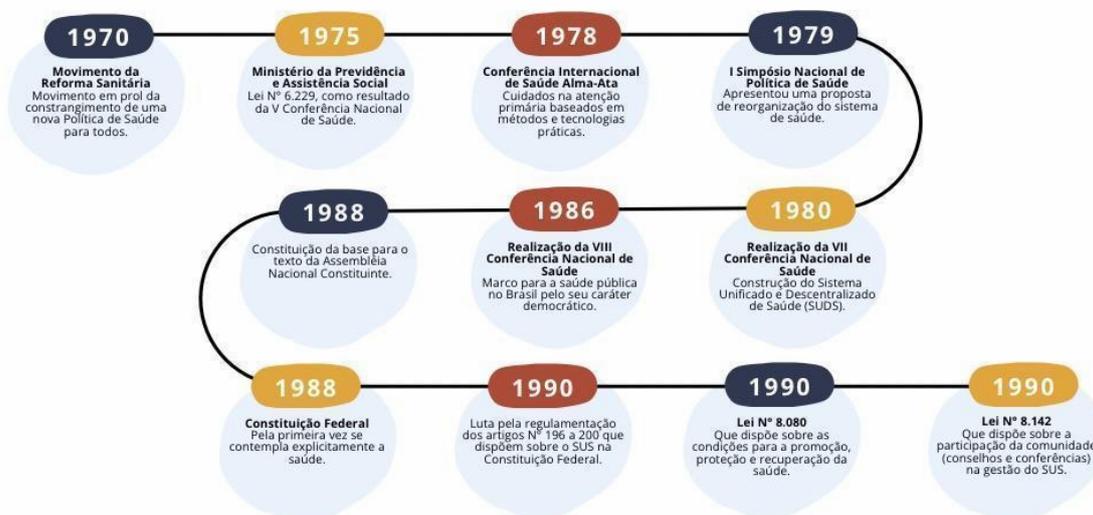
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Os Artigos da Constituição Brasileira acima mencionados, estabeleceram a saúde como direito a ser garantido pelo Estado, baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da população. Posteriormente, na década de 1990, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, regulamentou o SUS e dispôs sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

**FIGURA 1** - Linha do tempo da Reforma Sanitária à criação do SUS

## DA REFORMA SANITÁRIA À CRIAÇÃO DO SUS



**Fonte:** Produção autoral baseada em Bertolli (1996).

Tardiamente, o Brasil passou a garantir a saúde como direito social, conquista árdua da classe trabalhadora e ameaçada por ditames neoliberais e privatistas, posição dialeticamente contraditória das políticas sociais (Boschetti, 2009). Ainda assim, resultou em significativas mudanças no tocante à melhoria na qualidade de vida da população e na viabilização de direitos sociais.

Segundo Bravo (2006), após a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido por reivindicações dos movimentos sociais, integrando-se ao sistema de seguridade social brasileiro. Entretanto, as diretrizes constitucionais do SUS, como universalidade na cobertura e equidade no custeio, não foram plenamente realizadas. Isso se deve, sobretudo, ao cenário de crise do capitalismo nos países centrais, que também impactou o Brasil na década de 1980. Com o país adotando o receituário neoliberal na década de 1990, contrarreformas do Estado inviabilizaram a plena efetivação das conquistas de direitos. Na saúde, o persistente embate entre o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, representa um desafio para a efetivação do SUS, com retrocessos nas conquistas e dificuldades na sua implementação.

Cabe ressaltar que antes da existência do SUS, a concepção de saúde e doença, bem como o processo de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação

se distanciavam do conceito de que saúde não é apenas a ausência de doenças (Scliar, 2007). Por conseguinte, o diagnóstico de doenças graves e sem possibilidade de cura era visto como um processo de dor e sofrimento até a finitude, sem expectativa de intervenções que viabilizassem o alívio de sintomas da dor e do sofrimento. Os cuidados paliativos “nascem no sentido de pensar o cuidado em uma postura menos curativista, cujo foco passa a ser a pessoa cuidada e não a doença que lhe acomete” (Paiva, *et al.*, 2022, p. 42).

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a universalização da Política de Saúde e a implementação de serviços voltados às necessidades da sociedade brasileira, considerando as dimensões múltiplas inseridas no processo de saúde-doença. Apesar disso, “não basta garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar a resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento” (Mattos, 2009, p. 779).

Não foram conseguidos registros bibliográficos e documentais que mencionassem o termo “cuidados paliativos” no Brasil anteriormente à década de 1970. A primeira aparição da abordagem dos cuidados paliativos no Brasil foi no Rio Grande do Sul através do Serviço de Dor (1979), instituído pela médica Miriam Marteleite, e em São Paulo por intermédio do Serviço de Dor da Santa Casa (1983), fundado pelo médico Antonio Carlos Camargo. O atendimento a pacientes sem possibilidade de tratamento modificador da doença foi fortalecido a partir da Lei Orgânica da Saúde que regulamentou “as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual” (Paiva, *et al.*, 2022, p. 44).

## 2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NA POLÍTICA DE SAÚDE: CONCEPÇÃO E INSERÇÃO

*“Para estar ao lado de alguém que está morrendo, precisamos saber como ajudar a pessoa a viver até o dia em que a morte dela chegar. Apesar de muitos escolherem viver de um jeito morto, todos têm o direito de morrer vivos.”*

**Ana Claudia Quintana Arantes**

A partir da década de 1960, os cuidados paliativos passaram a ser reconhecidos mundialmente através dos estudos sobre o controle da dor iniciados

pela inglesa Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica. Para Saunders, a prática multidisciplinar nos cuidados de pacientes com doenças sem possibilidade de cura ou que estão em fim de vida, possibilita a atenção às dimensões físicas, sociais, psicológicas, espirituais do processo saúde-doença (Carlo, 2015).

Em 1967, Saunders fundou o *St. Christopher's Hospice*, com o objetivo de garantir melhor qualidade de vida e um fim digno para pessoas com doença avançada, cujo tratamento não pudesse modificar a condição. Além disso, o propósito do *St. Christopher's Hospice* era proporcionar alívio da dor e dos sintomas, considerando a pessoa em sua totalidade e singularidade, e não apenas os sintomas físicos da doença (ANCP, 2012). A equipe do serviço era formada por profissionais de diferentes áreas, além de voluntários, que ofereciam apoio aos/às pacientes com prognóstico importante. A instituição não apenas oferecia cuidados médicos, mas também se dedicava ao ensino e à pesquisa para profissionais e estudantes de diversos países.

Em 1973, na América do Norte, o médico cirurgião canadense Balfour Mount visitou o *St. Christopher's Hospice* e, após observar as necessidades de pacientes no Canadá, iniciou um serviço similar ao de Cicely. Em 1974, ele estabeleceu a primeira unidade de cuidados paliativos no país, introduzindo o termo "cuidados paliativos" para enfatizar o foco na qualidade de vida de pacientes com doenças ameaçadoras da continuidade da vida (ANCP, 2012).

O termo "cuidados paliativos" foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no mesmo ano, que formou um grupo de trabalho para desenvolver políticas destinadas a aliviar a dor e fornecer cuidados aos/às pacientes mundialmente. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) só definiu os cuidados paliativos em 1990:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (OMS, 1990).

Hermes e Lamarca (2013), apresentam que a palavra "paliativo" tem sua origem no termo latino *pallium*, que significa "manto", expressando a ideia de proteção e amparo, especialmente quando não há possibilidade de cura para

alguma doença, concebidas por profissionais das áreas da Saúde, Sociais e Humanas, e que podem ser administradas em diferentes contextos, como unidades hospitalares, UTIs, ambulatórios e no domicílio do/a paciente.

No cenário brasileiro, os cuidados paliativos surgiram a partir da década de 1970 através do Serviço de Dor no Rio Grande do Sul, como mencionado anteriormente. Esse contexto foi marcado por um cenário socio-político de lutas de movimentos sociais em prol da democratização do país, que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual afiançou um sistema de proteção social, evidenciado pela Seguridade Social conformado nas Políticas de Saúde, Assistência social e Previdência Social, como responsabilidade do Estado (Bravo, 2006).

De acordo com Boschetti (2009), os elementos conjunturais e estruturais da década de 1990 não foram favoráveis à articulação destas políticas e, nem para a formação de um sistema de seguridade social amplo, coerente e consistente. O Brasil vivenciava uma onda neoliberal, caracterizada por uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais. No que concerne ao tratamento oncológico, sob o mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso e direção de José Serra no Ministério da Saúde, houve a edição da Portaria N° 3.535/1998, que estabeleceu critérios para o cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia. Além disso, tornou obrigatório que as unidades de Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) assinassem contratos de terceirização com o SUS e ofertassem obrigatoriamente, Serviço de Dor e Cuidados Paliativos (Figueiredo, 2011).

A terceirização dos serviços no SUS ocorre na esteira do neoliberalismo brasileiro, marca indelével das décadas de 1980 e 1990. A terceirização dos serviços executa, intencionalmente, um processo de desmonte, precarização e sucateamento da saúde pública, atrelado ao discurso da superioridade que seria alcançada com a privatização. As parcerias público-privada facilitam a entrada do capital privado, comprometem a essência do serviço público e favorecem políticas públicas focalizadas e não universais; representa a mercantilização dos serviços públicos, que atende aos interesses do capital financeiro. Ademais, são concedidos incentivos à iniciativa privada, que enfraquecem a capacidade de arrecadação do Estado e prejudicam o financiamento do SUS (Cegatti *et al.*, 2020), de modo que os

serviços especializados são lesados por essas concessões, enfraquecendo o caráter público da saúde e prejudicando os/as usuários/as que a necessitam.

Adiante, o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 19, de 3 de janeiro de 2002, instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, considerando os seguintes objetivos:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, cujos objetivos gerais são:

a - articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;

b - estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;

c - articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos;

d - desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos;

e - desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria.

O Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos é pioneiro em considerar a dor como um fator importante, compreendendo, especialmente, que a dor acometida por doenças crônicas é uma das principais causas do sofrimento humano. Além disso, a Portaria mencionada estabeleceu a dor como uma questão de saúde pública, tendo em vista que a dor interfere nas condições sociais, psicológicas e econômicas dos/as pacientes.

No contexto dos cuidados paliativos no Brasil, a Portaria Nº 19, de 3 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde, foi um avanço importante ao reconhecer e estabelecer diretrizes para este campo de atuação. No entanto, as Portarias não têm poder de obrigatoriedade e podem ser interpretadas mais como diretrizes ou recomendações. Por isso, houve a necessidade da implementação de uma Resolução para conferir maior força normativa e obrigatoriedade às diretrizes estabelecidas. A Resolução, ao ser emitida por um órgão competente, pode tornar

obrigatória a implementação das diretrizes delineadas na Portaria, garantindo assim a sua efetividade e aplicação prática (Kelsen, 1998).

A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, do Ministério da Saúde, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados no SUS e elucida que os cuidados paliativos devem ser oferecidos em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde e iniciados o mais precocemente possível, diante de diagnóstico de doenças progressivas e que ameaçam a continuidade da vida; não há tempo ou limite prognóstico para os cuidados paliativos serem prestados.

Nos Artigos 3º e 4º da Resolução Nº 41 é definido que um dos objetivos dos cuidados paliativos é o incentivo ao trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, uma vez que a partir desta equipe será possível intervir mediante às necessidades do/a paciente e de seus familiares. No Art. 3º é descrito como os cuidados paliativos devem ser organizados no SUS:

Art. 3º A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:

- I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
- VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
- VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e
- VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

Em seguida, o Art 4º se refere aos princípios que deverão nortear as práticas dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;
- II - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;
- III - afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;
- IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

- V - promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;
- VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;
- VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;
- IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- X - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;
- XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;
- XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e
- XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

Além disso, como cita o Artigo 5º, não existe um único local para realizar cuidados paliativos, tendo a possibilidade, portanto, de ser realizado no domicílio, na instituição hospitalar, ambulatório, instituição de longa permanência e outros. Pessini (2009, p. 5) traz que os cuidados paliativos são interpretados de modo equivocado pelos/as próprios/as profissionais de saúde:

Confunde-se CP com a indução da morte (eutanásia), ou com a suspensão dos tratamentos. Os CP não apressam a morte, apenas a aceitam como parte inexorável de um processo. Também não se suspende todo o tratamento, apenas os considerados fúteis (distanásia). Cuidar paliativamente requer, muitas vezes, um tratamento mais ativo, mais abrangente e mais complexo. Não no sentido de sofisticação tecnológica, mas sim no de integração multidisciplinar.

A Resolução N° 41, de 2018, foi fundamental para determinar que os cuidados paliativos devem ser oferecidos por todos os níveis de atenção à saúde e as demandas atendidas em cada serviço; sendo tal organização indispensável e a ser amplamente divulgada junto aos/às usuários/as.

A Resolução avança sutilmente em relação à capacitação e formação continuada de profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos, vindo ser substituída pela Resolução N° 729, de 07 de dezembro de 2023, que aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS. A PNCP, recém-aprovada, considera a importância “da criação da cultura de Cuidados Paliativos, com estratégias de informação, comunicação e capacitação para profissionais e comunidades” (Ministério da Saúde, 2023), constituindo-se como um

avanço para a saúde pública, tendo em vista que a maior parte da população brasileira elegível aos cuidados paliativos ainda não tem o acesso adequado a esta abordagem.

**FIGURA 2 - Linha do tempo dos Cuidados Paliativos no Brasil**



**Fonte:** Produção autoral baseada em Paiva (2022).

Os dados disponibilizados pela Palliative Care Alliance World constataam que, das mais de 100 milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo familiares, cuidadores/as e pacientes que precisam de Cuidados Paliativos anualmente, somente 8% têm acesso a esses cuidados. Isto ocorre pela falta de investimento público em serviços especializados para os cuidados paliativos (Victor, 2016). No Brasil, o cenário é ainda mais desafiador: apenas 0,3% das pessoas que morrem anualmente têm a possibilidade de acessar cuidados paliativos (Oliveira, 2019). A vista disso, é reconhecido que a política de saúde brasileira precisa construir serviços especializados e aprimorar o conhecimento em cuidados paliativos para atender essa demanda crescente.

O Brasil foi classificado em 42º, definido com “qualidade média” no que diz respeito ao atendimento aos/às usuários/as em cuidados paliativos pelo *Quality of*

*Death Index* (Ministério da Saúde, 2023). Os dados aqui apresentados evidenciam a imprescindibilidade dos cuidados paliativos mediante às demandas crescentes de doenças graves, agudas ou crônicas.

### 2.3 CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS

*“Malditas sejam todas as cercas! Malditas todas as propriedades privadas que nos privam de viver e de amar! Malditas sejam todas as leis, amanhadas por umas poucas mãos, para ampararem cercas e bois e fazerem da terra escrava e escravos os homens!”*

**Pedro Casaldáliga**

As modificações da pirâmide etária no Brasil e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão relacionadas à elevada demanda de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos (Lima, 2020), abordagem de cuidado essa, que representa um direito e ação em saúde. As mudanças sociais e econômicas também ampliaram o aparecimento de DCNT, tendo em vista que o processo de globalização capitalista definiu novas formas de trabalhar, viver e se alimentar, posicionando significativamente as doenças crônicas no perfil epidemiológico brasileiro. Como refletiu Mendonça (2018, p. 121-122):

Ao gerar esse tipo de adoecimento, também produz condições de incapacidade para o trabalhador que, por estar doente, não pode trabalhar, ser explorado, produzir mais-valia e contribuir com o processo de acumulação de capital. Assim, aumentam-se as taxas de absenteísmo, licenças para tratamentos de saúde, entre outras formas de ausência do trabalho.

O Modo de Produção Capitalista (MPC), sistema econômico baseado na acumulação de capital para sua produção e reprodução, precisa expandir, intensificadamente, seus limites explorando a classe trabalhadora para maximizar os lucros, e para isso, modifica os processos de trabalho em condições precárias e subalternizantes. Tal exploração determina o alto índice de pobreza e pauperismo, e, conseqüentemente, contribui no aparecimento/crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Em 2030, espera-se que mais de um bilhão da população mundial seja composta por pessoas idosas e que  $\frac{3}{4}$  dos óbitos sejam em decorrência das DCNT. Estes dados acarretarão a necessidade da regulamentação dos cuidados paliativos

como abordagem presente em todos os níveis de atenção à saúde, assim como maior disponibilidade de serviços públicos especializados (Oliveira, 2019).

Os cuidados paliativos podem aliviar os sintomas, integrar aspectos físicos, espirituais, sociais e psicológicos, além de apoiar familiares e amigos/as a lidarem com o diagnóstico do/a paciente e com a possibilidade do luto. Como melhor abordagem, devem ser iniciados a partir de demonstrações de uma doença ou condição que ameace a continuidade da vida, considerando a perda da efetividade das condutas terapêuticas curativas existentes.

Em 1947, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indicou a ampliação do conceito de saúde, definindo-o como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (Ministério da Saúde, 2021). Destaca-se que o processo de saúde-doença se imbrica a elementos diversos, como condições de trabalho e materiais de existência, acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento em saúde, bem como às múltiplas dimensões das relações sociais vigentes.

No âmbito nacional, a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 — que concretiza a Lei Orgânica da Saúde —, refere-se ao conceito ampliado de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Em 2002 a OMS definiu que os cuidados paliativos exigem cuidado amplo, complexo e compreensão da totalidade da vida dos/as pacientes e seus familiares. À vista disso, devem reunir competências de profissionais de saúde, incluindo a compreensão das possibilidades e limites de sua atuação, práticas que viabilizem o alívio dos sofrimentos e uma sobrevivida digna.

No âmbito nacional, a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual concretiza a Lei Orgânica da Saúde, refere-se ao conceito ampliado de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o

trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O conceito ampliado de saúde tensiona os desafios vigentes de acesso aos serviços de saúde e da compreensão da doença sob uma ótica medicalocêntrica e individualista; enfatiza que a saúde e a doença são fenômenos coletivos e as articula às determinações sociais.

Considerando a formação socio-histórica brasileira, problematizar a organização social e econômica como condicionantes e determinantes da saúde foi um avanço fundamental para a Política de Saúde brasileira. Do mesmo modo que refletir sobre o caráter contraditório das políticas sociais no Estado capitalista também o é para subsidiar a prática profissional na saúde, como analisam Santos e Senna (2017, p. 445):

A partir da leitura crítica da realidade em que atua, reconfigurando, portanto, ideias e ações que perpassam a dinâmica social marcada por contradições e correlações de forças. Igualmente, pode integrar e fomentar formas de participação da população no contexto de sua vida cotidiana, mediante a construção de processos democráticos baseados no estabelecimento de relações horizontais entre profissionais e usuários.

O desvelamento crítico da realidade elucida as possibilidades e demonstra os limites da atuação profissional, tensionada pela configuração dos serviços oferecidos — precarizados, seletivos e focalizados — característicos das políticas públicas no Estado neoliberal. A Política de Saúde, apesar de ser a única de acesso universal no sistema de proteção social brasileiro, permanece inflexionada pelo avanço neoliberal e o aligeiramento de seu projeto privatista do Estado. Os avançados marcos legais da Constituição Federal e do SUS não garantem o pleno acesso à saúde e a classe trabalhadora continua a enfrentar desafios relacionados à fragilização e à violação de seus direitos sociais.

Como destacado por Oliveira (2021), o ideal privatista prioriza os interesses do mercado, fomentando a privatização dos serviços de saúde e excluindo parcelas significativas da população do acesso à assistência adequada. Em contrapartida, o ideal inspirado na reforma sanitária preconiza a universalidade, integralidade e equidade como pilares do SUS, visando garantir um acesso justo e democrático aos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros.

Boschetti (2009), reflete sobre esse cenário, conquistado tão arduamente pelas lutas coletivas da classe trabalhadora, como de intensa disputa por recursos e

poder. A defesa e expansão dessas conquistas, juntamente com a oposição às reformas neoliberais regressivas, representam desafios contínuos e requisitos essenciais para fortalecer as políticas sociais como bens públicos e universais.

## 2.4 CUIDADOS PALIATIVOS COMO DIREITO HUMANO

### 2.4.1 Quem necessita de cuidados paliativos?

*"O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato (...). Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro."*

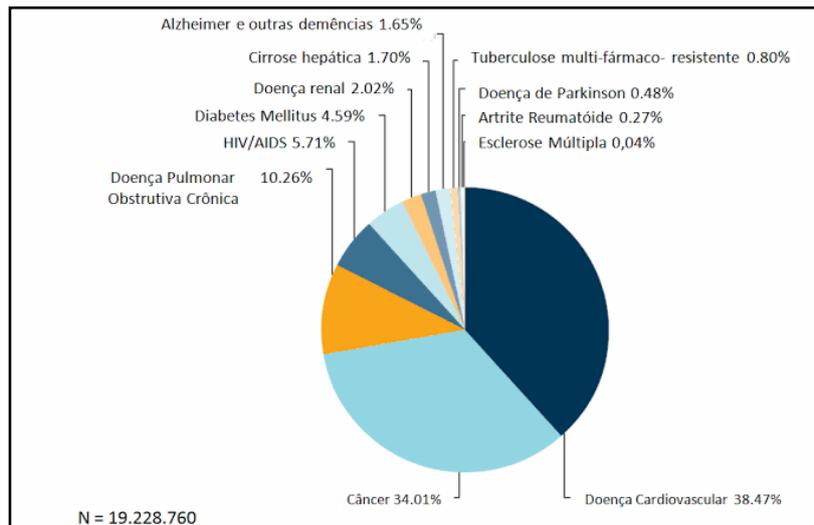
**Leonardo Boff**

Os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que busca minimizar o sofrimento e viabilizar a qualidade de vida de pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida. O direito aos cuidados paliativos é uma garantia fundamental, que apesar de recentemente expresso (Ministério da Saúde, 2023), já estava fulcrado nas garantias fundamentais do acesso à saúde, à vida e à dignidade humana delineadas na Constituição Federal de 1988.

Em 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 40 milhões de pessoas são elegíveis aos cuidados paliativos por ano. Em consonância com esses dados, os/as pacientes em cuidados paliativos, majoritariamente, estão na fase adulta e têm doenças crônicas como câncer, AIDS, diabetes, doenças cardiovasculares ou respiratórias crônicas. Assim como doença de Parkinson, esclerose múltipla, demência, artrite reumatoide e outras, também demandam por estes cuidados (OMS, 2021).

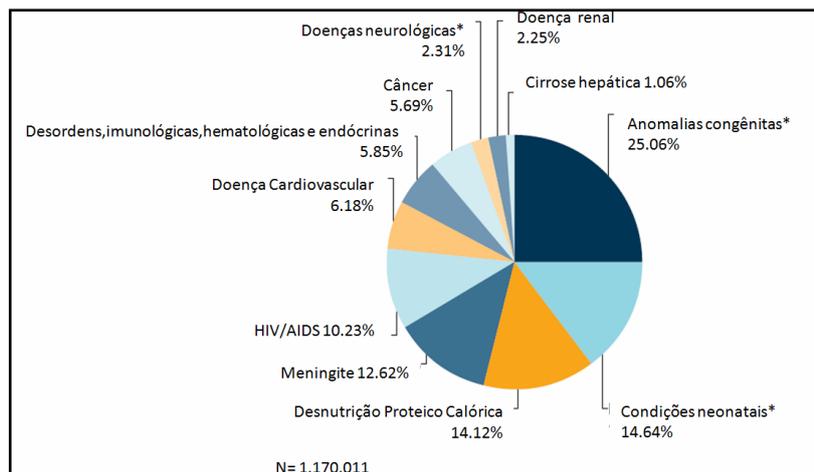
A OMS (2014) realizou um levantamento das doenças que implicam na imprescindibilidade dos cuidados paliativos, sendo as doenças cardiovasculares que maior exigem dos cuidados paliativos em adultos (38,47%) e as anomalias congênitas (25,06%) em crianças:

**FIGURA 3** - Distribuição de doenças em adultos que necessitam de cuidados paliativos



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014).

**FIGURA 4** - Distribuição de doenças em crianças que necessitam de cuidados paliativos



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014).

É importante destacar que os cuidados paliativos podem ser iniciados a partir do diagnóstico de doenças graves, duradouras, sem perspectiva curativa ou que ameacem a vida. Por sua vez, o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas ocasionam a necessidade de tratamentos paliativos, assim como a incidência de doenças em fase avançada, exigindo que os serviços de saúde estejam preparados para este atendimento especializado (Lourençato, *et al.*, 2016).

O conhecimento a respeito da trajetória da doença de base, isto é, o conhecimento da doença que desencadeou o aparecimento e progressão de outras patologias e comorbidades, facilitará que um cronograma de prováveis

necessidades seja criado pela equipe multidisciplinar. A partir do planejamento desses cuidados, os/as profissionais de saúde conseguirão trazer aos/às pacientes e familiares informações a respeito de cuidados mais apropriados que serão futuramente aplicados, além de integrar, precocemente, as decisões e necessidades dos/as pacientes (Branco, 2021).

Para Silva (2021), quando há elegibilidade dos cuidados paliativos, o objetivo primordial da equipe de saúde, independentemente do ambiente de atendimento — domiciliar, hospitalar ou emergencial — deverá sempre ser a promoção da qualidade de vida do/a paciente e sua família. Uma avaliação abrangente deverá ser realizada para identificar as necessidades múltiplas e específicas do/a paciente. Ainda, a autora menciona que ao considerar a avaliação global de um paciente estável busca-se identificar as necessidades que possam atingir negativamente a capacidade funcional e qualidade de vida dos indivíduos a longo prazo. █

A discussão do prognóstico em equipe, por exemplo, é indicada para melhores práticas em pacientes instáveis, pois, a partir do conhecimento das dimensões em que o/a paciente está inserido, é possível decidir sobre questões sociais, econômicas e familiares que possam interferir na qualidade de vida. Apesar disso, os cuidados paliativos não devem ser descartados caso não haja prognóstico estabelecido, e sim devem ser fornecidos diante da necessidade (Terzi; Terzi; Junqueira, 2021).

Assim, Ribeiro e Barrioso (2021) apontam a distinção entre pacientes em processo ativo de morte e aqueles/as em estado crítico ou com múltiplas disfunções orgânicas, ressaltando que os/as primeiros/as não se beneficiam de medidas prolongadoras de vida. Em vez disso, eles/as requerem cuidados paliativos para alívio do sofrimento. Identificar esse processo é significativo para planejar a assistência e alinhar as expectativas da família, que desempenham um papel ativo no cuidado. E, ao invés de utilizar expressões desencorajadoras como "não tem o que fazer", deve-se construir um plano terapêutico multidisciplinar, focado no controle de sintomas.

As ações de prevenção de complicações no processo de luto são parte do cuidado aos familiares e à rede social do/a paciente em fase final de vida (Ribeiro; Barrioso, 2021). No entanto, devido à urgência dos eventos relacionados à morte, nem todas as intervenções podem ser realizadas. Mesmo assim, alinhar as

expectativas dos familiares, controlar os sintomas, permitir rituais de despedida e comunicar de forma compassiva são medidas importantes para auxiliar e prevenir complicações durante o luto.

Identificar pessoas próximas ao paciente com risco de complicações no luto e encaminhá-las para serviços de suporte é uma medida significativa na abordagem de cuidados paliativos. Durante o momento do óbito, os/as profissionais devem demonstrar solidariedade e confortar os/as acompanhantes, realizando ações como posicionar o corpo do/a falecido/a, fechar os olhos, manter o silêncio respeitoso e criar espaço para despedidas (Ribeiro; Barrioso, 2021).

Oliveira (2019) menciona que os serviços de cuidados paliativos no Brasil, especialmente no SUS, podem ser compostos por profissionais de diversas áreas, incluindo assistentes sociais, capelães, enfermeiros/as, farmacêuticos/as, fisioterapeutas, médicos/as, nutricionistas, psicólogos/as e terapeutas ocupacionais. Tais profissionais, ao direcionarem suas ações para além de práticas intervencionistas ou farmacológicas, oferecem um cuidado integral que considera os indivíduos inseridos em diferentes contextos familiares, sociais, econômicos e culturais. Essa abordagem, portanto, visa atender às múltiplas dimensões das necessidades dos/as pacientes, promovendo uma assistência que vai além do tratamento médico tradicional e que reconhece a complexidade das situações vividas pelos pacientes e suas famílias.

A partir disso, a equipe deverá auxiliar na definição do plano de cuidados e na limitação de suporte — essa limitação envolve a escolha de não iniciar ou de interromper intervenções invasivas, ou avançadas de suporte vital —. Estes procedimentos invasivos podem prolongar a vida do/a paciente, mas não necessariamente oferecem benefícios significativos em termos de qualidade de vida ou reversão da condição terminal. Os/as profissionais devem atuar no controle de sintomas físicos, sociais e psicológicos, realizando comunicação eficaz e conduzindo as reuniões familiares quando necessárias (Turaça; Ribeiro, 2021).

A avaliação em cuidados paliativos, portanto, contribui para alinhar condutas das equipes assistentes e buscar fortalecer o vínculo com pacientes e familiares. Segundo Turaça e Ribeiro (2021), o acompanhamento em nível ambulatorial também precisa ser considerado como benéfico para pacientes estáveis ou em programação de alta, pois favorece a definição de diretivas antecipadas de vontade,

elaboração de planos de cuidados dinâmicos e manejo de sintomas para garantir o conforto do/a paciente. É indispensável compreender que os cuidados paliativos não estão relacionados, exclusivamente, à terminalidade de doenças, mas à necessidade de garantir qualidade de vida diante da impossibilidade de cura, como cuidados indicados para pacientes e familiares que necessitam, promovendo a prevenção e alívio do sofrimento.

#### 2.4.2 A dor total, a dor do adoecer e do morrer

*"O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida."*

**Cicely Saunders**

Do período da Idade Antiga até a Idade Moderna, a dor era percebida como uma punição divina e não era vista como um sintoma de alguma doença ou reação física e/ou psicológica. O sofrimento em silêncio diante de algum procedimento ou amputação era visto como sinônimo de força e de virtude. E somente a partir da década de 1970, a dor passou a ser compreendida como um sintoma de sofrimento físico, mas também para além de uma resposta cerebral, que envolve dimensões culturais e sociais (Bourke, 2014).

A dor é um dos sintomas mais proeminentes entre pacientes em cuidados paliativos. Segundo Merskey e Bogduk (1994), a dor atua como uma experiência sensorial e emocional desagradável. O tratamento da dor é um desafio para profissionais de saúde e paliativistas, por tratar-se de um sintoma multidimensional, integrado a diversas dimensões. A presença da dor mal controlada tem um impacto significativo na piora da qualidade de vida de pacientes e familiares, resultando em transtornos do sono, depressão, ansiedade, isolamento social, sobrecarga do/a cuidador/a e outros. Bakitas, *et al.* (2015), evidenciam que o controle adequado da dor contribui no aumento da sobrevida dos/as pacientes e facilita a continuidade de tratamento.

Os objetivos essenciais do tratamento da dor devem, sobretudo, aliviar a dor, otimizar as atividades rotineiras, diminuir os efeitos adversos que possam surgir durante o tratamento, evitar o uso excessivo de drogas e contribuir na relação entre a dor e as relações sociais de pacientes e familiares (Coradazzi; Santana; Caponero, 2019). A partir disso, o tratamento pode ter características

farmacológicas ou não farmacológicas. São indicados analgésicos conforme a intensidade da dor e sempre com doses de resgate prescritas (OMS, 1987). Além disso, pacientes e familiares devem ter orientação detalhada sobre o manejo das dores e dos efeitos colaterais esperados pelo uso de opioides, assim como a equipe deve realizar o monitoramento e manejo desses efeitos, seja para reduzir as doses de opioides em caso de controle da dor ou da possibilidade de escape de dor em pacientes que usam regularmente esses analgésicos.

Já o tratamento não-farmacológico, tem como objetivo o alívio e o controle dos sintomas, bem como devem buscar garantir a funcionalidade e qualidade de vida. Em 2020, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) mencionou que as medidas não-farmacológicas foram satisfatórias para 76% dos/as pacientes em cuidados paliativos e possibilitou o alívio sintomatológico de 90% dessas pessoas. Esse tratamento exige intervenção multidimensional, preocupando-se com a funcionalidade dos sujeitos, com o suporte psicossocial, com a garantia de uma rede de apoio e, com o respeito às crenças e aos valores dos/as pacientes.

Fonseca (2004), menciona que o processo do luto começa quando alguém recebe a notícia de uma doença grave, trazendo consigo perdas tangíveis e simbólicas tanto para o/a paciente quanto para a sua família, sendo essas perdas abrangentes a diversas áreas da vida humana. A família do/a paciente também passa por esse processo, experimentando-o de maneira única, de modo que a dor e o sofrimento se iniciam antes mesmo do diagnóstico, quando uma família percebe sinais de alerta, unindo-se para lidar com os sintomas e possibilidades de doenças.

Na entrada do processo ativo de morte, ou seja, quando é percebido a proximidade dos últimos dias ou últimas horas, é exigido que a equipe multiprofissional tenha maior atenção na avaliação e controle de sintomas, assim como precisa estar atenta caso haja necessidade da comunicação da gravidade da situação para o/a paciente — caso desejar — e para os familiares. Os indicadores desse processo são: permanência no hospital acima de sete dias, acamado/a, ingestão oral reduzida, declínio funcional e sem perspectiva de melhora após 48h ou 72h da admissão (Ribeiro; Barrioso, 2021).

A dispensa de procedimentos invasivos e agressivos faz-se necessária durante todo o processo de cuidado, portanto, é preciso que a equipe de saúde faça os seguintes questionamentos ao iniciar algum procedimento: “qual benefício trará

tal medida ao paciente?”, “Quais danos tal medida poderá acarretar?”, “Qual a opinião do paciente e família a respeito?”, “Quais implicações tal conduta trará aos outros pacientes?”, de modo que o prolongamento do sofrimento e da dor não seja priorizado a fim de adiar o processo de morte natural.

Os/As profissionais que lidam com pacientes em fase final de vida deverão mediar suas práticas de forma ética, incluindo sensibilidade para lidar com a pessoa como um todo, tratar especificamente da dor e do desconforto, manter uma comunicação honesta e aberta, respeitar a autonomia e necessidades individuais, atender aos objetivos, dar suporte à família e considerar as particularidades de diferentes grupos de renda, etários e étnicos.

Ribeiro e Barrioso (2021), aponta que a partir do conhecimento de que o processo ativo de morte está próximo é importante que seja proporcionada a comunicação e escuta ativa, além do esclarecimento da realidade para todos/as envolvidos/as. Possibilitar ambiente confortável e privado, presença de familiar ou alguém próximo durante esse processo, visto que um dos grandes medos de familiares e pacientes em fim de vida é o abandono, como mencionam as autoras anteriormente citadas.

Enfrentar a doença e o luto antecipado para a família envolve uma interação complexa de fatores (Fonseca, 2004). Os fatores facilitadores incluem estrutura familiar flexível, boa comunicação com a equipe de saúde e na família, conhecimento da doença, participação nas diferentes fases do processo e disponibilidade de apoio. Já os fatores complicadores podem incluir falta de suporte, questões econômicas e sociais, além de questões relacionadas à comunicação com a equipe.

Cicely Saunders (1991), elaborou o conceito de dor total vivenciada por aqueles/as que têm uma doença sem possibilidade de cura, mas com viabilidade de cuidar. Saunders (1991), também estabeleceu um modelo de assistência médica denominado *hospice* com o propósito de atender pacientes que não possuíam perspectivas de recuperação de acordo com os padrões da medicina. Os *hospices* deveriam ser compostos por assistentes sociais, enfermeiros/as, líderes religiosos, médicos/as, psicólogos/as e outros/as profissionais, conforme necessário. Essa perspectiva tem suas raízes no trabalho de Cicely Saunders, considerada a

fundadora do movimento do *hospice* moderno, que desenvolveu tal abordagem nas décadas de 1960, 1970 e 1980, para os serviços de saúde do Reino Unido.

Para Saunders (1991), esses cuidados — hoje reconhecidos como cuidados paliativos — deveriam proporcionar ao/à paciente alívio das dores, informações detalhadas e favorecer o controle das decisões relacionadas ao seu tratamento. Além disso, considerava a importância de escutar e ouvir e acolhê-los/las como seres humanos completos, considerando suas particularidades, necessidades, crenças e culturas. A paliativista aponta que a dor total é identificada a partir de um conjunto complexo de sentimentos e vivências complexas que incluem não apenas a dor física, mas também aspectos emocionais, sociais e espirituais. Entre os componentes emocionais e psicológicos estão o medo do sofrimento, ansiedade, depressão, desespero, experiências passadas de adoecimento e raiva (Saunders, 1991). O aspecto social abrange a perda de papéis sociais, preocupações financeiras, rejeição e dependência, enquanto a dor espiritual refere-se à raiva do destino ou raiva de uma figura divina, perda da fé, medo do desconhecido, bem como o medo do que pode acontecer após a morte e sentimento de culpa diante de questões espirituais.

Hawley (2017), pontua que aqueles/as que estão em vulnerabilidade social e requerem cuidados de saúde contínuos enfrentam condições de saúde progressivas que representam uma ameaça à sua vida, dependendo de suporte para enfrentá-las. Posto isso, a necessidade de assistência muitas vezes se traduz em dificuldades para, por exemplo, se deslocar até os centros de saúde para receber o cuidado adequado.

Em meados dos anos 2000, as comunidades compassivas surgem, Brasil afora, como ações de moradores/as, profissionais e apoiadores/as, que se tornam agentes compassivos, identificando pessoas elegíveis aos cuidados paliativos (Kellehear, 2013). As comunidades compassivas atendem, especialmente, moradores/as da comunidade que estão em situação de ameaça à continuidade da vida por doenças graves e em vulnerabilidade social. Estes agentes compassivos atuam em conjunto com a equipe profissional de saúde e ficam atentos/as às necessidades de remédios, alimentos e material de higiene.

Esta Iniciativa comunitária voltada para cuidados paliativos, é formada por grupos de pessoas que se unem para criar formas de contribuir no cuidado de

pessoas da comunidade que possuem maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Flores, *et al.*, 2018). Reconhecidas internacionalmente no campo dos cuidados paliativos, essas comunidades representam uma abordagem ampla de saúde pública, oferecendo apoio para usuários/as e familiares.

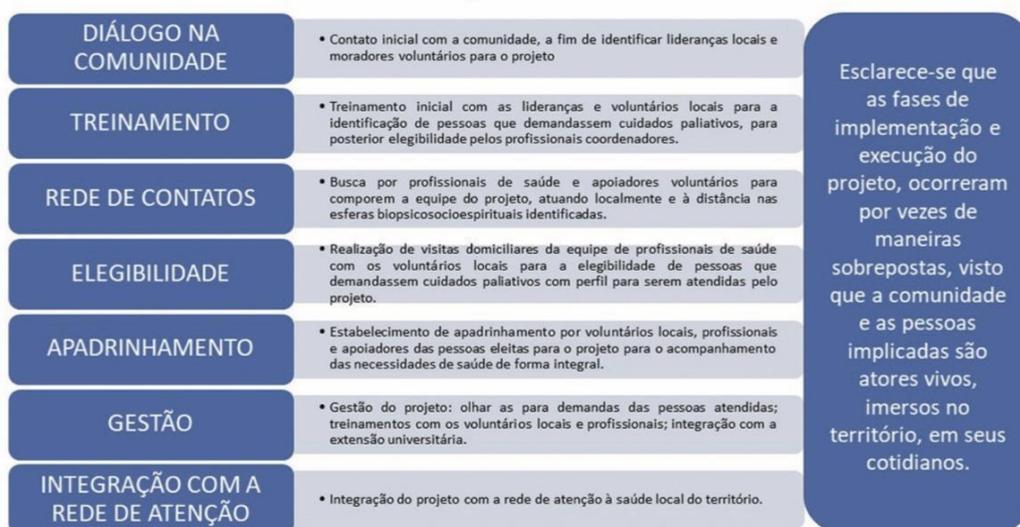
Assim, é incentivada a compreensão sobre o direito à morte digna, adaptando suas práticas para apoiar ativamente aqueles/as que estão no final da vida (Flores, *et al.*, 2018). Os/As profissionais de saúde envolvidos/as nessas comunidades não apenas fornecem assistência direta, mas também capacitam e integram membros da sociedade para cuidarem uns dos outros. Contudo, é importante destacar que as comunidades compassivas não desresponsabilizam o Estado e a atribuição dos serviços de saúde neste processo de cuidado. Tais ações não têm o objetivo de substituir as responsabilidades do poder público, mas sim de atuar de forma complementar, fortalecendo e ampliando a rede de apoio existente, como menciona Mesquita, *et al.* (2020).

Referente ao contexto nacional, o Projeto “Favela Compassiva Rocinha e Vidigal” surge em 2018, no Rio de Janeiro, baseado na ideia de comunidades compassivas, liderada pelo enfermeiro paliativista, Alexandre Ernesto Silva. O objetivo do projeto é promover a colaboração entre os/as moradores/as locais e uma equipe multiprofissional e de voluntários/as, realizando visitas regulares, oferecendo apoio e cuidados aos/às pacientes com doenças graves (Mesquita, *et al.*, 2020).

A implementação da Comunidade Compassiva nas favelas da Rocinha e Vidigal foi cuidadosamente planejada com etapas interrelacionadas. Essas etapas foram pensadas de forma a promover a integração da comunidade, envolvendo desde a identificação das necessidades locais até a formação de uma rede de apoio diversificada e engajada:

**FIGURA 5** - Etapas de implementação da comunidade compassiva

### ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA COMUNIDADE COMPASSIVA



Fonte: Mesquita, *et al.*, 2020.

A desigualdade socioeconômica cria barreiras significativas, desde a falta de recursos financeiros para transporte até as múltiplas demandas atribuídas ao/à cuidador/a — muitas vezes exercendo funções para além de cuidadores/as, como trabalhadores/as assalariados ou autônomos/as —. Assim, como mencionam Mesquita, *et al.* (2020), as comunidades compassivas desempenham um papel importante ao proporcionar acesso aos cuidados de saúde para grupos historicamente marginalizados, e que requerem atendimentos especializados em domicílio.

A partir da inserção das comunidades compassivas, o debate das questões de classe e raça foram sendo agregadas, visto que as comunidades compassivas foram demandadas por tal realidade desigual. A desigualdade social e econômica impacta a saúde, de modo que o processo de adoecimento da população pobre e negra é permeado por outras dimensões. As questões de classe e étnico-raciais estão intrinsecamente ligadas aos cuidados em saúde — e, óbvio, aos cuidados paliativos —, considerando, sobretudo, que a população negra enfrenta desafios adicionais ao tentar acessar os serviços de saúde.

A realidade social, portanto, sublinha a importância de uma atenção integral e adequada por parte do Estado, especialmente para viabilizar o acesso a cuidados paliativos aos/às usuários/as, independentemente da sua realidade social e econômica (Barata, 2016). Nesse sentido, o debate étnico-racial nos cuidados paliativos e no SUS é urgente, considerando o processo de saúde-doença e os

determinantes sociais vivenciados pela população negra, bem como a desigualdade racial e o racismo estrutural e estruturante do Brasil.

As comunidades e periferias no Brasil são compostas, majoritariamente, por pessoas que se autodeclaram negros/as. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 66,2% das casas em periferias no Brasil são ocupadas por pessoas negras (IPEA, 2011), assim como 80% da população usuária do SUS é composta por pessoas que se autodeclaram pretos/as ou pardos/as (UNFPA, 2017). Os dados aqui apresentados desvelam a realidade posta à formação historicamente construída no Brasil, que possibilitou a desigualdade, discriminação e marginalização da população negra. A canção “Indigno Love”, do artista Mateus Fazeno Rock (2023), exprime o sentimento de ser preto no Brasil à margem de uma realidade construída pelo racismo:

[...] Os vida loca vive de forma rápida  
 Machuca sem querer  
 Machuca sem... medo de morrer  
 No corre da vida prática só quer sobreviver  
 Porque vai saber se amanhã a tática vai parecer  
**Brasil inferno**  
**Cemitério indígena**  
**O que tu vai esperar de um lugar construído**  
**Em cima de corpos**  
**Do genocídio de povos?**  
 Por ouro, por prata  
 Por ferro, minério  
 Se mata, se vende  
 Montanhas e rios  
 Se matam meninos  
 São vários gatilhos  
 Eu nem vou continuar daí [...].

A continuação destas violências se manifesta até os dias atuais para a população negra. Apesar dos direitos conquistados, sempre resultantes dos movimentos e lutas sociais, a realidade ainda é violenta e os direitos fundamentais continuam sendo, severamente, violados, como o acesso aos serviços de proteção social (Barata, 2016). Ao mesmo passo que a população negra é a que mais depende do SUS, é também a que menos acessa os serviços de cuidados paliativos, resultando na intensificação da dor e do sofrimento, bem como no não acesso aos seus direitos no processo de finitude.

Muitas vezes, o luto não pode sequer ser vivenciado nos territórios periféricos. Não porque as pessoas não queiram, mas porque as circunstâncias sociais, econômicas e territoriais não permitem. E isso deve ser refletido por todas e todos nós (Moreira, Folha de S. Paulo, 2022).

O racismo, como estrutural e estruturante da formação brasileira, agudiza as desigualdades, estas, por sua vez, não estão desagregadas entre o biológico e o social, pelo contrário, estão sempre associadas em um processo complexo com influências políticas e econômicas (Andrade, 2015). O não acesso a cuidados paliativos nas periferias ou fora delas revela a necessidade da intervenção Estatal, assim como exige que as políticas sociais já existentes, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e outras, possam garantir o acesso aos direitos destes/as usuários/as.

Assim, discutir cuidados paliativos para a população negra, torna imperioso refletir sobre o histórico de violações de direitos por ela enfrentado. O racismo desempenha eixo determinante no processo saúde-doença e se manifesta no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento fornecido; à população negra nasce, vive, sofre e morre de maneira desigual. Portanto, reproduzir essa estrutura racista representaria uma incoerência dos princípios fundamentais dos próprios cuidados paliativos.

#### 2.4.3 Aspectos ético-legais dos cuidados paliativos

*“Assistir a Morte em paz de um ser humano, faz-nos recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes num vasto céu, que brilha durante um curto instante, para se extinguir para sempre na noite sem fim.”*

**Elisabeth Kübler-Ross**

Nos cuidados paliativos, a bioética é referência para a compreensão de que os/as pacientes são sujeitos de direitos. Para Fortes (1994, p. 129), a bioética é o campo de estudo “de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais.” A bioética lida com questões morais e éticas relacionadas à saúde, incluindo decisões sobre tratamento, autonomia do/a paciente e dignidade no fim da vida.

Os princípios da bioética são definidos por autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, sendo estes fundamentais para orientar as práticas e decisões éticas no campo da saúde (Fortes, 1994). A autonomia é o princípio que se refere ao direito que o sujeito tem sobre si; assim, nos cuidados paliativos, respeitar a autonomia do/a paciente é um dever, tendo em vista que o/a usuário/a

tem o direito de ser informado/a e de tomar decisões sobre os cuidados no processo de saúde, incluindo tratamentos e procedimentos.

A beneficência é o princípio que coloca como dever do/a profissional de saúde promover o bem ao/à paciente a partir do que é atribuição e competência da sua categoria profissional. Nos cuidados paliativos, este princípio envolve ações com a intenção de beneficiar o/a paciente, aliviando a dor e outros sintomas desconfortáveis. O princípio da não-maleficência determina a responsabilidade da equipe de saúde de não infligir danos intencionais; logo, nos cuidados paliativos, é importante identificar as intervenções necessárias. Por fim, o princípio da justiça diz respeito ao direito à igualdade de acesso aos cuidados e no tratamento equitativo de todos/as os/as pacientes.

Há um processo nos cuidados paliativos designado de Plano Avançado de Cuidados (PAC) que indivíduos podem definir e compartilhar suas preferências, objetivos e valores a respeito dos seus cuidados; em caso de incapacidade, poderá ser elaborado por familiar ou pessoa designada, não sendo necessário o registro escrito (Coradazzi; Santana; Caponero, 2019). O PAC precisa, obrigatoriamente, estar de acordo com a preferência e valores do/a paciente, podendo ser revogado a qualquer momento, por isso é indicado que haja comunicação efetiva entre a equipe de saúde, familiares e pacientes.

Além do Plano Avançado de Cuidados, há as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que possibilitam que o/a paciente com doença progressiva manifeste, de forma escrita, sua vontade durante o processo de fim de vida. As DAV só podem ser redigidas ou revogadas pelo/a próprio/a paciente e são constituídas pelo Testamento Vital (TV) e pelo Mandato Duradouro (MD). O Testamento Vital é o documento que registra objetivos, preferências e valores que a pessoa deseja receber em fim de vida, e o Mandato Duradouro é a determinação de outra pessoa de confiança que possa responder pelas decisões referentes aos cuidados em caso do/a paciente não conseguir mais realizar tais decisões (Dadalto, 2015).

Para a elaboração do PAC e das DAV é necessário que a pessoa seja maior de 18 anos, mas que caso seja referente a uma criança ou adolescente, é preciso que o PAC seja construído em conjunto com os/as responsáveis e as decisões do/a paciente sejam ouvidas e respeitadas. No que se refere às DAV, poderão ser consideradas para pessoas entre 16 e 18 anos, desde que haja concordância dos

seus tutores legais (Pessini e Bertachini, 2014). Além disso, é preciso que o/a paciente esteja em condições físicas e psicológicas — não sendo necessária avaliação psiquiátrica — para realizar a tomada de decisões, e que haja a presença de um/a médico/a durante a elaboração, já que somente tal categoria poderá esclarecer as possibilidades clínicas de tratamentos e procedimentos.

O processo de construção do Plano Avançado de Cuidados (PAC) poderá ser finalizado em uma única conversa, como também poderá demandar mais de um encontro, portanto, recomendam-se etapas para sua elaboração. Inicialmente, é importante obter permissão do/a próprio/a paciente para discutir as suas condições de saúde. Em seguida, deverá ocorrer o esclarecimento das suas preferências, considerando a inclusão de outras pessoas nessas decisões (Dadalto, 2015). É imprescindível determinar o nível de compreensão do/a paciente sobre sua condição, assim como devem ser mencionadas informações sobre a progressão e possíveis complicações da doença.

A determinação das decisões do PAC também deve envolver a discussão dos valores e crenças da pessoa envolvida. Procedimentos médicos, como ressuscitação cardiopulmonar e diálise — para remover os resíduos e excesso de líquidos do corpo, deverão ser explicados e o desejo do/a paciente deverá ser respeitado. Identificar um/a procurador/a de cuidados de saúde é essencial para garantir o respeito às decisões, assim como o compartilhamento dessas decisões com a família e o/a procurador/a (Pessini e Bertachini, 2014). É indispensável, também, estimular o registro das decisões no formato das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), ressaltando sua importância para os/as cuidadores/as e familiares durante o final da vida do/a paciente. Por fim, é recomendada a revisão periódica do PAC para ajustes, caso seja necessário.

No que concerne às DAV, é recomendado que sejam seguidas quando há perda irreversível de consciência e falência irreversível das funções vitais, sendo estas condições diagnosticadas, obrigatoriamente, por dois/duas médicos/as. Assim, as DAV só serão aplicadas se o/a paciente não puder expressar sua vontade. É necessário que o/a paciente designe um/a procurador/a de cuidados de saúde para representá-lo/la, e esse/a deverá participar da elaboração das DAV, concordar com seu conteúdo e estar em boas condições de saúde para assumir esta responsabilidade (Coradazzi; Santana; Caponero, 2019).

As DAV, caso sejam modificadas ou revogadas pelo/a paciente, deverão constar o nome e o CRM do/a médico. Embora não seja obrigatória, a participação de um/a advogado/a poderá garantir que o documento seja válido legalmente. Além disso, o/a paciente também terá o direito de recusar procedimentos médicos considerados inúteis e que não poderão alterar o quadro clínico da doença. As assinaturas do/a paciente, procuradores/as, cuidados de saúde, médico/a instrutor/a e advogado/a (se presente) devem constar no documento, juntamente com o local e a data de redação das DAV em sua versão final. A partir disso, as distinções dos termos aqui mencionados são:

**FIGURA 6** - Diferenças entre DAV, PAC, TV e MD

	PLANO AVANÇADO DE CUIDADOS (PAC)	DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)	
		TESTAMENTO VITAL (VT)	MANDATO DURADOURO (MD)
<b>REGISTRO ESCRITO</b>	NÃO É NECESSÁRIO	É NECESSÁRIO	É NECESSÁRIO
<b>CONTEÚDO</b>	VALORES, OBJETIVOS E PREFERÊNCIAS DA PESSOA A RESPEITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE QUE VENHA A RECEBER EM SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA	VALORES, OBJETIVOS E PREFERÊNCIAS DA PESSOA A RESPEITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE QUE VENHA A RECEBER EM SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA	DESIGNIÇÃO, PELO/A PACIENTE, DE PESSOA DE CONFIANÇA QUE RESPONDA PELAS DECISÕES REFERENTES AOS SEUS CUIDADOS DE SAÚDE NO CASO DE INCAPACIDADE FUTURA
<b>AUTORIA DA PRÓPRIA PESSOA</b>	SIM (PREFERENCIALMENTE)	SIM (NECESSARIAMENTE)	SIM (NECESSARIAMENTE)
<b>AUTORIA DE FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS</b>	SIM, NO CASO DE INCAPACIDADE DA PESSOA OU POR SEU DESEJO EXPRESSO, E NA AUSÊNCIA DE DAV	NÃO	NÃO
<b>ALTERAÇÃO OU REVOGAÇÃO</b>	POSSÍVEL, TANTO PELA PESSOA QUANTO POR TERCEIROS (NO CASO DE INCAPACIDADE DO/A PACIENTE)	POSSÍVEL (POR ESCRITO OU ORALMENTE), MAS SOMENTE PELA PESSOA	POSSÍVEL (POR ESCRITO OU ORALMENTE), MAS SOMENTE PELA PESSOA

**Fonte:** Produção autoral baseada em Coradazzi; Santana e Caponero (2019).

Com base nisso, é recomendável que o registro de decisões seja acessível a toda equipe de saúde e sempre mencionadas nas reuniões multiprofissionais — caso o/a paciente esteja internado/a —, e que sejam inseridas no prontuário, para que os/as profissionais consigam acessá-las e utilizá-las quando pertinente às suas atribuições.

Em 2018, o Senado Federal estabeleceu sobre o Projeto de Lei n.º 7, a alteração da Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal, que confere

a omissão de tratamento ou procedimento de saúde como crime. A proposta discutida foi de que essa omissão não seja considerada crime se o/a paciente recusar explicitamente o tratamento para prolongar sua vida. A proposta também sugeriu que, caso o/a paciente não estivesse em condições de expressar sua vontade, essa recusa poderia ser feita por seu/sua representante legal. Sob essa nova interpretação, médicos/as ou outros/as profissionais de saúde não seriam punidos/as criminalmente por respeitar a vontade do/a paciente ou de seu/sua representante legal, desde que essa vontade fosse expressa de forma consciente e antecipada.

A proposta foi encerrada e arquivada, mas trouxe reflexões pertinentes sobre a eutanásia, ortotanásia e distanásia. Os/As defensores/as do Decreto-Lei alegaram que a lei corresponderia com o princípio da autonomia da vontade do/a paciente e que poderia garantir a ortotanásia — isto significa garantir a morte natural e a não adoção de medidas prolongadoras da vida que acarretam sofrimento adicional. A defesa do projeto também alegava que tal medida evitaria a distanásia, ou seja, impediria práticas que pudessem prolongar o sofrimento e o percurso natural da morte.

No entanto, é importante refletir os possíveis entraves que um projeto como este poderá acarretar, pois, apesar de não se enquadrar como eutanásia — medida que interrompe a vida através da aplicação intravenosa de uma dose letal —, recusar o tratamento não garante, necessariamente, a ortotanásia. O projeto oportuniza que o/a paciente possa abandonar o tratamento em qualquer momento, mesmo que este tratamento viabilize a minimização da dor e do sofrimento. Posto isso, é significativo compreender que os cuidados paliativos não se definem como uma interrupção de quaisquer tratamentos, mas como uma abordagem que estabelece a suspensão de práticas invasivas e que possam maximizar a dor.

Na necessidade de sedação paliativa — estratégia terapêutica utilizada quando há elevados sintomas causadores de sofrimento —, é preciso que o/a paciente, caso esteja em condições clínicas e psicológicas, consinta tal procedimento e que esteja esclarecido/a sobre as condições gerais e causas dos sintomas em questão. A comunicação efetiva entre paciente, familiares e profissionais é indispensável na probabilidade de sedação, sendo indicado que haja uma reunião multiprofissional antecipada. De acordo com Pessini e Bertachini

(2014), especialistas em bioética e humanização dos cuidados paliativos no contexto da saúde brasileira e afora, caso seja possível a realização da reunião, é indicado a presença do/a assistente social, psicólogo/a e capelão, e que estejam cientes e instruídos/as para acolher, acompanhar e orientar pacientes e familiares durante o processo de sedação.

Em ocasião que o/a paciente esteja sem condições de tomar decisões, é preciso que as DAV sejam respeitadas e seguidas, e em caso de ausência do documento, é preciso que os familiares ou representante legal consentam a sedação paliativa. Em caso emergencial e de ausência de familiares e/ou representantes legais, os profissionais deverão optar pela melhor prática clínica que possa aliviar o sofrimento (Pessini e Bertachini, 2014).

O Plano Avançado de Cuidados (PAC) e as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), portanto, não possuem momento ideal para serem definidos, desde que o/a paciente esteja lúcido para tomar tais decisões. É preciso que a equipe multidisciplinar esteja em contato rotineiramente com os/as envolvidos/as, uma vez que são questões que podem ser definidas e modificadas durante todo o processo da doença. Coradazzi; Santana e Caponero (2019), recomendam que o PAC seja revisado a cada mudança clínica significativa, possibilitando que sejam definidas e respeitadas as decisões mais adequadas ao/à paciente. Os autores mencionados trazem ainda que a definição do PAC, mesmo sem a elaboração das DAV, pode beneficiar os/as usuários/as e os familiares, porque:

Aumenta significativamente as chances de que os desejos da pessoa sejam respeitados, reduz os índices de hospitalização no final da vida, restringe a adoção de tratamentos invasivos/intensivos desproporcionais às condições de saúde do indivíduo e reduz os níveis de estresse, ansiedade e depressão em seus familiares e/ou cuidadores (Coradazzi; Santana e Caponero, 2019, p. 185).

Posto isso, é fundamental que a equipe intervenha caso haja a tentativa dos familiares se envolverem nas decisões do/a paciente com o objetivo de protegê-lo/a das informações que podem lhe causar dor e sofrimento. Porque, ainda que seja motivada de sentimentos legítimos, somente o/a paciente poderá decidir sobre suas vontades, tendo em vista que excluir o/a paciente do processo decisório poderá resultar em angústias, tristezas e sensação de incapacidade.

Nos cuidados paliativos, há também o procedimento de extubação paliativa, que se refere à retirada da ventilação mecânica, indicado quando houver falha no

desmame do suporte ventilatório ou quando se torna uma medida fútil e causadora de sofrimento. O processo de extubação está inserido no conceito de ortotanásia, mencionado anteriormente, uma vez que a equipe buscará suspender medidas que possam causar dores intoleráveis ao/a paciente. Coradazzi; Santana e Caponero (2019), indicam a necessidade do preparo pré-extubação, que deve incluir uma reunião multiprofissional inicial, definindo as condições após a extubação e descartando procedimentos terapêuticos adicionais e inúteis.

A revisão do diagnóstico e das intervenções por parte da equipe multiprofissional é utilizada para auxiliar na reunião com os familiares, tendo em vista que a extubação paliativa não necessariamente indica que o/a paciente vá a óbito logo em seguida. Sob a perspectiva dos autores Coradazzi; Santana e Caponero (2019), na prática dos cuidados paliativos nos serviços de saúde do SUS, é indicado, caso seja possível, considerando a realidade e necessidades do/a paciente, a realização da reunião com familiares na presença de assistentes sociais, capelães, enfermeiros/as, médicos/as, psicólogos/as e de todas as pessoas mais próximas do/a paciente, que caso esteja consciente, a reunião deverá ser feita no leito. Os familiares deverão expor as vontades, crenças e valores do/a paciente expressas nas DAV, além de terem o direito de tirar suas dúvidas quanto ao procedimento e ao pós.

Após o período de extubação, é necessário que haja monitoramento dos sintomas e transferência de local, se o /a paciente estiver estável após 48h, facilitando a permanência e aproximação dos familiares nas enfermarias. O apoio à família deverá incluir suporte psicológico, social e espiritual, continuamente, bem como deverá ser facilitado o contato com a equipe após o óbito para possíveis encaminhamentos e orientações. O suporte, especialmente emocional, também deverá ser conduzido para a equipe envolvida, uma vez que o processo de extubação paliativa também poderá impactar, consideravelmente, os/as profissionais que estiveram envolvidos/as nos cuidados daquele/a paciente (Pessini e Bertachini, 2014).

À vista disso, os cuidados paliativos não se esgotam no momento do óbito, por isso os/as profissionais da equipe multiprofissional devem estar preparados/as para atuar nos cuidados também após o falecimento. Logo, é pertinente considerar medidas práticas, como verificar a necessidade de encaminhamento para o Serviço

de Verificação de Óbito (SVO) e respeitar as crenças religiosas da família para preparar adequadamente o corpo. O preenchimento rápido do atestado de óbito agiliza os procedimentos burocráticos, que, caso o/a paciente tenha optado pela cremação, é obrigatório que o atestado inclua duas assinaturas médicas.

Coradazzi, Santana e Caponero (2019), também mencionam que é importante abordar a família sobre a possibilidade de doação de órgãos, se aplicável, e orientá-la sobre os serviços funerários disponíveis. O encaminhamento do corpo para a instituição designada deve ser feito de forma respeitosa, preferencialmente na própria cama do/a paciente, evitando o uso de macas frias.

Após o falecimento, é fundamental honrar as tradições religiosas para garantir respeito à pessoa e conforto à família enlutada. Diversas religiões possuem práticas específicas para o cuidado do corpo no pós-óbito. Cada tradição tem seus rituais e cuidados particulares; conhecê-los e respeitá-los é essencial para oferecer o direito à morte com dignidade.

### **3. SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

O presente capítulo abordará a interface entre o Serviço Social e os cuidados paliativos. Inicialmente, será discutida a inserção do Serviço Social na Saúde até a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), contexto que marca o surgimento dos cuidados paliativos no Brasil e o reconhecimento dos/das assistentes sociais como profissionais de saúde. A primeira subseção versa sobre o Serviço Social na saúde e a/o assistente social como integrante da equipe de cuidados paliativos com base nas Portarias e Resoluções instituídas no SUS. Na segunda subseção, serão apresentadas produções da área de Serviço Social sobre cuidados paliativos: o primeiro eixo consistirá em um levantamento bibliográfico de produções teóricas brasileiras que debatem a assistência em cuidados paliativos, bem como produções do Serviço Social brasileiro, dos últimos 12 anos, que abordam cuidados paliativos e a categoria profissional. O segundo eixo resulta do levantamento nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS), realizados em 2016, 2019 e 2022 respectivamente, mapeando trabalhos que discutem a atuação do Serviço Social no campo dos cuidados paliativos.

### 3.1 SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E NOS CUIDADOS PALIATIVOS

*“O lugar do Serviço Social na área da Saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas, complementares, de práticas interdisciplinares.”*

**Maria Lúcia Martinelli**

No Brasil, a partir da década de 1940, como assinala Correia (2005), profissionais de Serviço Social passaram a exercer sua prática profissional na área da saúde, especialmente na atenção hospitalar. Em dados quantitativos, 23% das/os assistentes sociais formadas/os pela Escola de Serviço Social de São Paulo atuavam no então denominado Serviço Social Médico, sendo já consideradas como profissionais indispensáveis (Martinelli, 2001).

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) delineou o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”, favorecendo a ampliação do espaço de atuação de assistentes sociais, sobretudo na promoção de ações educativas sobre hábitos de higiene e saúde da população (Bravo e Matos, 2004). Posteriormente, essa definição foi problematizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que incorporou a necessidade de condições dignas de vida — como alimentação, habitação, educação, renda, entre outros direitos —, além do acesso a serviços essenciais para a garantia de saúde.

Da mesma forma, o cenário de intervenção sistemática do Estado burguês sobre a questão social, por meio da oferta de serviços sociais, contribuiu para o incremento do mercado de trabalho das/os assistentes sociais, que passaram a atuar não somente na saúde, mas em outros campos de ação governamental e no campo empresarial.

A compreensão da questão social, fundada no antagonismo entre capital e trabalho, a qual manifesta-se no cotidiano da vida social, torna-se objeto de trabalho de assistentes sociais. Para Iamamoto (2010, p. 156), a questão social é definida como

o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche. As configurações assumidas pela questão social integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões

subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história. Ela expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais.

Iamamoto (1982) destaca que a inserção do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho sempre esteve inerente ao desenvolvimento do capitalismo industrial e à urbanização. A partir do domínio do capital industrial e financeiro, com a organização e luta da classe trabalhadora, foram engendradas formas de atendimento institucional às suas reivindicações, com a presença de assistentes sociais nesses espaços. O antagonismo entre as classes sociais característico da sociedade do capital, manifesta-se no cotidiano profissional, sendo requisitado a mediar a relação entre capital e trabalho, tarefa insólita e insolucionável. O Serviço Social, brasileiro em seus primórdios, recebeu influência norte-americana, com suas bases tecnicista, funcionalista e positivista. Será apenas com o processo de renovação e com o Movimento de Reconceitualização – que a profissão vivenciará profundas mudanças.

No campo da saúde, Bravo (1996) menciona que na década de 1970 houve um debate crítico no Serviço Social à guisa de superação da abordagem profissional conservadora vigente. As práticas de assistentes sociais se condensavam, especialmente, na assistência médica vinculada à previdência social, com uma ênfase maior em intervenções curativas, e na recuperação dos/as pacientes, o que possibilitou crescente burocratização das atividades profissionais e intervenções psicologizantes, que implicaram uma tendência a interpretar a questão social e suas múltiplas expressões sob uma ótica individualizada.

A década de 1970, apesar do contexto ditatorial brasileiro, germinou o Movimento da Reforma Sanitária e a formulação de propostas para fortalecimento da saúde pública em oposição ao modelo vigente. Foi na década de 1980 que esse movimento se desenvolveu de forma ainda mais significativa, especialmente na área da saúde e repercutiu no Serviço Social. Nesse período, houve uma ampliação dos debates teóricos e a incorporação de temáticas relacionadas ao Estado e às políticas sociais, todas fundamentadas no materialismo histórico-dialético (Bravo e Matos, 2004). Na esteira desta conjuntura de crise do Estado brasileiro e forte incidência dos movimentos sociais, incluindo o Movimento de Reforma Sanitária, o

Serviço Social passava por um processo interno de revisão teórico-metodológica e ético-política e crítica ao modelo conservador ora adotado. Dá-se intensa disputa sobre a nova direção a ser adotada pela profissão. Segundo Bravo e Matos (2004, p. 34):

O processo de renovação de Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos 80. Estes são fundamentais para o entendimento da profissão hoje.

As produções teóricas, sinalizam que a atuação do Serviço Social na área da saúde durante os anos 1980, apesar dos limites postos pela conjuntura política, passou por mudança significativa, visto o delineamento da perspectiva crítica no âmbito da profissão.

O reconhecimento da/o assistente social como profissional de saúde foi expresso anos depois, na Resolução Nº 218/1997 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) e na Resolução CFESS Nº 383/1999, de 29 de março de 1999. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde, igualmente reconheceu a importância da assistência interdisciplinar na saúde e a imprescindibilidade de ações realizadas por diferentes profissionais de nível superior, corroborando com a perspectiva de assistência integral e equânime assegurada no SUS. A Resolução Nº 383/1999 do CFESS, ressalta que a categoria deverá atuar com suas atribuições e competências nas múltiplas expressões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive na política de saúde. A Resolução reconhece que é atribuição do Serviço Social na saúde “a intervenção aos fenômenos socio-culturais e econômicos que influenciam nos níveis de promoção, proteção, e/ou recuperação da saúde” (CFESS, 1999, p. 1). Além disso, afirma que:

Para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais (CFESS, 1999, p. 1-2).

No que se refere à atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos, pode-se destacar que se inicia no Brasil desde que o direito ao tratamento paliativo passou a ser ofertado nos serviços do SUS. Importante marco regulamentar dos cuidados paliativos no SUS, a Portaria Nº 3.535, do Ministério da Saúde, de 2 de setembro de 1998, estabeleceu critérios para cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia e foi pioneira ao definir a responsabilização dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na disponibilização de serviços de cuidados paliativos no Sistema, bem como em estabelecer a exigência de equipe multidisciplinar com a presença da/do assistente social<sup>1</sup>, conforme segue:

3.5 - Serviço de Suporte, que deve possuir os serviços e profissionais especialistas nas seguintes áreas:

- a) Psicologia Clínica;
- b) Hemoterapia (processamento e unidade transfusional);
- c) Pronto atendimento para as emergências oncológicas;
- d) Nutrição;
- e) Assistência Social
- f) Terapia Ocupacional;
- g) Farmácia.

3.5.1 - Os procedimentos previstos nas alíneas "a" e "f" podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatório-hospitalar do centro.

3.7 - Serviço de Cuidados Paliativos, que deve oferecer:

- a) assistência ambulatorial multiprofissional;
- b) garantia das internações por intercorrências;
- c) garantia das internações de longa permanência;
- d) fornecimento de medicação ou procedimentos de controle da dor.

Do ponto de vista factual, quase sempre o Serviço Social integra equipes multiprofissionais de atenção à saúde, no entanto a Portaria Nº 3.535/1998 não evidencia, devidamente, o Serviço Social ou a/o assistente social, citando somente “assistência social”. É importante refletir que a “assistência social”<sup>2</sup> diz respeito à Política no âmbito da seguridade social prevista na Constituição Federal de 1988 e é

---

<sup>1</sup> Consta como ‘Assistência Social’, equívoco ainda comum ao se fazer referência ao Serviço Social.

<sup>2</sup> O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) destacou as perguntas mais frequentes relacionadas ao Serviço Social e ao trabalho das/os assistentes sociais, destacando, entre elas, a distinção entre serviço social, assistente social, assistência social e assistencialismo. O serviço social é uma profissão de nível superior regulamentada pela Lei 8.662/1993. O assistente social é a/o profissional com graduação em Serviço Social reconhecida pelo MEC e registrado no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do estado onde atua. A assistência social é uma política pública garantida pela Constituição Federal, semelhante à saúde e educação, regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), sendo uma das áreas de atuação das/os assistentes sociais. Diferentemente, o assistencialismo é a oferta de serviços como doação ou favor, e não como um direito.

**Fonte:** [https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes#diferenca\\_entre\\_3](https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes#diferenca_entre_3). Acesso em: 25 mai. 2024.

um dos campos de atuação profissional da/o assistente social, mas não denomina a/o profissional de Serviço Social ou de outras categorias.

Em 2002, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos instituído no âmbito do SUS, em sua epígrafe, considerou a necessidade de “uma abordagem multidisciplinar destes pacientes abordando os diversos aspectos envolvidos como os físicos, psicológicos, familiares, sociais, religiosos, éticos, filosóficos do paciente, seus familiares, cuidadores e equipe de saúde” (Brasil, 2002). Da mesma forma, a Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.439, de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – revogada pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 874/GM/MS, de 2013 –, elucida que os serviços de saúde no SUS devem dispor de “atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença”, bem como incentiva a seleção, contratação e remuneração de profissionais de saúde que “compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer”.

A Resolução Nº 41 do Ministério da Saúde, de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, no âmbito do SUS e incentiva o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, como já citado anteriormente; no entanto, somente em 2023, com a Resolução Nº 729 do Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Cuidados Paliativos é apontada explicitamente e inclui a exigência de assistentes sociais nos cuidados paliativos, sobretudo atuando sobre demandas de usuários/as em vulnerabilidade social<sup>3</sup>:

155 - Identificar territórios com prevalência de pessoas usuárias vulnerabilizadas elegíveis aos Cuidados Paliativos (CP) e impulsionar a criação de Comunidades Compassivas (modelo de atenção complementar baseado nas boas práticas dos CP gerido pela Atenção Básica (AB)), financiadas pelo SUS, com objetivo de promover educação em CP à

---

<sup>3</sup> O conceito de "vulnerabilidade social" deve ser analisado de maneira crítica no contexto das reformas neoliberais ocorridas no Brasil a partir da década de 1990, as quais impactaram significativamente as políticas públicas de seguridade social. Embora o sistema de proteção social brasileiro tenha apresentado avanços em sua estrutura, estes coexistem com iniciativas que retraem benefícios e ameaçam os direitos conquistados. A regulamentação da política pública de assistência social emergiu em um cenário marcado por conflitos e contradições, em continuidade à normatização da política de saúde. Instituída em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) define a vulnerabilidade social, manifestada por diversas situações que afetam os indivíduos em seus contextos de vida, como o foco de suas ações. Este conceito, próximo à noção de risco, reflete uma tendência neoliberal que focaliza as intervenções na parcela mais empobrecida da população, promovendo um enfoque individualizante (Netto, 1992).

comunidade, realçando como protagonista do cuidado à pessoa usuária e seus cuidadores, no processo de adoecimento, morrer, morte e no luto dos envolvidos; visitas de monitoramento e cuidados básicos semanalmente por cuidadores capacitados, moradores do próprio território, respeitando o plano de cuidado desenvolvido junto à AB, ordenadora e coordenadora do cuidado; a equipe profissional a compor a Comunidade Compassiva deverá contar com, no mínimo: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e **assistente social**, com apoio do eMulti, e poderá atender mais de um território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, a depender do número de pessoas usuárias assistidas, no mínimo uma vez por mês.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) foi recentemente instituída pela Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, apresentando que os cuidados paliativos no SUS serão mediados por duas equipes:

I – Equipe Matricial de Cuidados Paliativos – EMCP; e  
II – Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos – EACP.

Art. 11. A EMCP se constituirá como uma equipe interdisciplinar com território de atuação definido por população de uma macrorregião de saúde, de gestão estadual, responsável por realizar apoio aos pontos de atenção da RAS na atuação em cuidados paliativos, por meio de ações matriciais de sensibilização, capacitação e corresponsabilização.

Art. 14. A EACP se constituirá como uma equipe interdisciplinar, de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento a que estiver vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência, para adultos e/ou crianças, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito.

Tal Política posiciona a/o assistente social em ambas as equipes, além de dispor da carga horária semanal (CHS) mínima de todos/as os/as profissionais que compõem as equipes:

Art. 13. A EMCP terá a seguinte composição com carga horária semanal – CHS mínima, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO:

I – 40 (quarenta) horas para profissionais médicos;  
II – 30 (trinta) horas para profissionais enfermeiros;  
III – 30 (trinta) horas para profissionais **assistentes sociais**; e  
IV – 30 (trinta) horas para profissionais psicólogos.

Art. 16. A EACP terá a seguinte composição com CHS mínima, conforme a CBO:

I – 20 (vinte) horas para profissionais médicos;  
II – 30 (trinta) horas para profissionais enfermeiros;  
III – 30 (trinta) horas para profissionais **assistentes sociais**;  
IV – 30 (trinta) horas para profissionais psicólogos; e  
V – 90 (noventa) horas para profissionais técnicos de enfermagem

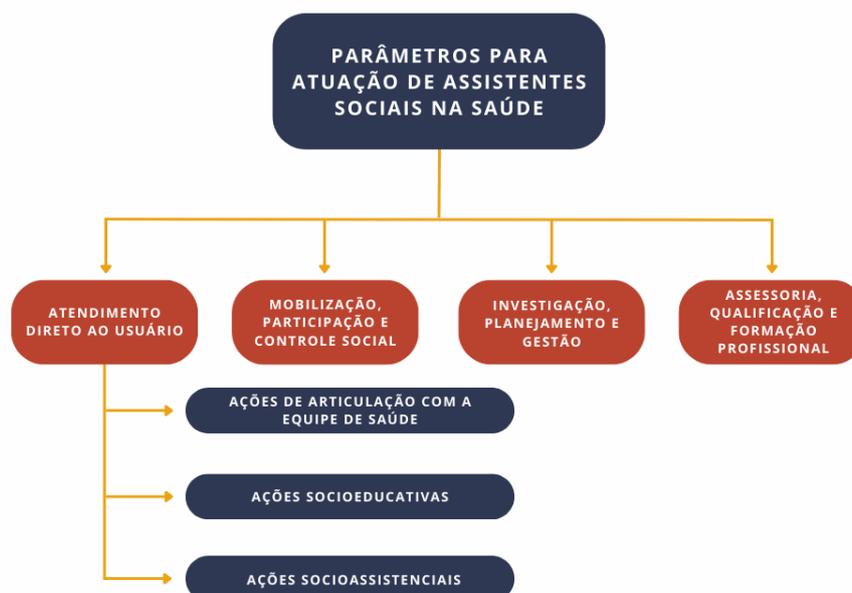
A PNCP destaca a dimensão social dos cuidados paliativos e a necessidade de viabilizar ações destinadas à inserção e o convívio social dos/as usuários/as,

assim como o acesso a todos os recursos necessários para que estes/as possam manter o tratamento paliativo.

A partir desta breve contextualização histórica, compreende-se que a inserção do Serviço Social nos cuidados paliativos no Brasil é marcada por um reconhecimento gradual. Tal trajetória – mediante as Portarias e Resoluções aqui apresentadas – reconhece que é atribuição do/da assistente social atuar frente às manifestações da questão social inerentes ao processo saúde-doença (CFESS, 2010), intencionando viabilizar o acesso de usuários/as, familiares e cuidadores/as a direitos sociais e previdenciários, o que inclui os cuidados paliativos como componente da integralidade na assistência à saúde.

Documento balizador da prática profissional na Saúde, o documento publicado pelo CFESS em 2010, “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, não especifica a atuação da categoria nos cuidados paliativos. Sabe-se que a formação acadêmica da/do assistente social é generalista e as atribuições no atendimento a usuários/as nos serviços de saúde podem efetivamente ser aplicadas no campo dos cuidados paliativos, conforme evidenciado a seguir.

**Figura 7 - Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**



**Fonte:** Produção autoral baseada no CFESS (2010).

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, no que corresponde ao *atendimento direto a usuários/as*, indicam procedimentos subsidiários à intervenção profissional como o estudo socioeconômico, para identificação das condições determinantes e condicionantes de saúde, buscando garantir a participação dos/as usuários/as no tratamento e fornecendo informações sobre sua condição de saúde.

Além disso, a/o assistente social atua em conjunto com os/as médicos/as e psicólogos/as no atendimento a famílias em caso de óbito, esclarecendo sobre benefícios e direitos, e realizando encaminhamentos, caso necessário. E, não menos importante, a/o assistente social também participa de ações socioeducativas, planeja e avalia ações que assegurem a saúde como direito, assim como avalia questões sociofamiliares para promover a participação dos/as usuários/as e suas famílias no tratamento proposto (CFESS, 2010). Destaque importante da produção do CFESS, é a atuação crítica do Serviço Social na área da saúde e a importância da articulação com movimentos de trabalhadores/as e usuários/as que lutam pela efetivação plena do SUS. Esta abordagem crítica deve subsidiar não apenas a atuação de assistentes sociais nos cuidados paliativos, mas em todas as áreas da saúde em que estes/as profissionais estiverem inseridos.

Como discutido até o momento, as produções que especificam a atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos ainda são recentes e delimitadas. Na próxima subseção, serão apresentados os achados das pesquisas bibliográfica e documental referentes ao Serviço Social nos cuidados paliativos. Pretende-se situar o debate, a partir da produção teórica e da publicação de trabalhos nos Anais de quatro edições do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

## 3.2 ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

### 3.2.1 Nas produções teóricas brasileiras

*"Nós, Assistentes Sociais cuja prática se objetiva no dia a dia, cuja ação cotidiana molda nossos instrumentais, cujos problemas que emergem diariamente, em algumas situações, ainda não contam com respostas teóricas, sabemos que fundamentalmente nossa práxis se concretiza a cada atendimento, a cada discussão interdisciplinar, a cada*

*encaminhamento, a cada escuta. O cuidado do outro é o que nos move."*

**Letícia Andrade**

Para a construção desta subseção, foram consultadas obras que se referem à atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos. Entre as bibliografias, destacam-se Manuais de Cuidados Paliativos vinculados ao Ministério da Saúde e à Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os quais incluem capítulos dedicados à atuação de assistentes sociais nos cuidados paliativos. Esses capítulos foram elaborados por profissionais do Serviço Social, proporcionando o conhecimento da categoria a respeito da atuação neste cuidado.

Não houve identificação de obras variadas do Serviço Social brasileiro que tratam da atuação nos cuidados paliativos. Uma exceção significativa foi o livro "Serviço Social na Área da Saúde: construindo registros e visibilidades", da assistente social Letícia Andrade, que colabora no conhecimento a respeito da prática de assistentes sociais nos cuidados paliativos. Além disso, foram selecionados trabalhos produzidos por profissionais vinculados/as ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a programas de pós-graduação *stricto sensu*.

Em 2012, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) publicou o Manual de Cuidados Paliativos<sup>4</sup>, que reuniu os principais temas sobre conhecimentos práticos de profissionais de saúde vinculados/as à equipe deste campo. A prática do Serviço Social nestes cuidados foi mencionada em quatro capítulos do manual: no "Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano", "O papel do assistente social na equipe", "Providências práticas para toda a família" e no "Suporte ao paciente e à família na fase final da doença", respectivamente. Os três primeiros capítulos foram escritos por Letícia Andrade e, o último, por Ivone Bianchini de Oliveira, ambas assistentes sociais.

A prática de assistentes sociais é destacada desde o momento do diagnóstico, conforme descrito por Saporetti, Andrade, *et al.* (2012), que mencionam

---

<sup>4</sup> Organizado por Ricardo Tavares de Carvalho e Henrique Afonseca Parsons, o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) é uma obra abrangente composta por 56 capítulos que sintetiza os principais temas da área de cuidados paliativos. Este manual é destinado aos/as profissionais de saúde que necessitam de conhecimentos práticos sobre os cuidados paliativos para o seu cotidiano. As assistentes sociais Letícia Andrade e Ivone Bianchini de Oliveira contribuem para capítulos específicos do manual, incluindo o capítulo 5, que aborda a importância da equipe multiprofissional em cuidados paliativos; o capítulo 6, que discute o cuidado ao paciente e à família; e o capítulo 8, que trata da assistência ao fim da vida.

a importância de intervir frente às demandas sociais a partir do descobrimento da doença<sup>5</sup>. Os autores/as apontam que a/o assistente social intervém na dimensão social e familiar, identificando o/a paciente e sua família e utilizando da avaliação social para compreender aspectos socioeconômicos, previdenciários, o modelo familiar do/a paciente, a presença de uma rede de suporte social e o acesso aos serviços de atenção domiciliar.

Andrade (2012a) enfatiza que é preciso “conhecer e compreender a família em seus limites e possibilidades” (2012a, p. 342), reconhecendo que os vínculos sociais e familiares do/a usuário/a podem não estar fortalecidos, seja devido a questões financeiras, emocionais ou organizacionais. A partir da escuta e do acolhimento é possibilitada a avaliação social e econômica neste primeiro encontro entre o/a usuário e a/o profissional – destacando que a escuta não se limita ao primeiro encontro – uma vez que identificar a renda, situação empregatícia, composição familiar, local de moradia e religião do/a paciente podem auxiliar no planejamento de ações que competem ao Serviço Social (Andrade, 2012a).

**Figura 8** - Avaliação socioeconômica indicada no atendimento aos/às usuários/as em cuidados paliativos

---

<sup>5</sup> Em resposta à complexidade do processo saúde-doença, foi concebida uma estratégia denominada Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM) para auxiliar na organização dos objetivos da equipe nos cuidados prestados aos/às pacientes elegíveis aos cuidados paliativos. Este instrumento é preenchido pelos/as profissionais de saúde durante discussões em equipe, delineando as necessidades dos/as usuários/as (Saporetti, Andrade, *et al.*, 2012).

## AValiação Socioeconômica Nos Cuidados Paliativos



**Fonte:** Produção autoral baseada em Andrade (2012a).

O conhecimento aprofundado da instituição, das redes intra e extrainstitucionais de saúde, da rede socioassistencial, das políticas intersetoriais disponíveis pela/pelo assistente é indispensável para intervenções pertinentes junto à população usuária. De acordo com Andrade (2012a), tal aporte favorece a identificação de serviços e instituições de possível articulação. Portanto, conhecer a rede intrainstitucional possibilita a viabilização do acesso do/a paciente a serviços de proteção social, assim como é necessário trabalhar junto à equipe de saúde, decodificando a realidade dos/as usuários/as. Tem-se nas produções uma perspectiva de abordagem ampliada, atentando para a importância do acolhimento ao/à usuário/a em cuidados paliativos e à sua rede de apoio nos cuidados que se fazem tão necessários nessa etapa de assistência à saúde.

No Manual de Cuidados Paliativos (2012), Letícia Andrade, assistente social, discorre sobre as principais atribuições da categoria profissional nessa área de atuação. Tais atribuições também são citadas em seu livro "Serviço Social na Área da Saúde: Construindo Registros e Visibilidades," lançado posteriormente, em 2019. Nessa produção, acrescenta um relato de experiência sobre assistência domiciliar em cuidados paliativos, destacando desafios enfrentados por quem assume a tarefa de cuidado, conforme segue:

As atividades que antes faziam parte da rotina dos cuidadores são deixadas de lado em prol do cuidado e atenção exigidos, o novo cotidiano estrutura-se no reconhecimento e no elenco das novas prioridades: o cuidado passa a ser central (Andrade, 2019b, p. 162).

O sofrimento vivenciado pelo paciente estende-se ao cuidador e passa a fazer parte do cotidiano sem que para isso haja também preparo prévio. O sofrimento instala-se sem que às vezes haja resposta adequada para seu enfrentamento (Andrade, 2019b, p. 162).

Para Oliveira (2023), é importante que a/o assistente social conheça a rede de apoio do/da usuário/a de modo a acolher suas necessidades, sobretudo do/da “cuidador principal do usuário; quer dizer, do indivíduo, familiar ou não, que concentra em suas mãos boa parte dos cuidados dedicados ao usuário” (Oliveira, 2023, p. 16), pois pode identificar a necessidade de sua intervenção profissional. O autor adiciona que a/o profissional deve considerar que a rede de cuidados não se limita ao núcleo familiar, e pode incluir indivíduos sem parentesco com o/a usuário/a, profissionais contratados e outros.

Andrade (2012b) também discorre sobre a importância do vínculo criado entre a/o assistente social e este/a cuidador/a no processo de fim da vida do/a paciente. No Manual, a autora trabalha sobre tal questão no capítulo “providências práticas para toda a família”. Nesse sentido, aponta que o vínculo facilita a tomada de providências institucionais e legais, levando em conta a expressão da vontade do/da usuário/a. Tais providências devem ser tomadas junto ao/à paciente e familiares mais próximos/as – legalmente autorizados/as –, prevenindo preocupações futuras dos/as envolvidos/as.

Portanto, cabe à/o assistente social realizar orientações e encaminhamentos que possam resolver questões de “testamentos, registros de filhos, regularização de uniões, obtenção de tutelas e curatelas” (Andrade, 2012b, p. 402). Assim como cabe à/o assistente social identificar a sobrecarga do/a cuidador/a principal, que geralmente está mais envolvido/a no cuidado, orientando, sempre que possível, a partilha do acompanhamento entre os familiares mais próximos (Andrade, 2012b).

Para Oliveira (2012), também constitui como prática da/o assistente social nos cuidados paliativos dar suporte ao/à paciente e à família na fase final da doença, assim como identificar o momento apropriado para abordar certas providências. A preocupação com a provisão de recursos financeiros para o/a paciente em cada fase da doença e para seus familiares é fundamental. A autora

aponta também que essas ações dependem de medidas que possuem implicações legais, portanto, é essencial que a/o assistente social realize orientações no tocante a essas providências, especialmente no âmbito das legislações previdenciárias.

No Manual de Cuidados Paliativos, Oliveira (2012) prevê as ações profissionais na fase final da doença em dois momentos: o primeiro momento pode ocorrer quando há evolução do estágio da doença, em que a intervenção da/o assistente social se direciona a viabilizar o acesso a direitos, recursos e suportes adequados. O segundo momento pode acontecer após o falecimento do/a paciente, quando a família precisa se reorganizar frente à nova realidade, que envolve uma reavaliação abrangente de todos os aspectos da vida familiar, incluindo a questão financeira e orientações e encaminhamentos específicos.

**Figura 9** - Organização das ações e intervenções na fase final da doença

## SUPORTE AO/À PACIENTE E À FAMÍLIA NA FASE FINAL DA DOENÇA



\*AUXÍLIO-DOENÇA: ATUAL BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.

**Fonte:** Produção autoral baseada em Oliveira (2012).

Posteriormente, as disposições do Manual de Cuidados Paliativos colocadas por Oliveira (2012) foram atualizadas por Oliveira; Sales; Spedanieri (2019), considerando que as leis estão em constantes alterações, como a Lei 13.135, de 17 de junho de 2015, que altera as providências do benefício da pensão por morte:

A pensão por morte tem duração variável, conforme o tempo de contribuição, a idade do beneficiário e o tempo de casamento ou união estável. São mudanças previstas na Lei 13.135, de 17 de junho de 2015. Se o óbito ocorrer depois de vertidas 18 contribuições mensais pelo segurado e pelo menos 2 anos após o início do casamento ou da união estável, adota-se o seguinte critério:

- 1) o benefício será pago por 3 anos às esposas/companheiras com menos de 21 anos de idade;
- 2) o benefício será pago por 6 anos às esposas/companheiras entre 21 e 26 anos de idade;
- 3) o benefício será pago por 10 anos às esposas/companheiras entre 27 e 29 anos de idade;
- 4) o benefício será pago por 15 anos às esposas/companheiras entre 30 e 40 anos de idade;
- 5) o benefício será pago por 20 anos às esposas/companheiras entre 41 e 43 anos de idade;
- 6) o benefício será pago de forma vitalícia às esposas/companheiras a partir de 44 anos de idade (Oliveira; Sales; Spedanieri, 2019, p. 65-66).

A pensão por morte de companheiro ou cônjuge poderá ser acumulada com a pensão por morte de filho. O dependente condenado pela prática de crime doloso que tenha resultado na morte do segurado (com o devido trânsito em julgado) não terá direito à pensão por morte, de acordo com a Lei 13.135, de 17 de junho de 2015 (Oliveira; Sales; Spedanieri, 2019, p. 66).

Oliveira; Sales; Spedanieri (2019) indicam que o Serviço Social faça orientação prévia aos/às pacientes e aos familiares, considerando que há informações que dependem do/a próprio/a paciente e da verificação de documentos comprobatórios. Considera-se a urgência dessas orientações pela proximidade do processo ativo de morte e pela necessidade de medidas rápidas para a proteção da família, especialmente de crianças e adolescentes que estejam envolvidos/as, evitando atrasos judiciais que podem dificultar o acesso a benefícios previdenciários e outros.

Oliveira (2023) acrescenta que, para orientar o/a usuário/a e familiares no fim da vida, é importante que a/o assistente social tenha conhecimento do prognóstico, daí a importância da efetiva comunicação e atuação multidisciplinar da equipe, a fim de garantir que as orientações sejam adequadas à realidade do/a paciente. Assim, é indicado que a/o profissional evite recomendações que, devido ao limitado tempo de vida, o/a paciente não poderá usufruir, pois “as orientações desavisadas, ainda que bem intencionadas, podem levar os familiares e os usuários a momentos de angústia e profunda frustração” (Oliveira, 2023, p. 16).

Nesse contexto, é adequado que ao abordar temas específicos, como o reconhecimento de filhos/as fora do casamento, o/a paciente esteja em um ambiente propício para que possa expressar suas vontades<sup>6</sup>, assim como pode vir a

ser orientado à oficialização da união conjugal por meio do casamento ou registro da Declaração de União Estável em cartório, inclusive no caso de uniões homoafetivas. Ações como estas são importantes para evitar questões posteriores que maleficiem o amparo de filhos/as e outros dependentes. (Oliveira; Sales; Spedanieri, 2019).

Desse modo, a família precisa ser informada sobre os procedimentos a serem seguidos imediatamente após o óbito, incluindo orientação sobre a obtenção da Declaração de Óbito, serviços funerários disponíveis na região e documentações necessárias. Andrade (2012b), recomenda que a/o assistente social da equipe elabore uma cartilha de orientações contendo todas as informações relevantes relacionadas ao pós-óbito, a qual poderia ser disponibilizada e o conteúdo abordado em reunião familiar, caso haja, ou em intervenções próximas ao falecimento do/a paciente, garantindo que a família esteja bem informada e preparada para lidar com providências necessárias que o momento possa demandar.

**Figura 10** - Informações que podem constar na cartilha de orientações pós-óbito

---

<sup>6</sup> O Código de Ética Profissional do Assistente Social (Lei 8.662/93) expressa em seu Art. 16 que o sigilo profissional “protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional” (1993, p. 35). Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro do necessário, admitindo a quebra do sigilo em situações cuja gravidade possa trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade. **Fonte:** [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf).

## SUGESTÃO DE INFORMAÇÕES PARA A CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PÓS-ÓBITO

DOCUMENTOS DO/A PACIENTE A SEREM APRESENTADOS NA OCORRÊNCIA DO ÓBITO PARA A OBTENÇÃO DO ATESTADO DE ÓBITO:	DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NO SERVIÇO FUNERÁRIO:	SERVIÇO FUNERÁRIO:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CÉDULA DE IDENTIDADE (RG);</li> <li>• CPF;</li> <li>• CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO;</li> <li>• COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TODOS OS DOCUMENTOS MENCIONADOS AO LADO;</li> <li>• ATESTADO DE ÓBITO;</li> <li>• CARTÃO DO INSS (SE HOUVER);</li> <li>• DOCUMENTO DE POSSE DE TÚMULO (SE HOUVER).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENDEREÇOS E TELEFONES DE AGÊNCIAS FUNERÁRIAS DA REGIÃO COM HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.</li> </ul>
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b></p> <p>O ATESTADO DE ÓBITO DEVE SER FORNECIDO PELO/A MÉDICO/A QUE VINHA PRESTANDO ASSISTÊNCIA À/O PACIENTE, DESDE QUE NÃO HAJA SUSPEITA DE MORTE VIOLENTA OU INESPERADA.</p>	<p><b>OBSERVAÇÃO:</b></p> <p>A PESSOA QUE IRÁ PROVIDENCIAR A COMPRA DO SERVIÇO PARA SEPULTAMENTO TAMBÉM DEVE ESTAR DE POSSE DE SUA DOCUMENTAÇÃO PESSOAL COM FOTO (CÉDULA DE IDENTIDADE).</p>	<p><b>OBSERVAÇÃO:</b></p> <p>ACRESCENTAR INFORMAÇÕES DE COMO REALIZAR O SEPULTAMENTO GRATUITO PARA OS CASOS EM QUE HAJA ESSA NECESSIDADE.</p>

**Fonte:** Produção autoral baseada em Andrade (2012b).

Na obra “Cuidados Paliativos na Emergência”, Andrade (2021a) também descreve sobre o papel da/o assistente social nos cuidados paliativos, especialmente nos serviços de emergência. Embora haja uma diferença temporal em relação às publicações anteriores, a assistente social reafirma conceitos já mencionados e adiciona particularidades que podem surgir durante intervenções em serviços de urgência-emergência:

O assistente social que atende na emergência deve ter claro que provavelmente o tempo escasso para avaliação social e orientações pertinentes pode restringir a abordagem ao mínimo necessário para uma conduta adequada às especificidades de cada caso. Dessa forma, é imprescindível priorizar o mais importante diante do quadro clínico do paciente, maiores preocupações e demandas de paciente e família e tempo de atendimento (Andrade, 2021a, p. 345).

Logo, Andrade (2021a) coloca que prestar atendimento adequado em serviços de urgência-emergência é também compreender a possibilidade de transferência do/a usuário/a/ para outra unidade de saúde. Considerando o tempo limitado dos atendimentos nas emergências, pode ocorrer a não finalização da intervenção; nesses casos é importante registrar para a instituição e para a família o

que seriam intervenções necessárias na proposta imediata do plano de cuidados (Andrade, 2021a).

Nesta mesma publicação, há um capítulo dedicado à alta do/a paciente em cuidados paliativos e o papel da/o assistente social neste processo. Andrade (2021b), menciona que cabe à/ao assistente social contribuir na sistematização do plano de alta junto à equipe. Em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) apresenta que ao atuar no campo da saúde, a/o profissional precisa fazer uma leitura da realidade dos/as usuários/as considerando os determinantes sociais que influenciam no processo de saúde-doença e buscando estratégias político-institucionais para enfrentá-los (CFESS, 2010).

Andrade (2021b), aponta, então, que o conhecimento amplo do diagnóstico, do prognóstico e do grau de dependência são necessários para subsidiar a contribuição profissional no plano de alta dos/as usuários/as. Tais informações devem ser buscadas junto à equipe, através da leitura do prontuário, visita ao leito e/ou da reunião multiprofissional. Assim, o diagnóstico e o grau de dependência são determinantes para que a/o assistente social em conjunto com a equipe, o/a paciente e familiares consiga mediar o melhor suporte para o seguimento do tratamento em domicílio.

**Figura 11** - O Serviço Social no plano de alta nos cuidados paliativos

## **O SERVIÇO SOCIAL NO PLANO DE ALTA DOS/AS USUÁRIOS/AS**



**Fonte:** Produção autoral baseada em Andrade (2021b).

Desse modo, a/o assistente social também precisa ter conhecimento dos recursos materiais, da família ou do município de origem, que serão utilizados para os cuidados em domicílio, pois a compra dos insumos e materiais hospitalares podem não ser compatíveis com as condições socioeconômicas da família (Andrade, 2021b). Segundo o CFESS (2010), há questões que vão aparecer no cotidiano das/os assistentes sociais:

Não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários (CFESS, 2010, p. 43).

Assim, Andrade (2021b), aponta que nos cuidados paliativos a/o assistente social pode orientar e encaminhar para serviços públicos de assistência social ou de saúde que possam mediar o acesso aos recursos indispensáveis à continuidade do tratamento. A assistente social aponta que o encaminhamento e o relatório social são instrumentais que poderão ser utilizados, e que saber onde e quem disponibiliza, quais são os setores responsáveis e quais documentos podem facilitar o acesso aos materiais são de suma importância para mediar tal ação.

Quanto à indicação de medidas farmacológicas, o/a paciente deve receber alta com a garantia de continuidade dos medicamentos em domicílio. Segundo Andrade (2021b), nos cuidados paliativos dificilmente as medicações estarão disponíveis na atenção básica, daí o encaminhamento de médico/a assistente para outros serviços de saúde que garantam a não interrupção do tratamento.

Frente aos processos de trabalho e/ou devido ao não conhecimento da atuação de assistentes sociais, é comum que a equipe de saúde solicite ações que destoam da prática do Serviço Social, solicitando a convocação do/a cuidador/a para comunicar a alta do/a paciente mesmo que tal atribuição seja de responsabilidade médica (CFESS, 2010). É habitual que seja solicitada, também, a presença do Serviço Social quando o/a próprio/a usuário/a pede a alta, como foi mencionado pelo CFESS (2010, p. 48):

Os fatores que mais contribuem para a solicitação de alta por parte dos usuários são:

- Desinformação quanto ao tratamento e procedimentos;
- Aspectos culturais e religiosos;
- Necessidade de sobrevivência/manutenção familiar;

- Demanda das mulheres de cuidados com os filhos, com a casa, de não faltar ao trabalho, pois as mesmas têm assumido, muitas vezes, o papel de chefes de família.

Nesse contexto, a/o assistente social poderá orientar o/a usuário/a, discutindo em conjunto com a equipe as possibilidades de intervenção. Além disso, os/as profissionais devem conhecer a autonomia do/a usuário/a para decidir sobre seu tratamento e os procedimentos sobre aos quais será submetido/a, respeitando tais decisões — exceto em possibilidade de ameaça à vida (CFESS, 2010).

Nos cuidados paliativos, após alta hospitalar, é comum que haja dificuldade do/a usuário/a em comparecer a serviços ambulatoriais, seja pela funcionalidade comprometida ou pela distância do território onde reside. Assim, é importante que a/o assistente social, em conjunto com a equipe multiprofissional, tenha conhecimento da disponibilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) mais próximo da residência do/a usuário/a (Andrade, 2021b). Os cuidados em domicílio são muitas vezes requisitados pelos/as pacientes, pois facilita a permanência em casa e o convívio familiar e social. No entanto, é preciso considerar que tais cuidados exigem, além da reorganização familiar, compromisso da equipe de saúde territorial, como é colocado por Andrade (2021b):

Em um país desigual como o Brasil não é incomum a culpabilização das famílias sem análises prévias sobre sua real condição de autocuidado e de cuidado com o outro, principalmente no momento atual em que enfrentamos o desmonte das políticas públicas (Andrade, 2021b, p. 59).

A partir do momento em que o cuidado do/a paciente em cuidados paliativos é internalizado na rotina dos familiares, há impactos na vida de todos/as os/as envolvidos/as, isto porque não deixa de ser um aumento da função de cuidado, que quase sempre é realizada por mulheres.<sup>7</sup> Valente (2019), menciona que, enquanto a equipe de saúde está amparada, mesmo que em suas contradições, numa relação

---

<sup>7</sup> Em 2021, a Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos) conduziu uma pesquisa sobre os cuidados domiciliares com o objetivo de identificar como as famílias se organizam para cuidar de crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiências e indivíduos com doenças crônicas que necessitam de atenção contínua. Os dados revelaram que a maior parte dos cuidados dentro das famílias recai sobre as mulheres, representando 90% dos casos. Além disso, entre os/as cuidadores/as de pessoas com alguma enfermidade, as mulheres também são maioria, correspondendo a 84% dos cuidadores, sendo 88% destes parentes residentes no mesmo domicílio. **Fonte:** [https://cuidadosnodomicilio.seade.gov.br/o-trabalho-de-cuidados-na-familia-e-majoritariamente-feminino-e-parental/#:~:text=90%25%20dos%20cuidadores%20s%C3%A3o%20mulheres&text=Os%20cuidadores%20dos%20enfermos%20tamb%C3%A9m,residentes%20no%20domic%C3%ADlio%20\(88%25\).](https://cuidadosnodomicilio.seade.gov.br/o-trabalho-de-cuidados-na-familia-e-majoritariamente-feminino-e-parental/#:~:text=90%25%20dos%20cuidadores%20s%C3%A3o%20mulheres&text=Os%20cuidadores%20dos%20enfermos%20tamb%C3%A9m,residentes%20no%20domic%C3%ADlio%20(88%25).)

contratual, o/a familiar-cuidador/a pode viver à margem de um sistema de proteção social — e de saúde — marcado por desmontes econômicos.

As famílias e/ou cuidadores/as não podem se responsabilizar pelo cuidado da pessoa em cuidados paliativos sem a garantia de proteção do Estado. A sobrecarga e preocupação podem acarretar desgaste físico, financeiro e emocional do/a cuidador/a. Então, Valente (2019) menciona que o Estado deve garantir a proteção e o cuidado dos/as pacientes-usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como que a/o assistente social, a partir das políticas sociais, desempenhe seu papel como articulador/a das redes, avaliador/a das condições sociais e mediador/a junto à equipe.

Em 2023, o Hospital Sírio Libanês junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) organizou a 2ª Edição do Manual de Cuidados Paliativos em colaboração ao projeto “Cuidados Paliativos no SUS”. A assistente social Mariana Bezerra participou do Manual, elaborando o capítulo “Dor social: contribuições do Serviço Social”, excerto sistematizado juntamente com a psicóloga Sirlei Moro. Para Bezerra e Moro (2023), o Serviço Social é uma profissão que atua nos cuidados paliativos, compondo a equipe interdisciplinar<sup>8</sup>, operacionalizando ações para viabilizar a garantia dos direitos sociais e tendo como objeto de intervenção neste campo a “dor social”<sup>9</sup>.

Compreende-se que a dor social é oriunda de exclusão social, preconceito, discriminação, dependência de cuidado, conflitos, mudança ou perda dos papéis sociais exercidos pelos pacientes e familiares, estresse do cuidador, quebra dos vínculos familiares e sociais, estressores socioeconômicos, inexistência ou ausência de rede de suporte social, insuficiência das políticas públicas e direitos sociais etc. (Bezerra e Moro, 2023, p. 244).

O termo *dor social* não foi encontrado nos documentos produzidos pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e/ou por Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) como objeto de intervenção do Serviço Social. Por outro lado, a questão social e suas múltiplas expressões é reconhecida pela categoria

---

<sup>8</sup> De acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, o cuidado paliativo deve ser prestado por equipe multiprofissional e interdisciplinar. **Fonte:** <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>.

<sup>9</sup> No campo dos cuidados paliativos, o termo “dor social” é derivado da “dor total”. O conceito de dor total é defendido pela inglesa Cicely Saunders, sendo entendido como uma variante que inclui dimensões física, espiritual, psicológica e social (Saunders, 1989).

como objeto de intervenção, sendo entendida como a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia (Iamamoto, 2000). No presente trabalho, entende-se que as múltiplas expressões da questão social impõem profundas dores à população com a qual atua o Serviço Social, daí a inclusão desta referência.

Bezerra e Moro (2023) utilizam o documento do CFESS (2010) “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” para a produção do capítulo de sua autoria na 2ª Edição do Manual de Cuidados Paliativos, apontando que o acolhimento e a escuta ativa são instrumentos profissionais que poderão fundamentar o estudo social, contribuindo na compreensão da realidade do/a paciente em cuidados paliativos. Além disso, a avaliação social é colocada como instrumento que trará elementos importantes ao estudo social, incluindo, por exemplo, o perfil do/a usuário/a e os determinantes sociais de saúde, os papéis sociais desempenhados, o nível de conhecimento sobre a doença e estresse do/a cuidador/a e outros elementos.

**Figura 12** - Elementos essenciais para o estudo social dos/as usuários/as



**Fonte:** Produção autoral baseada em Bezerra e Moro (2023).

A partir desses elementos, Bezerra e Moro (2023) expõem que o Serviço Social junto aos/às usuários/as em cuidados paliativos atua na interlocução entre

família, equipe, paciente, rede de suporte social e instituição, formulando estratégias de intervenção para viabilizar o acesso aos direitos sociais e qualidade de vida. Além disso, a/o assistente social também pode participar do planejamento terapêutico singular do/a paciente.

**Figura 13** - Principais ações desempenhadas pelo Serviço Social



**Fonte:** Produção autoral baseada em Bezerra e Moro (2023).

Outro procedimento técnico-operativo do Serviço Social junto a usuários/as e familiares em cuidados paliativos, é destacado por Moura (2021), como atendimento realizado no próprio leito, sendo o acolhimento inicial a ação que, quase sempre, perpassa os próximos atendimentos.

É uma forma de abordagem transversal que perpassa por todos os atendimentos, quando é oportuno realizar atividades como: entrevista social ou avaliação social, escuta qualificada, identificação da demanda social, diagnóstico da situação, orientação acerca dos serviços, programas, projetos sociais e informação sobre os serviços oferecidos (Moura, 2021, p. 71).

Portanto, cabe à/o profissional realizar ações direcionadas à orientação sobre os direitos sociais e o acesso do/a usuário às políticas públicas, podendo ser feitos por meio de articulação, encaminhamentos, mobilização, orientações e outras ações relacionadas. E, assim como já colocado por outros/as autores, Moura (2021), também ressalta que, no contexto dos cuidados paliativos, a/o assistente atuará no atendimento social após a notificação médica de óbito, orientando e

apoiando familiares sobre os procedimentos funerários e os trâmites internos para a liberação do corpo.

Cabe ressaltar que no campo dos cuidados paliativos, como nos demais campos e espaços socio-ocupacionais, o Serviço Social deve orientar e referenciar sua prática profissional pelo conhecimento crítico da realidade social, sem dissociar-se dos fundamentos do Projeto Ético-Político profissional e da defesa da democratização e “universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais” (Moura, 2021, p. 72).

### 3.2.2 Nos Anais dos XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS)

*“Considerando que o profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação, conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua dimensão de totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida.”*

**Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009, p. 1)**

Este tópico corresponde à apresentação dos achados referentes à atuação profissional no campo dos cuidados paliativos, a partir do procedimento metodológico do levantamento em publicações nos Anais do 17º, 16º e 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizados nos anos de 2022, 2019 e 2016, respectivamente. A seleção dos trabalhos foi feita através de pesquisa nos sites do CBAS de cada edição do Congresso, selecionando especificamente trabalhos sobre a prática profissional do Serviço Social no campo dos cuidados paliativos.

O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) é um evento trienal organizado pelo CFESS e um dos maiores eventos nacionais do Serviço Social brasileiro. O CBAS socializa e sistematiza sobretudo estudos e pesquisas oriundos da prática profissional, constituindo-se em espaço privilegiado de debates e de qualificação profissional.

Ao realizar uma reflexão em torno do CBAS, é necessário também reconhecê-lo por sua histórica mobilização e lutas. O III CBAS, realizado de 23 a 28 de setembro de 1979, no Rio de Janeiro, conhecido como *Congresso da Virada*, tornou-se um marco importante para o Serviço Social, dado o posicionamento da categoria como trabalhadoras/es assalariadas/os e o comprometimento com a classe trabalhadora em seu projeto de trabalho profissional. O Congresso da Virada, demarcou o início do movimento de ruptura com a prática profissional conservadora, culminando na afirmação dos interesses históricos dos/as trabalhadores/as e na “sua direção social nos anos 1980 e pelo Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social brasileiro a partir dos anos 1990” (Abramides, 2017, p. 186).

O levantamento empreendido nas publicações dos Anais dos últimos três CBAS — 15º, 16º e 17º — resultou na identificação de 26 (vinte e seis) trabalhos que mencionavam os cuidados paliativos no título. No entanto, apenas 20 (vinte) abordavam a atuação profissional no campo dos cuidados paliativos.

**TABELA 1** - Quantidade de publicações dos Anais do XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) do CBAS sobre os Cuidados Paliativos

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS):	QUANTIDADE DE PUBLICAÇÕES:	QUANTIDADE DE PUBLICAÇÕES SELECIONADAS:
XV CBAS (2016) - 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão.	2	2
XVI CBAS (2019) - 40 anos da 'Virada' do Serviço Social.	14	10
XVII CBAS (2022) - Crise do capital e exploração do trabalho em momento pandêmico: repercussões no Brasil e na América Latina.	10	8
<b>Total:</b>	<b>26</b>	<b>20</b>

No processo de identificação e seleção dos trabalhos, verificamos que a maioria das/os autoras/es são assistentes sociais que problematizam a prática profissional. Outro segmento presente foi o de assistentes sociais residentes, sendo válido pontuar que os programas de residência, caracterizam-se como cursos de pós-graduação *lato sensu* e modalidade de formação em serviço, baseada em vivências de atividades teóricas, teórico-práticas e práticas no âmbito do SUS, com acompanhamento de docente e de profissional preceptora/preceptor.

**TABELA 2** - Titulação das/os autoras/es das publicações selecionadas

<b>TITULAÇÃO:</b>	<b>QUANTIDADE DE AUTORAS/ES:</b>
<b>Pós-graduação (<i>lato sensu</i>):</b>	6
<b>Pós-graduação (<i>stricto sensu</i>):</b>	1
<b>Assistente social em atuação:</b>	8
<b>Não identificado:</b>	5
<b>TOTAL:</b>	20

Majoritariamente, as publicações selecionadas consistem em relatos de experiência, nos quais as/os profissionais compartilham suas vivências e práticas nos cuidados paliativos. Em segundo lugar, predominam os trabalhos de reflexão teórica, os quais incluem revisões bibliográficas que debatem a inserção e ações do Serviço Social nesse campo.

**TABELA 3** - Delineamento das publicações selecionadas

<b>DELINEAMENTO:</b>	<b>QUANTIDADE:</b>
<b>Relato de experiência:</b>	9
<b>Reflexão teórica:</b>	8
<b>Resultado da pesquisa:</b>	2
<b>Sistematização do trabalho profissional:</b>	1
<b>TOTAL:</b>	20

Em 2016, foi realizada a 15ª edição do CBAS na cidade de Olinda (PE), cujo tema foi "80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão". Dos anais publicados no XV (2016) evento, identificou-se 2 (dois) trabalhos que abordam o Serviço Social e os cuidados paliativos: um foi apresentado como relato de experiência, enquanto o outro se configurou como uma reflexão teórica.

**TABELA 4** - Anais do XV do CBAS (2016) sobre a atuação profissional nos Cuidados Paliativos

ANO:	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO:	EIXO TEMÁTICO:	DELINEAMENTO DO ESTUDO:	PRINCIPAIS RESULTADOS:	AUTORES/AS:
2016	A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: A EXPERIÊNCIA NO SETOR DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL FEDERAL NO RIO DE JANEIRO	-	Relato de experiência	O <b>acolhimento</b> e a <b>escuta</b> são essenciais no trabalho da/o assistente social, que inclui a coleta de informações no momento adequado, dando voz ao/a paciente e familiares.	Isabelle Carvalho dos Santos Bonisolo, Juliana Lyra Brisolla Diuana
2016	PENSANDO A RELAÇÃO ENTRE POBREZA, ENVELHECIMENTO, CUIDADOS PALIATIVOS E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA SAÚDE PÚBLICA	-	Reflexão teórica	Reflexão sobre a <b>relação entre pobreza, envelhecimento e cuidados paliativos.</b>	Kassia de Oliveira Martins Siqueira, Luciana Rodrigues Gonçalves

No relato de experiência, Bonisolo e Diuana (2016) refletem sobre a atuação de assistentes sociais nos cuidados paliativos pediátricos, mencionando a falta de articulação entre os/as profissionais da equipe e a dificuldade em manter a comunicação com os familiares. Diante disso, as autoras colocam que a equipe

buscou estudar mais sobre a temática e que “a partir do aprofundamento dos estudos, a equipe percebeu que os Cuidados Paliativos se colocavam como uma prática fundamental para o cuidado das crianças/adolescentes” (Bonisolo e Diuana, 2016, p. 4).

No espaço socio-ocupacional que situa o trabalho de Bonisolo e Diuana (2016), o Serviço Social nos cuidados paliativos se utiliza de atendimentos sociais, utilizando a ficha social para conhecer aspectos socioeconômicos e familiares dos/as usuários/as, além de identificar cuidadores/as de referência. Em resposta às demandas, as autoras colocam que a/o assistente social articula-se às políticas sociais junto às redes de atenção socioassistenciais para possibilitar suporte às famílias.

As autoras refletem que a formação acadêmica em Serviço Social pouco debate sobre ações direcionadas aos/às usuários/as com doenças que ameaçam a continuidade da vida, mas que o acolhimento, a escuta ativa e a leitura da realidade social da população usuária subsidiam a prática profissional. Ao fim, é colocado que a formação continuada é importante e que dedicar-se à literatura especializada tem sido essencial para o conhecimento teórico-prático do/a assistente social que atua nos cuidados paliativos.

No que se refere à reflexão teórica de Siqueira e Gonçalves (2016), destaca-se a interface entre pobreza, envelhecimento e cuidados paliativos como questões inseridas no cotidiano profissional. As autoras apontam dados que mostram o aumento de pessoas idosas com doenças que implicam em cuidados intensivos e frequentes visitas ao hospital. Além disso, mencionam a resistência de profissionais em atender usuários/as em espaços socialmente marginalizados:

Nos casos das famílias que residem em favelas, em áreas definidas como “de risco”, mesmo que haja indicação clínica para realização da assistência em domicílio, ela não é realizada, pois a família não se torna elegível para receber os cuidados em casa. A justificativa é o risco que os profissionais correriam ao entrar em algumas comunidades (Siqueira e Gonçalves, 2016, p. 1).

Com base em suas experiências como assistentes sociais no SUS, Siqueira e Gonçalves (2016) identificam que o acesso ao tratamento para pessoas idosas é influenciado pelos fatores socioeconômicos das famílias, uma vez que aqueles/as que são atendidos/as, em sua maioria, não conseguem se deslocar até o hospital

e/ou não conseguem custear a compra de materiais e insumos para manter o tratamento no domicílio. Portanto, para Siqueira e Gonçalves (2016, p. 7), “a assistência domiciliar, quando deixa de ser disponibilizada a essas famílias, reafirma a trajetória de não acesso a uma saúde pública de qualidade e compatível com as necessidades dos idosos com câncer”.

Em síntese, a 15ª edição do CBAS (2016) sublinhou as dimensões teórico-práticas do Serviço Social nos cuidados paliativos. Bonisolo e Diuana (2016) enfatizaram a importância do acolhimento e da escuta ativa nos cuidados paliativos pediátricos, enquanto Siqueira e Gonçalves (2016) abordaram os determinantes sociais do processo saúde-doença enfrentados por pessoas idosas em situação de pobreza, destacando a importância de compreender esta realidade social para o planejamento e a materialização do trabalho profissional.

O XVI (2019) CBAS, realizado na cidade de Brasília (DF), teve como tema central “40 anos da ‘Virada’ do Serviço Social”. E, a partir dos anais publicados nesta 16ª edição, foram encontrados 10 (dez) trabalhos que refletem sobre as ações da categoria de assistentes sociais no campo dos cuidados paliativos.

**TABELA 5** - Anais do XVI do CBAS (2019) sobre a atuação profissional nos Cuidados Paliativos

ANO:	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO:	EIXO TEMÁTICO:	DELINEAMENTO DO ESTUDO:	PRINCIPAIS RESULTADOS:	AUTORES/AS:
2019	O SERVIÇO SOCIAL E A INTEGRALIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Ênfase em Trabalho Profissional	Relato de experiência	A/O assistente social apreende a <b>realidade</b> do/a usuário/a e da <b>rede de apoio</b> . Realiza <b>encaminhamentos</b> para acesso a políticas sociais.	Clarisse Mendes Rocha, Thalita Mayan Esquerdo Andrade
2019	A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERFACE COM AS DEMAIS POLÍTICAS PÚBLICAS – A INSUFICIÊNCIA DA REDE DE	Política Social e Serviço Social / Ênfase em Envelhecimento	Relato de experiência	Os <b>instrumentos</b> técnico-operativos utilizados para sistematizar a intervenção incluem <b>registros</b> em prontuário, <b>entrevistas semiestruturadas</b> , <b>relatórios sociais</b> e <b>reuniões</b> multiprofissionais	Jamila Trevizan Teixeira, <i>et al.</i>

	SERVIÇOS PÚBLICOS FRENTE ÀS DEMANDAS SOCIAIS DE UMA IDOSA INTERNADA EM CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS			com familiares.	
2019	SUPOORTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA PACIENTE EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO NA CAPITAL FEDERAL	Trabalho, Quêstão Social e Serviço Social	Reflexão teórica	O Serviço Social concentra-se na <b>viabilização dos direitos</b> (gratuidade no transporte, benefícios sociais, isenção de impostos e direitos jurídicos).	Liana Zaynette Torres Junqueira
2020	SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A RESPEITO DO ENTRAVE AO ACESSO A DIREITOS SOCIAIS	Trabalho, Quêstão Social e Serviço Social	Relato de experiência	A/O assistente social intervém para conhecer <b>os aspectos socioeconômicos, fornecendo informações e orientações</b> para os/as usuários/as.	Juliana Taissa Coelho de Souza
2019	CUIDADOS PALIATIVOS: CONHECENDO E DISSEMINANDO O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Ênfase em Trabalho Profissional	Reflexão teórica	<b>Acolhimento</b> e a <b>escuta</b> como procedimentos do assistente social nos cuidados paliativos. <b>Conhecimento</b> da realidade <b>socioeconômica</b> do/a paciente e articulação com <b>direitos/ serviços disponíveis</b> .	Cláudia Cristina Góis, <i>et al.</i>
2019	CUIDADOS PALIATIVOS: APROXIMAÇÕES ACERCA DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Ênfase em Trabalho Profissional	Reflexão teórica	O enfoque da/o assistente social é realizar o <b>acolhimento</b> dos/as usuários/as e das famílias; fortalecimento <b>de vínculos</b> ; identificação de <b>redes de suporte e articulação</b> de	Gabriel Ramos Nascimento Evangelista, Regina Maura Rezende, Bruno de Paula Checchia Liporaci

				<b>políticas públicas e sociais.</b>	
2019	A DIMENSÃO TÉCNICO OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA DO ESTADO DO PARÁ	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Ênfase em Trabalho Profissional	Relato de experiência	O <b>acolhimento inicial</b> para estabelecimento de vínculos e compreensão da realidade do/a usuário/a. Uso da <b>avaliação social</b> para identificação das necessidades do/a usuário/a.	Juliana Taissa Coelho de Souza, <i>et al.</i>
2019	SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: A DOR SOCIAL NA INTERFACE COM A RELAÇÃO SOCIOECONÔMICA DE USUÁRIO COM CÂNCER	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Ênfase em Trabalho Profissional	Relato de experiência	O Serviço Social nos cuidados paliativos, especialmente em <b>hospitais de alta complexidade</b> , concentra-se na atenção ao/à usuário/a, compreendendo a realidade <b>socioeconômica</b> e o seu impacto sobre os cuidados, preocupando-se com a manutenção e sustento da família.	Ana Lídia Brito Sardinha, Raquel da Silva Amorim
2019	O SERVIÇO SOCIAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICO : ATUAÇÃO E ESPECIFICIDADE DE PROFISSIONAL	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Ênfase em Trabalho Profissional	Reflexão teórica	As intervenções do Serviço Social devem atender às <b>necessidades sociais</b> do/a paciente e da família, <b>facilitar a comunicação</b> entre paciente, família e equipe e <b>orientar sobre os direitos sociais.</b>	Taciana Lopes Bertholino
2019	O ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS:	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Ênfase em	Relato de experiência	O Serviço Social nos cuidados paliativos <b>orienta e dá suporte aos familiares no pós-óbito</b> , incluindo orientações sobre	Amanda Olga Simões de França, <i>et al.</i>

	EXPERIÊNCIA S E REFLEXÕES SOBRE AS ORIENTAÇÕES S NO PÓS- ÓBITO	Trabalho Profissional		questões legais, como requerimento de pensão por morte e outros.	
--	--	--------------------------	--	---	--

A partir do relato de experiência, as assistentes sociais Rocha e Andrade (2019) dispõem que, na atuação interdisciplinar nos serviços de cuidados paliativos, o eixo central das ações é o/a usuário/a e a família. Apontam a necessidade do conjunto de saberes técnico, teórico, ético e político da profissão, assim como dos determinantes sociais inerentes ao processo de adoecimento. As autoras descrevem o cotidiano profissional e enfatizam o conhecimento do perfil socioeconômico, a realização do acolhimento do/a paciente, a busca de informações para subsidiar o planejamento das intervenções, além da importância de “realizar encaminhamentos quando for pertinente, de modo a dar seguimento à busca do alcance da integralidade, diante do acesso e concessão de Benefícios Previdenciários, Assistenciais ou programas sociais” (Rocha e Andrade, 2019, p. 5).

O relato de experiência de Teixeira *et al.* (2019) emerge a partir das intervenções do Serviço Social no acompanhamento de uma idosa em situação de vulnerabilidade social:

No decorrer do acompanhamento, a intervenção do assistente social foi além de prestar orientações e contribuir para o fortalecimento do vínculo familiar, pois o caso demandava muito além do que era aparente. Necessitou-se compreender intrinsecamente essa família, suas reais possibilidades e limites para dar andamento às demandas da usuária. Foram realizados inúmeros atendimentos e encaminhamentos de saúde ao filho da usuária, sendo a escuta ativa uma ferramenta central neste período (Teixeira, *et al.*, 2019, p. 4).

A atuação profissional do Serviço Social exigiu o uso de instrumentos de sistematização, como registros em prontuário, entrevista social, relatório social, bem como desenvolvimento de reunião multiprofissional com familiares. A partir desse caso concreto, são problematizadas as implicações da insuficiência da rede de serviços públicos frente às demandas sociais da usuária idosa. Conforme Teixeira, *et al.* (2019), o caso ressalta a complexidade da atuação profissional frente ao desafio da garantia de direitos na sociedade capitalista. Assim, para as autoras, a prática profissional na área da saúde deve estar mediada pelo Projeto Ético-Político

da profissão, que se fundamenta no compromisso com a construção de uma sociedade livre da exploração de classe, etnia e gênero. Enfatizando, portanto, a participação ativa e o respeito à autonomia dos/as usuários/as, conforme estabelecido pelo Código de Ética do Assistente Social (1993).

O trabalho de Junqueira (2019), discorre sobre a inserção do Serviço Social nos cuidados paliativos e no tratamento oncológico e a prática profissional que envolve a identificação das condições econômicas e culturais dos/as usuários/as e familiares. A pesquisa realizada pela autora identificou que as principais demandas “incluem o processo de solicitação de relatório e laudos médicos, algumas orientações e possibilidades de encaminhamentos, respeitando os critérios de cada benefício” (Junqueira, 2019, p. 4). E que as principais orientações envolvem o acesso ao/à:

- Tratamento Fora de Domicílio (TFD)
- Passe Livre do Distrito Federal
- Passe Livre Interestadual
- Auxílio-doença
- Aposentadoria por invalidez
- Acréscimo de 25% na aposentadoria por invalidez
- Benefício de Prestação Continuada (BPC)
- Saque de Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS)
- Saque do Programa de Integração Social (PIS)
- Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP)
- Isenção de Imposto de Renda na Aposentadoria
- Quitação de Financiamento de Casa Própria

Nesse sentido, aponta que a prática da/o assistente social envolve o conhecimento da realidade dos/as pacientes e de seus familiares, considerando o contexto social, econômico e cultural em que estão inseridos/as, para viabilizar ações que resultem no acesso ao cuidado integral, considerando as demandas relacionadas à doença e ao tratamento (Junqueira, 2019).

Em mais um *Relato de Experiência*, Souza (2020), destaca o planejamento da intervenção com base no acolhimento, na escuta qualificada e na compreensão crítica da realidade dos/os usuários/as. Pontua que as demandas de pacientes em tratamento de câncer e/ou cuidados paliativos são “revestidas por mazelas próprias do capitalismo, como: fome, desemprego, violências, adoecimento, acesso restrito aos serviços de saúde, dentre outros” (Souza, 2020, p. 5). Portanto, é necessário que a/o assistente social reconheça os processos de precarização e desmonte das

políticas públicas, especialmente na saúde, e como essas mudanças impactam a vida objetiva e subjetiva dos pacientes (Souza, 2020).

Na produção de Góis, *et al.* (2020), a atuação do Serviço Social junto à equipe multiprofissional de cuidados paliativos requer o reconhecimento das múltiplas dimensões da pessoa que é alvo do cuidado em saúde, sendo indispensável integrar diferentes áreas do conhecimento para o cuidado integral. Sobre o trabalho profissional da/do assistente social na equipe multiprofissional de cuidados paliativos, as autoras referem que:

O acolhimento e a escuta são características do trabalho desse profissional, que, quando se depara com paciente em processo de cuidados paliativos, deve saber colher as informações no tempo certo, dar voz ao indivíduo e aos seus familiares, deixando-os extravasar suas tristezas e insatisfações com o problema. Conhecer a situação socioeconômica do paciente, os serviços disponíveis, as redes de suporte e canais para atender a demanda dos usuários também é fundamental (Góis, *et al.*, 2020, p. 8).

Conforme descrito por Góis *et al.* (2019), é necessário sistematizar os conhecimentos sobre os cuidados paliativos entre as/os assistentes sociais para ampliar as possibilidades de atuação e desenvolver práticas em consonância com o Projeto Ético-Político da profissão.

A partir de pesquisa sobre a prática do Serviço Social nos cuidados paliativos, Evangelista; Rezende e Liporaci (2019) colocam que a/o assistente social tem como foco acolher, fortalecer os vínculos, identificar redes de suporte e reconhecer políticas sociais, e que tais ações contribuem para o tratamento dos/as usuários/as em cuidados paliativos. Referem que o acolhimento aos/às usuários/as “vem como uma tentativa de superar os modelos de assistência à saúde pautados em uma visão tecnocrática e hospitalocêntrica” (Evangelista; Rezende e Liporaci, 2019, p. 8).

Semelhantemente, o trabalho de Souza, *et al.*<sup>10</sup> (2019) debate sobre o acolhimento no atendimento, considerando-o como instrumento que não deve ser utilizado apenas no primeiro encontro com o/a usuário/a e sua família, mas diariamente, em todos os atendimentos. Para as autoras, o acolhimento contínuo é

---

<sup>10</sup> As autoras colocam que “cabe (não só, mas também) a/ao assistente social garantir o acolhimento do usuário e de seus familiares, considerando um determinante para **alívio da dor** em seu aspecto sociocultural” (Souza et al., 2019, p. 6). Faz-se necessário refletir que o Serviço Social tem como seu objeto de intervenção a questão social. Diante disso, compete às/aos assistentes sociais viabilizar o acesso aos direitos dos/as usuários/as.

fundamental para atender as necessidades dos sujeitos, preconizando o reconhecimento da dignidade humana, sem distinção de classe, etnia ou gênero.

Uma das primeiras necessidades de compreensão para uma boa intervenção profissional, consiste em entender as múltiplas configurações familiares inseridas na sociedade, pois são estas famílias, em suas diferentes formas, que são nosso foco de atendimento (Souza, *et al.*, 2019, p. 6).

Desse modo, Souza, *et al.* (2019) reconhecem a importância da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos, mas também mencionam que a intervenção da/o assistente social é única em sua capacidade técnica e operativa. Assim, nenhum/a outro/a profissional possui competência para articular com a rede e viabilizar o acesso aos direitos da população usuária.

Em sua produção, Sardinha e Amorim (2019) refletem que a dor deve ser compreendida como uma experiência multidimensional que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, reconhecendo-a como uma vivência influenciada pela cultura, sociedade e história dos/as usuários/as. Para as autoras, a “dor social”, em consonância com Bezerra e Moro (2023), requer da/o profissional “o acolhimento, e para tanto se faz primordial estar disponível para ouvir, que vai muito além de seguir aos protocolos ou apenas escutar” (Sardinha e Amorim, 2019, p. 7). Apesar das ações em hospitais de alta complexidade precisarem da compreensão das condições socioeconômicas dos/as pacientes, as/os assistentes sociais não podem se limitar à análise dos dados; para as autoras, a/o profissional inserida/o nos cuidados paliativos precisa reconhecer as possibilidades da sua prática, viabilizando o bem-estar e a estabilidade financeira dos/as usuários/as e das famílias.

A partir de pesquisa de análise da atuação profissional na equipe de cuidados paliativos oncológicos, Bertholino (2019) aborda que cabe às/aos assistentes sociais planejar, desenvolver e disseminar informações sobre as dimensões relacionadas à saúde, à participação social e política dos/as usuários/as. Isso envolve fortalecer a defesa dos direitos dos/as pacientes e suas famílias, especialmente no contexto dos cuidados paliativos, onde o objetivo é garantir o direito à morte digna e a qualidade da vida, quando não há perspectiva de cura. Além disso, a autora defende que as ações profissionais respondam às necessidades sociais do paciente e de sua família, incluindo o acompanhamento do pós-óbito, mediando a comunicação entre

paciente, família e equipe, e o apoio para que o/a paciente gerencie o fim da sua vida com dignidade e autonomia (Bertholino, 2019).

O trabalho de França *et al.* (2019) discute a atuação do Serviço Social em contextos hospitalares após o óbito e o suporte aos familiares e cuidadores. Nesses momentos, as/os assistentes sociais devem priorizar o acolhimento, fornecendo orientações sobre questões burocráticas e direitos previdenciários, seja no ambulatório, internação ou na visita domiciliar. No suporte do pós-óbito, especialmente em situações em que os familiares enfrentam dificuldades financeiras para custear o traslado e o funeral, são feitos encaminhamentos para redes de assistência social, com o objetivo de garantir um processo digno de sepultamento.

Grande parte das demandas trazidas pelos familiares estão relacionadas a requerimento de pensão por morte, requisição de provas que comprovem presença durante o tratamento, provas de que conviviam em união consensual com o usuário(a), acesso à herança, informações sobre divisão de bens, e informações sobre os direitos após o óbito do usuário(a) (França *et al.*, 2019, p. 7).

Na condição de morte no domicílio, a/o assistente social também pode realizar acolhimento, suporte e orientações sobre procedimentos legais relativos a direitos sociais e previdenciários, assim como sobre providências legais necessárias. As autoras refletem que o trabalho multidisciplinar é importante para responder às demandas dos/as usuários/as em cuidados paliativos e que “a construção do vínculo entre profissional e usuários e seus familiares propicia a identificação de demandas, principalmente as implícitas, favorecendo a qualidade dos serviços prestados” (França, *et al.*, 2019, p. 7).

A prática do Serviço Social nos cuidados paliativos, conforme evidenciada nos trabalhos selecionados do XVI CBAS (2019), demonstra que a intervenção pode agregar orientações, acolhimento contínuo e escuta ativa, elementos importantes para responder às demandas dos/as usuários/as em cuidados paliativos. Tal reflexão também revela os desafios enfrentados pela categoria, especialmente no contexto neoliberal, exigindo a necessidade do planejamento das ações profissionais, considerando o ser humano em sua totalidade, na perspectiva da defesa dos direitos da população usuária.

A 17ª edição do CBAS, realizada em 2022, teve como tema central "Crise do capital e exploração do trabalho em momento pandêmico: repercussões no Brasil e na América Latina". Devido ao cenário de pandemia da Covid-19, o XVII (2022)

Congresso foi realizado em formato on-line. Entre os trabalhos publicados, foram identificados 8 (oito) que debatem o Serviço Social nos cuidados paliativos.

**TABELA 6** - Anais do XVII do CBAS (2022) sobre a atuação profissional nos Cuidados Paliativos

ANO:	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO:	EIXO TEMÁTICO:	DELINEAMENTO DO ESTUDO:	PRINCIPAIS RESULTADOS:	AUTORES/AS:
2022	A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E A PROTEÇÃO SOCIAL: DESAFIOS PARA O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS/ÀS USUÁRIOS/AS EM CUIDADOS PALIATIVOS	Política Social e Serviço Social / Segurança Social / Ênfase em Concepção	Reflexão teórica	Atendimento do Serviço Social a usuários/as e famílias na perspectiva da <b>integralidade do cuidado</b> : saúde como direito em oposição à mercantilização.	Renata Dutra Ferrugem, Dolores Sanches Wunsch
2022	O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Trabalho Profissional	Reflexão teórica	<b>Acolhimento, entrevista social e avaliação social</b> como instrumentos e técnicas do Serviço Social nos cuidados paliativos.	Patrícia de Paula Barros Moraes, Marinara Melo da Silva, Raquel da Silva Amorim
2022	CUIDADOS PALIATIVOS E O DIREITO DO CUIDAR DO BEM MORRER: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES EM FIM DE VIDA	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Trabalho Profissional	Resultado de pesquisa	Na equipe de cuidados paliativos, a/o assistente social <b>decodifica a realidade</b> do/a paciente, potencializando a atuação conjunta da equipe com <b>acolhimento e escuta qualificada</b> .	Liliane Batista Araujo, Francisco Daniel Coelho Viana, Maria Carleandra Gonçalves Oliveira
2022	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E	Serviço Social, Fundamento	Reflexão teórica	<b>Educação Popular em Saúde</b> , como estratégia do Serviço	Marinara Melo da Silva, Patrícia de

	CUIDADOS PALIATIVOS: A/O ASSISTENTE SOCIAL COMO UM MULTIPLICADOR DESTA TEMÁTICA	s, Formação e Trabalho Profissional / Trabalho Profissional		Social, contribui para que pacientes e suas redes de apoio compreendam a realidade e tomem decisões informadas, respeitando as <b>Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)</b> .	Paula Barros Moraes, Raquel da Silva Amorim
2022	A ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS E SERVIÇO SOCIAL: À GUIA DE REFLEXÕES TEÓRICAS	Política Social e Serviço Social / Segurança Social / Ênfase em Gestão	Reflexão teórica	O Serviço Social mobiliza o <b>sistema de apoio</b> e as <b>políticas sociais</b> para o/a usuário/a e sua família.	Patrícia Barreto Cavalcanti, <i>et al.</i>
2022	COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIA UTILIZADA PELO SERVIÇO SOCIAL COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E PACIENTE	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Trabalho Profissional	Relato de experiência	A <b>comunicação</b> se configura como parte do fazer profissional da/o assistente social.	Roseana Gomes Leal dos Santos, Tatiane da Silva Rangel
2022	OS CUIDADOS PALIATIVOS NA PERSPECTIVA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	Política Social e Serviço Social / Políticas Geracionais / Ênfase em Envelhecimento	Relato de experiência	O Serviço Social atua na <b>mediação familiar</b> , na perspectiva de <b>fortalecimento dos vínculos</b> frente ao processo de final da vida.	Dandara Batista Correia, Andressa dos Anjos Soares
2022	A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL GONZAGA MOTA JOSÉ WALTER EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional / Trabalho Profissional	Sistematização do trabalho profissional	Assistentes sociais atuam na <b>convocação das famílias</b> e na <b>orientação</b> sobre os <b>benefícios sociais</b> .	Girlane Medeiros da Silva

Para Ferrugem e Wünsch (2022), o trabalho da/o assistente social no atendimento aos/às usuários/as em cuidados paliativos enfrenta desafios provocados pela mercantilização da saúde e da proteção social. As autoras expõem que o Brasil tem vivenciado um cenário de intensa disputa, em que a hegemonia capitalista e neoliberal redireciona o papel do Estado para os setores privados e limita o acesso a direitos sociais. Usuários/as em cuidados paliativos apresentam demandas além das ofertadas nos serviços de saúde, exigindo que a/o profissional atue em articulação com as redes intersetoriais disponíveis (Ferrugem e Wünsch, 2022). Para as autoras, a/o assistente social, ante o reconhecimento da saúde como direito, bem como “a partir da realização de uma qualificada avaliação social, ao conhecer as histórias de vida e trabalho dessas pessoas” (Ferrugem e Wünsch, 2022, p. 9) poderá contribuir com a integralidade do cuidado em saúde.

Para Moraes; Silva e Amorim (2022), a política neoliberal também influencia na prestação de serviços especializados e exames complementares, muitas vezes utilizados nos cuidados paliativos. Em consonância, tal política intensifica o desemprego estrutural e a precarização das condições de trabalho que resultam no adoecimento da classe trabalhadora. Com base em uma revisão integrativa, as autoras apontam que esta realidade exige do Serviço Social a utilização de instrumentos e técnicas nas ações voltadas aos/às usuários/as em cuidados paliativos. O acolhimento é indicado como um instrumento que pode ser utilizado no processo interventivo e que facilita a relação entre usuário/a e profissional; assim como a entrevista social que, a partir da escuta ativa, contribui no conhecimento da realidade e na avaliação social. Para Moraes; Silva e Amorim (2022), é importante que a avaliação inclua informações que subsidiem as orientações e encaminhamentos realizados pela/o assistente social.

Da mesma forma, Araujo; Viana e Oliveira (2022) destacam o acolhimento e a escuta ativa, colocando-os como instrumentos que contribuem no conhecimento da realidade dos/as usuários/as e familiares. Para os autores, “a utilização de algumas ferramentas como o acolhimento, a escuta qualificada e o acompanhamento de forma contínua podem contribuir significativamente para viabilizar que o paciente acesse seus direitos” (Araujo; Viana e Oliveira, 2022, p. 6). Para além desses, a visita domiciliar também é colocada como um instrumental

importante, uma vez que possibilita uma melhor compreensão das condições de vida do/a usuário/a e dos seus vínculos familiares e comunitários (Araujo; Viana e Oliveira, 2022).

Adiante, a pesquisa de Silva; Moraes e Amorim (2022), mencionam que realizar ações socioeducativas é atribuição da/o assistente social nos cuidados paliativos e “devem ter a perspectiva de horizontalização entre profissional e usuários, pois nela ocorre um compartilhamento e reconstrução dos saberes históricos, sociais, culturais, tecnológicos e de saúde” (Silva; Moraes e Amorim, 2022, p. 9). Além disso, ações socioeducativas podem ser realizadas nos atendimentos individuais, em grupo ou nas visitas domiciliares.

Reconhecidas pela Lei de Regulamentação da Profissão (Brasil, 1993) e pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), às atividades socioeducativas estão articuladas à autonomia e à participação da população usuária, ampliando as possibilidades do/a usuário/a nas decisões relacionadas às dimensões familiares, econômicas, culturais e religiosas. Além de poderem recorrer às providências legais para usufruir dos seus direitos sociais e dos familiares (Silva; Moraes e Amorim, 2022).

Cavalcanti, *et al.* (2022) levantam que a/o assistente social, compondo a equipe dos cuidados paliativos e conhecendo as políticas de proteção social pode contribuir para a terminalidade digna de usuários/as. Em seguida, os autores sinalizam que há poucas reflexões desenvolvidas pelo Serviço Social sobre o campo aqui referido, o que revela a importância de inserção da categoria no debate e na prática dos cuidados paliativos, especialmente na composição de equipes multidisciplinares em saúde (Cavalcanti, *et al.*, 2022).

Fundamentado em um relato de experiência, Santos e Rangel (2022) destacam a comunicação como estratégia do Serviço Social na abordagem dos cuidados paliativos. Para as autoras “essa comunicação verbal e/ou não verbal se estabelece de forma simples e acessível, fazendo com que os pacientes exteriorizem suas angústias e seus medos” (Santos e Rangel, 2022, p. 4). Dessa forma, os autores perceberam que a comunicação entre assistente social e usuários/as favoreceram que estes/as tirassem suas dúvidas, deixando-os/as menos preocupados/as.

Durante o atendimento, é recomendado que a/o profissional esteja atenta/o ao que é dito pelos/as usuários/as, pois é comum que o/a paciente queira apenas ser ouvido (Santos e Rangel, 2022). Nesse sentido, reforça-se que a/o assistente social viabilize a participação do/a paciente e a inclusão de outras pessoas no acesso às informações sobre o cuidado, utilizando-se sempre uma linguagem objetiva ao se comunicar (Santos e Rangel, 2022). Em nosso entendimento, cabe problematizar o argumento de que a comunicação entre a/o assistente social e os/as usuários/as “reduz seu sofrimento e ansiedade gerados durante o processo de adoecimento” (Santos e Rangel, 2022, p. 4). Tal interpretação pode sugerir uma atuação terapêutica, “psicologizante”, deslocando o objeto de intervenção profissional das/os assistentes sociais.

De acordo com suas vivências como assistentes sociais na atenção hospitalar, Correia e Soares (2022), exemplificam com o atendimento a uma mulher idosa, em que ocorreu uma visita multiprofissional ao leito, possibilitando que cada profissional identificasse as demandas concernentes à sua área de atuação. Como desdobramento, as assistentes sociais mediarão uma reunião familiar, objetivando fortalecer os vínculos familiares na proximidade do final da vida. A mediação foi conduzida a partir de visitas abertas no leito, orientando os sujeitos sobre o papel da família durante este processo de adoecimento e finitude. O trabalho enfatizou que as ações estiveram pautadas na defesa dos direitos da usuária, oportunizando espaço de diálogo em que suas preferências e desejos foram ouvidos, tanto pela profissional como pelos familiares e cuidadores/as (Correia e Soares, 2022).

Em uma sistematização do trabalho profissional, Silva (2022) menciona que em seu espaço de trabalho os cuidados paliativos foram implementados sem uma compreensão da totalidade — evidenciado no contexto pandêmico da covid-19. Inicialmente, os/as médicos/as responsabilizavam as famílias pela definição do tratamento do/a paciente, que autorizavam ou não os procedimentos invasivos. Após uma reunião em que o/a médico/a explicava o quadro clínico do/a paciente, esta definição era formalizada por meio de um termo assinado por um familiar e três testemunhas.

Para a autora, este procedimento era constrangedor para os familiares que se sentiam responsáveis pela condução do tratamento. Além disso, todo o processo gerava uma considerável carga de responsabilidades para as/os assistentes sociais,

uma vez que eram os responsáveis por convocar as famílias, elaborar o termo e orientar os/as usuários/as. Assim, a partir das inquietações da equipe multiprofissional do hospital, com a iniciativa do setor de Serviço Social, a autora coloca que foi possível modificar o fluxo de atendimento direcionado aos/às pacientes em cuidados paliativos.

Logo, Silva (2022) considera a importância da/o profissional de Serviço Social no processo de definição dos cuidados paliativos, que, a partir dos seus instrumentos e técnicas, possibilita a efetivação dos direitos sociais e o atendimento integral à população usuária. Ampliar os espaços de debate sobre os cuidados paliativos com a categoria é estar ao lado da qualidade de vida e da dignidade dos/as usuários/as em processo de finitude, como menciona Silva (2022).

Em resumo, a 17ª edição do CBAS (2022) destacou possibilidades da atuação de assistentes sociais no campo dos cuidados paliativos. A partir da análise dos trabalhos apresentados, evidenciou-se como elemento comum entre as/os autoras/es o uso de instrumentais técnicos-operativos, como acolhimento, escuta ativa, orientação e ações socioeducativas, para viabilizar a integralidade do cuidado e a defesa dos direitos dos/as usuários/as. As publicações destacaram a necessidade de maior inserção da categoria nos debates e práticas dos cuidados paliativos.

A partir dos trabalhos apresentados nas edições do CBAS de 2016, 2019 e 2022 aqui estudados, foi possível identificar a menção recorrente aos instrumentos técnico-operativos do Serviço Social na prática profissional. Apesar das publicações abordarem diversas reflexões sobre os cuidados paliativos, majoritariamente, as/os autoras/es destacaram os instrumentos e técnicas que subsidiam a prática profissional nesse campo. Alguns trabalhos não mencionaram quaisquer instrumentais, enquanto outros referiram um ou mais instrumentos. Entre os mais citados, destacam-se o atendimento social (14 menções), a orientação (13 menções), o acolhimento (12 menções), o encaminhamento (11 menções) e a escuta ativa (11 menções).

**TABELA 7** - Instrumentais técnico-operativos do Serviço Social mencionados nos Anais do XV (2016), XVI (2019) e XVII (2022) do CBAS

INSTRUMENTOS TÉCNICOS:	AUTORAS/ES:	TOTAL DE
------------------------	-------------	----------

		<b>MENÇÕES:</b>
<b>Acolhimento</b>	Bonisoló e Diuana (2016) Góis, <i>et al.</i> (2019) Evangelista; Rezende e Liporaci (2019) Souza, <i>et al.</i> (2019) Rocha e Andrade (2019) Sardinha e Amorim (2019) França, <i>et al.</i> (2019) Teixeira, <i>et al.</i> (2019) Souza (2020) Moraes; Silva e Amorim (2022) Araujo; Viana e Oliveira (2022) Silva (2022)	12
<b>Atendimento social</b>	Bonisoló e Diuana (2016) Góis, <i>et al.</i> (2019) Evangelista; Rezende e Liporaci (2019) Sardinha e Amorim (2019) Junqueira (2019) Souza <i>et al.</i> (2019) Teixeira, <i>et al.</i> (2019) França, <i>et al.</i> (2019) Souza (2020) Moraes; Silva e Amorim (2022) Silva; Moraes e Amorim (2022) Ferrugem e Wünsch (2022) Araujo; Viana e Oliveira (2022) Silva (2022)	14
<b>Avaliação social</b>	Sardinha e Amorim (2019) Souza, <i>et al.</i> (2019) Teixeira, <i>et al.</i> (2019) Souza (2020) Moraes; Silva e Amorim (2022) Ferrugem e Wünsch (2022) Araujo; Viana e Oliveira (2022)	7
<b>Ações socioeducativas</b>	Silva; Moraes e Amorim (2022)	1
<b>Encaminhamento</b>	Sardinha e Amorim (2019) Rocha e Andrade (2019) Souza, <i>et al.</i> (2019) Teixeira, <i>et al.</i> (2019) Junqueira (2019) França, <i>et al.</i> (2019) Bertholino (2019) Souza (2020) Moraes; Silva e Amorim (2022) Araujo; Viana e Oliveira (2022) Silva; Moraes e Amorim (2022)	11
<b>Entrevista social</b>	Teixeira, <i>et al.</i> (2019) Moraes; Silva e Amorim (2022) Araujo; Viana e Oliveira (2022)	3
<b>Escuta ativa/qualificada</b>	Bonisoló e Diuana (2016) Evangelista; Rezende e Liporaci	11

	(2019) Souza, <i>et al.</i> (2019) Góis, <i>et al.</i> (2019) Teixeira, <i>et al.</i> (2019) França, <i>et al.</i> (2019) Souza (2020) Araujo; Viana e Oliveira (2022) Moraes; Silva e Amorim (2022) Santos e Rangel (2022) Correia e Soares (2022)	
<b>Orientação</b>	Bonisolino e Diuana (2016) França, <i>et al.</i> (2019) Souza, <i>et al.</i> (2019) Teixeira, <i>et al.</i> (2019) Junqueira (2019) Bertholino (2019) Góis, <i>et al.</i> (2019) Souza (2020) Moraes; Silva e Amorim (2022) Santos e Rangel (2022) Silva; Moraes e Amorim (2022) Araujo; Viana e Oliveira (2022) Correia e Soares (2022)	13
<b>Relatório social</b>	Teixeira, <i>et al.</i> (2019) Junqueira (2019)	2
<b>Visita domiciliar</b>	França, <i>et al.</i> (2019) Silva; Moraes e Amorim (2022) Araujo; Viana e Oliveira (2022)	3

A atuação de assistentes sociais nas instituições que operam políticas, programas, projetos, serviços e benefícios sociais insere-as/os na esfera da regulação das relações sociais da população usuária. Portanto, o conjunto de instrumentos e técnicas utilizadas pelas/os assistentes sociais expressam o fazer profissional de modo consciente e sistemático em relação ao seu objeto de intervenção, que é a questão social e suas diversas expressões (Guerra, 2002). Assim, ao tratar dos instrumentais utilizados na prática profissional, reflete-se sobre a dimensão técnico-operativa do Serviço Social, compreendendo-a como uma “condição necessária à sobrevivência da profissão” (Guerra, 2002, p. 15) e que não se limita às técnicas e aos instrumentais, mas fundamenta-se nas dimensões teórico-metodológica e ético-política e se desdobra em um conjunto de ações que requer o planejamento e a finalidade da/o profissional.

Como se referem Santos, *et al* (2012, p. 20), a competência técnico-operativa da profissão aqui debatida, deve ser constituída por “estratégias, táticas, instrumentos, técnicas, conhecimentos específicos, procedimentos, ética, cultura

profissional e institucional, particularidades dos contextos organizacionais”. Logo, debater a dimensão técnico-operativa no trabalho da/o assistente social significa apreendê-lo em sua totalidade, constituído pelas dimensões teórica-metodológica, técnico-operativa e ético-política (ABEPSS, 1996).

A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais (ABEPSS, 1996, p.7).

Por sua vez, a dimensão teórico-metodológica do Serviço Social possibilita não apenas a compreensão dos fenômenos sociais, mas também das demandas vigentes, viabilizando a sistematização e a construção de abordagens teórico-metodológicas que orientam a ação e a formação profissional (Guerra, 2012). Para Yamamoto (2007), a dimensão ético-política do Serviço Social influencia significativamente o pensamento e o comportamento das/os profissionais — inseridas/os nesta ordem societária marcada por conflitos e contradições —, de modo que se concretiza nas ações profissionais.

As dimensões que fundamentam o exercício profissional, segundo Guerra (2002), devem ter como objetivo responder às demandas dos/as usuários/as dos serviços prestados, de maneira que tais dimensões são utilizadas no desvelamento de situações reais, na compreensão das demandas e no posicionamento ético-político da/o assistente social, sendo este último o que envolve os princípios teóricos, éticos, políticos e técnicos da/o profissional.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo, buscou-se evidenciar a contextualização histórica da Política de Saúde e dos cuidados paliativos no Brasil, com destaque para a inserção do Serviço Social em equipes multidisciplinares atuantes nesse campo.

A trajetória da Política de Saúde no Brasil esteve entrelaçada, contraditoriamente, pelos interesses da ordem societária e pelas lutas dos movimentos sociais. Os modelos de saúde do Brasil dos anos 1930 a 1970 não atendiam às necessidades da população dado seu caráter curativo, privativo e filantrópico. A crítica a tal modelo, *pari passu* ao processo de democratização

brasileiro, fortaleceu a incidência política do Movimento de Reforma Sanitária e sua propositura de acesso universal à saúde. Marco indelével desse movimento, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que contou com a participação da sociedade civil e lançou as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado na Constituição Federal de 1988.

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu a concepção de saúde, estabelecendo-a como um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição foi posteriormente superada com a adoção de uma concepção ampliada de saúde, formulada na 8ª Conferência Nacional de Saúde que incluiu a necessidade de condições dignas de vida — alimentação, habitação, educação, renda, entre outros direitos —, bem como o acesso a serviços, para a garantia de saúde.

Doenças graves e incuráveis foram vistas como processos de sofrimento contínuo até a morte, sem intervenções significativas para aliviar sintomas. Somente na década de 1970, os cuidados paliativos se consolidaram no Brasil como campo específico de assistência à saúde, propondo a abordagem centrada no sujeito e no alívio de sintomas de dor e sofrimento.

Globalmente, os cuidados paliativos ganharam reconhecimento a partir da década de 1960, principalmente devido aos estudos sobre o controle da dor conduzidos pela inglesa Cicely Saunders, que fundou o *St. Christopher's Hospice* em 1967. Tal instituição buscava proporcionar a melhor qualidade de vida possível e um fim digno para pacientes com doenças avançadas, a partir da abordagem multidisciplinar que incluía a compreensão das dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou oficialmente o termo "cuidados paliativos" em 1990, definindo-o como cuidado ativo e integral para pacientes sem possibilidade de cura. Nesse mesmo contexto, o Brasil vivenciava avanços significativos das políticas neoliberais, que dificultaram a implementação de serviços de saúde voltados a assistências específicas. Portarias como a de N° 3.535/1998 e a de N° 19/2002 estabeleceram os cuidados paliativos no âmbito do SUS, mas somente a Resolução N° 41 de 2018, possibilitou a consolidação de diretrizes para sua integração nos diferentes níveis de atenção do SUS. Posteriormente foi aprovada a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), a

partir da Resolução Nº 729 de 2023, representando avanço importante ao estabelecer estratégias de informação, comunicação e capacitação sobre a temática para profissionais e a sociedade.

Ademais, foi mencionado que os serviços de cuidados paliativos no Brasil, especialmente no SUS, são compostos por uma equipe multidisciplinar, proporcionando o cuidado integral e para além das práticas exclusivamente médicas, considerando a complexidade das situações enfrentadas por pacientes e familiares nesse contexto. No âmbito nacional, as comunidades compassivas emergiram como resposta para garantir cuidados paliativos em contextos comunitários, especialmente em áreas periféricas, oferecendo suporte integrado e acessível às necessidades locais e em condição de desigualdades socioeconômicas.

Soma-se aos resultados do trabalho, a discussão da bioética nos cuidados paliativos, examinando a conduta humana e as questões éticas relacionadas à saúde, incluindo decisões sobre tratamento, autonomia do/a paciente e dignidade no fim da vida. Os princípios fundamentais da bioética — autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça — são reconhecidos como importantes para guiar as práticas e decisões éticas dos/as profissionais de saúde.

Em continuidade ao debate dos aspectos ético-legais dos cuidados paliativos, o Plano Avançado de Cuidados (PAC) é considerado um processo de definição das preferências, objetivos e valores dos/as pacientes em relação aos cuidados de saúde, podendo ser elaborado por familiar ou pessoa designada em caso de incapacidade. Além do PAC, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) também são um instrumento para manifestação escrita dos/as usuários sobre suas vontades no processo do fim da vida. Dessa maneira, após o falecimento, os cuidados paliativos permanecem oferecendo suporte à família.

Em sequência, o capítulo 3 destaca a atuação profissional do Serviço Social nos cuidados paliativos, com base na análise de publicações teóricas brasileiras e em trabalhos apresentados nos XV, XVI e XVII Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS). No Brasil, a inserção do Serviço Social na saúde deu-se na década de 1940, majoritariamente na atenção hospitalar. A partir da institucionalização do SUS, diversas resoluções e portarias do Ministério da Saúde, assim como de normativas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

reforçaram o papel de assistentes sociais em equipes multidisciplinares de saúde. No cenário mais recente, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, aprovada em 2023 e instituída em 2024, oficializou a presença de assistentes sociais nas equipes de cuidados paliativos, reconhecendo a importância de sua atuação na promoção de direitos sociais dos/as usuários/as e seus familiares. A política reflete um avanço significativo na consolidação do Serviço Social como parte essencial dessas práticas no âmbito do SUS.

Com base nos estudos realizados, foi possível observar conhecimentos referentes à atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos, como percebidos nos Manuais de Cuidados Paliativos, organizados pelo Ministério da Saúde e pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). A significativa contribuição de profissionais como Letícia Andrade e Ivone Bianchini de Oliveira enriqueceu o debate, destacando a contribuição da categoria profissional no suporte à família e ao/à paciente durante a fase terminal da doença.

À luz dos corpora bibliográficos e documental analisados, foi possível destacar que a atuação de assistentes sociais é recomendada desde o diagnóstico da doença, considerando as necessidades socioeconômicas, de rede de suporte social e de acesso a serviços domiciliares. Por conseguinte, é enfatizada a importância do uso de instrumentais do Serviço Social para reconhecimento das complexidades da realidade social de usuários/as que se encontram em cuidados paliativos.

A partir do vínculo entre a/o assistente social, a/o paciente e a família durante o processo de fim de vida, é facilitada a tomada de decisões institucionais e legais, como a definição de testamentos e registros legais. Portanto, é atribuída/o a/ao assistente social o papel de orientar sobre os direitos e procedimentos necessários para o acesso a benefícios previdenciários, visando garantir proteção financeira à família após o óbito.

Entre os achados da pesquisa referente à prática profissional, pode-se destacar que os atendimentos realizados pelas/os assistentes sociais não podem ser restritos apenas ao/à paciente, devendo estender-se também ao/a cuidador/a, ressaltando a necessidade de intervenções de acolhimento e providências às demandas do/a paciente, cuidador/a-familiar.

Dos achados nos 20 estudos analisados dos Anais do CBAS, emergiu um conjunto significativo de relatos de experiência e reflexões teóricas para o debate sobre a inserção do Serviço Social nos cuidados paliativos. Entre as temáticas abordadas, destacam-se as relacionadas à mercantilização da saúde e seus impactos nos cuidados paliativos, além dos desafios enfrentados pela categoria profissional em tempos de avanço das contrarreformas neoliberais sobre as políticas públicas. As publicações analisadas enfatizam a instrumentalidade do Serviço Social, suas competências e atribuições privativas ressaltando a autonomia e participação dos/as usuários/as.

As descrições do cotidiano profissional enfatizam a importância do acolhimento do/a usuário/a, da coleta de informações para o planejamento de intervenções e da condução de encaminhamentos para benefícios sociais. Da mesma forma, são mencionados o uso de instrumentos que viabilizam a continuidade do tratamento e, conforme o caso, o direito à aposentadoria por incapacidade permanente. Foi evidenciada a importância da/o profissional articular-se às redes sanitárias territoriais e às redes socioassistenciais, com o fito de mediar o acesso ao direito de integralidade do cuidado.

A análise dos trabalhos publicados nos XV, XVI e XVII CBAS apontou a utilização de diversos instrumentos e técnicas nas ações profissionais. A discussão sobre a dimensão técnico-operativa do Serviço Social envolve não apenas os elementos utilizados, mas também as dimensões teórico-metodológica e ético-política. Tais dimensões são requisitos fundamentais que permitem à/ao assistente social posicionar-se de maneira crítica e propositiva frente a situações do cotidiano profissional.

À guisa de reflexão, é importante lembrar que o Serviço Social brasileiro, nas décadas de 1980 e 1990, passou por um processo de reconceituação das suas vertentes iniciais, que eram centradas em abordagens psicologizantes e funcionalistas. Após tal processo, a categoria constituiu um Projeto ético-político profissional que resultou na definição das atuais atribuições e competências específicas de assistentes sociais, sua vinculação a um outro projeto societário e sua vinculação orgânica às demandas da classe trabalhadora. Assim, conforme sinaliza o Código de Ética Profissional de Assistentes Sociais (1993), a categoria não pode perder de vista a necessidade de aprimoramento intelectual, para

compreensão das expressões da questão social sobre a qual atua e para a definição de estratégias possíveis para viabilização do acesso da população usuária aos seus direitos.

O estudo identificou a escassez de publicações disponíveis sobre o Serviço Social e os cuidados paliativos, sendo que a maior parte das produções pertencem à mesma autora, a qual, apesar de dispor de amplo conhecimento, não esgota o debate, mas nos revela a necessidade de ampliá-lo. Desenvolver a produção de estudos e pesquisas sobre os cuidados paliativos como espaço socio-ocupacional da categoria, é direcionar às/aos profissionais o acesso ao conhecimento teórico-prático, problematizando possíveis requisições indevidas ao Serviço Social, o que favorece a qualificação da atuação profissional.

Ademais, no âmbito do SUS a noção ampliada de saúde articula-se à compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, encontra-se alinhada ao projeto ético-político do Serviço Social, assim como o princípio da universalidade de acesso às ações e serviços de saúde assegurados pelo Sistema. A conjuntura neoliberal, e a profunda ofensiva burguesa à seguridade social, exige intensificada luta coletiva em prol do SUS, como política de saúde pública, democrática e universal, num cenário adverso em que os direitos sociais conquistados se confrontam com a árdua disputa dos interesses do capital em detrimento das necessidades da população.

Por fim, torna-se fundamental que o Estado opere na garantia constitucional da “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, incluindo o direito aos cuidados paliativos e à promoção da morte digna, com a formulação de políticas públicas efetivas no âmbito do SUS. Concluo este trabalho com os apelos escritos pelo poeta nordestino, Patativa do Assaré: “Morte, você é valente / O seu poder é profundo / Quando eu cheguei neste mundo / Você já matava gente / Eu guardei na minha mente / Este seu grande rigor / Porém lhe peço um favor / Para ir ao campo santo / **Não me faça sofrer tanto / Morte, me mate sem dor!**”.

## REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. Memória: 80 anos do Serviço Social no Brasil: O III CBAS “O Congresso da Virada” 1979. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 181-186, jan./abr, 2017.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo, **ANCP**, 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Portal ANCP**, 2020. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/>>. Acesso em: 12 jul. 2024.

ANDRADE, Letícia apud MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social na área da Saúde: construindo registros de visibilidade. São Paulo: **Alumiar**, 2019a.

ANDRADE, Letícia. Cuidados paliativos e Serviço Social: um serviço de coragem. Holambra, São Paulo: **Editora Setembro**, 2015.

ANDRADE, Letícia. Cuidados Paliativos na emergência: papel do assistente social. In: VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina C. da Costa. Cuidados paliativos na emergência. 1ed. Barueri [SP]: **Manole**, 2021a. p 341-346.

ANDRADE, Letícia. O papel de assistente social na equipe. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**, 2012a. p 341-344.

ANDRADE, Letícia. Pacientes em cuidados paliativos: abordagens direcionadas às famílias. In: ANDRADE, Letícia. Serviço Social na área da Saúde: construindo registros de visibilidade. São Paulo: **Alumiar**, 2019b. p 153-166.

ANDRADE, Letícia. Providências práticas para toda a família. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**, 2012b. p 400-410.

ANDRADE, Letícia. Recursos e checklist para desospitalização. In: VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina C. da Costa. Cuidados paliativos na emergência. 1ed. Barueri [SP]: **Manole**, 2021b. p 55-61.

ANDRADE, Letícia. Serviço Social na área da Saúde: construindo registros de visibilidade. São Paulo: Alumiar, 2019c.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: **Sextante**, 2019.

ARAUJO, Liliâne Batista; VIANA, Francisco Daniel Coelho; OLIVEIRA, Maria Carleandra Gonçalves. Cuidados paliativos e o direito do cuidar do bem morrer: a atuação do Assistente Social junto aos pacientes em fim de vida. In: **XVII**

**CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/0000000660.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). Lei de Diretrizes Curriculares. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, 1996.

BAKITAS, Marie, *et al.* Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled study. **Journal of Clinical Oncology**, 2015.

BARATA, Rita Barradas. Como e Por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. 2ª reimpressão. **Editora Fiocruz**, 2016.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica (org). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: **EPSJV/Fiocruz**, 2007.

BERTHOLINO, Taciana Lopes. O serviço social e os cuidados paliativos oncológico: atuação e especificidade profissional. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/253/250>. Acesso em: 2 jun. 2024.

BERTOLLI, Claudio. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: **Ática**, 1996.

BEZERRA, Mariana Aguiar; MORO, Sirlei Dal. Dor social: contribuições do Serviço Social. In: D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares, *et al.* Manual de cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo: **Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde**, 2023, p. 243-249.

BOFF, Leonardo. Cuidado: o ethos do humano. In: BOFF, Leonardo. Saber cuidar - ética do humano, compaixão pela terra. 8.e. Petrópolis: **Vozes**, 2002, p.33.

BONAMIGO, Elcio Luiz; PAZINI, Andreia Martini; PUTZEL, Elzio Luiz. O papel dos profissionais da saúde nas diretivas antecipadas de vontade. In: DADALTO, Luciana. (org). Bioética e diretivas antecipadas de vontade. Curitiba: **Prismas**, 2014. p. 249-72.

BONISOLLO, Isabelle Carvalho dos Santos; DIUANA, Juliana Lyra Brisolla. A atuação do Assistente social em cuidados paliativos pediátricos: a experiência no setor de oncologia pediátrica de um Hospital Federal no Rio de Janeiro. In: **XV CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 15., 2016, Olinda. Anais eletrônicos [...], 2016. Disponível em: [https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_ artigos/1303.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_ artigos/1303.pdf). Acesso em: 2 jun. 2024.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. CFESS, **Revista Inscrita**, 2009.

BOURKE, Joanna. The Story of Pain: From Prayer to Painkillers. Oxford: **Oxford University Press**, 2014.

BRANCO, Tiago Pugliesi. Trajetórias de doenças. In: VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina C. da Costa. Cuidados paliativos na emergência. 1ed. Barueri [SP]: **Manole**, 2021. p 11-13.

BRASIL. Código de Ética profissional do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissional. 4 ed. Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**, 1993. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESSSITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESSSITE.pdf). Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução N.º 218, de 6 de março de 1997. **Conselho Nacional de Saúde**, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br//>, Acesso: 29 mai. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Senado Federal**, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 8 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 729 de 7 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). **Diário Oficial da União**, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-729-de-7-de-dezembro-de-2023-537307427>. Acesso: 10 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que significa ter saúde? Saúde e Vigilância Sanitária. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 11 mai. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Ministério da Saúde**, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. **Ministério da Saúde**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N° 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados no Âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N° 729, de 7 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). **Ministério da Saúde**, 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Ministério da Saúde**, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. **Ministério da Saúde**, 1998.

BRASIL. Senado Federal. Pacientes terminais poderão recusar procedimentos de suporte de vida. **Agência Senado**, 2018. Disponível em: [BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4a ed. São Paulo: \*\*Cortez\*\*, cap. 5, 2006. p. 88 - 110.](https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/07/26/pacientes-terminais-poderao-recusar-procedimentos-de-suporte-de-vida#:~:text=Pacientes%20terminais%20poder%C3%A3o%20recusar%20procedimentos%20de%20suporte%20de%20vida,-Compartilhe%20este%20conte%C3%BAdo&text=O%20C%C3%B3digo%20Penal%20. Acesso em: 23 abr. 2024.</a></p></div><div data-bbox=)

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinias (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: **Cortez**, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: **UFRJ**, 1996.

CARLO, Marysia M. Rodrigues do Prado do. Cuidados paliativos, história e evolução, 2015.

CASALDÁLIGA, Pedro. Antologia retirante. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 1978.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto, *et al.* A abordagem dos cuidados paliativos e Serviço Social: à guisa de reflexões teóricas. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/0000000353.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

CEGATTI, Fábio. *et al.* Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-41, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: **CFESS**, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução N.º 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: **CFESS**, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução N.º 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Brasília: **CFESS**, 2009.

CORADAZZI, Ana Lucia; SANTANA, Marcella Tardelli; CAPONERO, Ricardo. (org). Cuidados paliativos: diretrizes para melhores práticas. São Paulo: **MG Editores**, 2019.

CORREIA, Dandara Batista; SOARES, Andressa dos Anjos. Os cuidados paliativos na perspectiva do trabalho multiprofissional: um relato de experiência. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/0000001333.pdf> Acesso em: 2 jun. 2024.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2005.

DADALTO, Luciana. Testamento vital. São Paulo: **Atlas**, 2015.

EVANGELISTA, Gabriel Ramos Nascimento; REZENDE, Evangelista, Regina Maura; LIPORACI, Bruno de Paula Checchia. Cuidados paliativos: aproximações acerca do trabalho do Assistente Social. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/521/509>. Acesso em: 2 jun. 2024.

FERRUGEM, Renata Dutra; WUNSCH, Dolores Sanches. A mercantilização da saúde e a proteção social: desafios para o trabalho do/a Assistente Social no atendimento aos/às usuários/as em cuidados paliativos. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/0000001391.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. A História dos Cuidados Paliativos no Brasil/The History of Palliative Care in Brazil. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, 2011.

FLORES, Silvia Librada, *et al.* Todos com você: um novo método para desenvolver comunidades compassivas — experiências na Espanha e na América Latina. **Ann Palliat Med**, 2018.

FONSECA, José Paulo da. Luto Antecipatório. Livro Pleno, Campinas: **Livro Pleno**, 2004.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, 1994; (2): 129-35.

FRANÇA, Amanda Olga Simões de, *et al.* O Assistente Social em cuidados paliativos oncológicos: experiências e reflexões sobre as orientações no pós-óbito. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/491/476>. Acesso em: 2 jun. 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO (UNFPA). Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra. 5 de dezembro de 2017. **Nações Unidas Brasil**, 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra>. Acesso em: 12 mai. 2024.

GÓIS, Cláudia Cristina, *et al.* Cuidados paliativos: conhecendo e disseminando o trabalho do Assistente Social no campo dos cuidados paliativos. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/493/479>. Acesso em: 2 jun. 2024.

GOMES, Ana Luiza Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.30, n.88, p.155-166, 2016.

GUERRA, Yolanda. As dimensões da prática profissional e a possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas. Juiz de Fora: **Editora UFJF**, 2002.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). A

dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. Juiz de fora: **Ed. UFJF**, 2012, p. 9-13.

HAWLEY, Pippa. Barriers to Access to Palliative Care. **Palliative Care**, v. 10, 20 Feb. 2017.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: **Cortez e Celats**, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. São Paulo: **Cortez**, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: **Cortez**, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: **Cortez**, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4 ed. Brasília: **Ipea**, 2011.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: **IASP**, 2020.

JUNQUEIRA, Liana Zaynette Torres. Suporte das políticas sociais para paciente em cuidado paliativo oncológico na capital federal. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/573/560>. Acesso em: 2 jun. 2024.

KELLEHEAR, Allan. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. **QJM**, 2013.

KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito. 6ª ed. São Paulo: **Martins Fontes**, 1998.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. A roda da vida: memórias do viver e do morrer. Tradução de Maria Luiza Newlands Silveira. Rio de Janeiro: **GMT Editores**, 1988.

LIMA, Mayra de Souza. Cuidados paliativos no contexto do SUS: um estudo realizado a partir de uma pesquisa com discentes de graduação em serviço social do estado da Bahia. TCC (Bacharelado em Serviço Social) Instituto de Psicologia, **Universidade Federal da Bahia**. Bahia, p. 61, 2020.

LOURENÇATO, Frederica Montanari, *et al.* Implantação de serviço de cuidados paliativos no setor de emergência de um hospital público universitário. **Revista Qualidade HC**, 2016.

MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política. Tradução Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: **Expressão Popular**, 2008.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, vol. 1, n. 1, p. 1-12, jan./dez. 2002. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634840/2758>. Acesso em: 12 jul. 2024.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 7 ed. São Paulo: **Cortez**, 2001.

MATEUS FAZENO ROCK. Indigno Love. **Independent**: 2023. Álbum (4:28 min).

MATTOS, Ruben Araújo. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 771-80, 2009.

MENDONÇA, Henrique Pereira Freitas de. A problemática da saúde na sociedade capitalista e suas implicações no processo de adoecimento dos trabalhadores brasileiros. 2017. 137 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, **Universidade Federal de Alagoas**, Maceió, 2018.

MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai. Task force of taxonomy: classification of chronic pain. In: MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai. (org). Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: **IASP Press**, 1994.

MESQUITA, Gefé da Rosa, *et al.* Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Vq6km5zqRKNFK4JSCzzW3Jh/?format=pdf&lang=p>t. Acesso em: 15 mai. 2024.

MORAES, Patrícia de Paula Barros; SILVA, Marinara Melo da; AMORIM, Raquel da Silva. O fazer profissional do Assistente Social nos cuidados paliativos oncológicos: uma revisão integrativa. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000086.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

MOREIRA, Jessica. Se luto é tabu, imagina o luto nas periferias. Folha de S. Paulo. 6 abr. 2022. **Folha de S. Paulo**, 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/blogs/morte-sem-tabu/2022/04/se-luto-e-tabu-imagina-o-luto-nas-periferias.shtml>. Acesso em: 12 mai. 2024.

MORITA, Tatsuya, *et al.* The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. **Support Care Cancer**, 1999.

MOURA, Francilene Gomes Nunes. Serviço Social e Cuidados Paliativos: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão. 2021. 146 f. **Dissertação (Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão**, São Luís, 2021. p 68-117.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo: **Cortez**, 1992.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social - Uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 3. ed. São Paulo: **Cortez**, 1996.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: **Expressão Popular**, 64 p. 2011.

OLIVEIRA, Claudino Oliveira. Que faz o assistente social no âmbito dos cuidados paliativos?. Trabalho de Conclusão de Residência. Rio de Janeiro: **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**, 2023.

OLIVEIRA, Ivone Bianchini de; SALES, Dimitri; SPEDANIERI, Ligia Stungis. Proteção ao paciente e à família em cuidados paliativos: a importância das orientações sobre aspectos legais e burocráticos. In: ANDRADE, Letícia. Serviço Social na área da Saúde: construindo registros de visibilidade. São Paulo: **Alumiar**, 2019. p 53-68.

OLIVEIRA, Ivone Bianchini de. Suporte ao paciente e à família na fase final da doença. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**, 2012. p 544-555.

OLIVEIRA, Jussara Fernandes. O avanço neoliberal e os desafios da política de saúde no Brasil. **X Jornada Internacional Políticas Públicas**, 2001.

OLIVEIRA, Livia Costa de. Cuidados Paliativos: Por que Precisamos Falar sobre isso?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 65, n. 4, p. e-04558, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/558>. Acesso em: 16 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. **OMS**, 1990. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 9 mai. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Definition of Palliative Care. Geneva: **OMS**, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Programas nacionais de controle do câncer: políticas e diretrizes de gestão. 2.ed. Geneva: **OMS**, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, **OMS**, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Traitement de la douleur cancéreuse. Genebra: **OMS**, 1987.

PAIVA, Carolina Fraga. TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E NO BRASIL. Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: **Editora ABEn**, 2022.

PESSINI, Leo. BERTACHINI, Luciana. Ética do cuidado e humanização no mundo da saúde, em especial em final de vida. In: PESSINI, Leo. BERTACHINI, Luciana. (org). Bioética, cuidado e humanização. São Paulo: **Loyola**, 2014. p. 283-308.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2009.

RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa; BARRIOSO, Paula Damaris Chagas. O paciente em fase final de vida. In: VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina C. da Costa. Cuidados paliativos na emergência. 1ed. Barueri [SP]: **Manole**, 2021. p 140-145.

ROCHA, Clarisse Mendes; ANDRADE, Thalita Mayan Esquerdo. O Serviço Social e a integralidade dos cuidados paliativos. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/152/149>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SANTOS, Cláudia Mônica dos, *et al.* A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. Juiz de fora: **Ed. UFJF**, 2012. p.15-38.

SANTOS, Marta Alves; SENNA, Mônica de C. Maia. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Katálisis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 439-447, set./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hKCTFGdNpJZ7QdDqzB5QM3L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mai. 2024.

SANTOS, Roseana Gomes Leal dos; RANGEL, Tatiane da Silva. Comunicação em cuidados paliativos: estratégia utilizada pelo Serviço Social com a equipe multiprofissional e paciente. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. p. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/0000000098.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SAPORETTI, Luis Alberto; ANDRADE, Letícia; *et al.* Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**, 2012. p 42-55.

SARDINHA, Ana Lúcia Brito; AMORIM, Raquel da Silva. Serviço Social e cuidados paliativos: a dor social na interface com a relação socioeconômica de usuário com câncer. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/813/794>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SAUNDERS, Cicely apud ARANTES, Claudia Quintana Arantes. A morte é um dia que vale a pena viver. Rio de Janeiro: **Sextante**, 2019.

SAUNDERS, Cicely. Saunders. Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. Londres: **Edward Arnold**, 1991.

SAUNDERS, Cicely. Pain and impending death. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. Textbook of pain. Nova York: **Churchill Livingstone**, 1989. p. 621-624.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2007.

SILVA, Girlane Medeiros da. A atuação do Serviço Social em cuidados paliativos no Hospital Gonzaga Mota José Walter em tempos de pandemia da Covid 19. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001278.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SILVA, Lívia Gomes da Silva. O paciente estável. In: VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina C. da Costa. Cuidados paliativos na emergência. 1ed. Barueri [SP]: **Manole**, 2021. p 43-45.

SILVA, Marinara Melo da; MORAES, Patrícia de Paula Barros; AMORIM, Raquel da Silva. Educação popular em saúde e cuidados paliativos: a/o Assistente Social como um multiplicador desta temática. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000090.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS (SEADE). Pesquisa Cuidados no Domicílio. São Paulo, mar 2023. Disponível em: <https://cuidadosnodomicilio.seade.gov.br/o-trabalho-de-cuidados-na-familia-e-majoritariamente-feminino-e-parental/#:~:text=90%25%20dos%20cuidadores%20s%C3%A3o%20mulheres&text>

=Os%20cuidadores%20dos%20enfermos%20tamb%C3%A9m,residentes%20no%20domic%C3%ADlio%20(88%25). Acesso em: 04 jun. 2024.

SIQUEIRA, Kassia de Oliveira Martins; GONÇALVES, Luciana Rodrigues. Pensando a relação entre pobreza, envelhecimento, cuidados paliativos e assistência domiciliar na saúde pública. In: **XV CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 15., 2016, Olinda. Anais eletrônicos [...], 2016. Disponível em: [https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/1659\\_-\\_PENSANDO\\_A\\_RELACAO\\_ENTRE\\_POBREZA,\\_ENVELHECIMENTO.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/1659_-_PENSANDO_A_RELACAO_ENTRE_POBREZA,_ENVELHECIMENTO.pdf). Acesso em: 2 jun. 2024.

SOUZA, Julieta Taissa Coelho de, *et al.* A dimensão técnico operativa do Serviço Social em cuidados paliativos: relato de experiência profissional em um hospital referência em oncologia do estado do Pará. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1046/1022>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SOUZA, Julieta Taissa Coelho de. Serviço Social e cuidados paliativos: um relato de experiência a respeito do entrave ao acesso a direitos sociais. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2020. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1434/1402>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SOUZA, Renilson Rehem. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

TEIXEIRA, Jamila Trevizan, *et al.* A intervenção do Serviço Social e sua interface com as demais políticas públicas – a insuficiência da rede de serviços públicos frente às demandas sociais de uma idosa internada em cuidados paliativos geriátricos. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/301/300>. Acesso em: 2 jun. 2024.

TERZI, Cristina Bueno; TERZI, Renato G. Giovanni; JUNQUEIRA, José Carlos dos Santos. Ajuste de suporte vital. In: VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina C. da Costa. Cuidados paliativos na emergência. 1ed. Barueri [SP]: **Manole**, 2021. p 3-10.

TURAÇA, Karina; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa. Este paciente necessita de cuidado paliativo? In: VELASCO, Irineu Tadeu; RIBEIRO, Sabrina C. da Costa. Cuidados paliativos na emergência. 1ed. Barueri [SP]: **Manole**, 2021. p 3-10.

VALENTE, Mara Thereza. O cuidador-familiar: ações e interlocuções. In: ANDRADE, Letícia. Serviço Social na área da Saúde:construindo registros de visibilidade. São Paulo: **Alumi**, 2019. p 125-136.

VICTOR, Germana H. Grassi Gomes. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2016.

VIEIRA, Ana Patricia. *et al.* Cuidados Paliativos: atuação do assistente social. **Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Paulista**, São Paulo, 2011.