

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

STEPHANIE DA SILVA SANTOS

O Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos: uma experiência de estágio  
em um hospital público de alta complexidade no Recife.

RECIFE  
2025

STEPHANIE DA SILVA SANTOS

O Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos: uma experiência de estágio em um hospital público de alta complexidade no Recife.

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>. Ana Cristina Brito Arcoverde.

RECIFE

2025

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

Santos , Stephanie da Silva.

O Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos: uma experiência de estágio em um hospital público de alta complexidade no Recife. / Stephanie da Silva Santos . - Recife, 2025.

p.70 : il., tab.

Orientador(a): Ana Cristina Brito Arcoverde

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. A política de saúde no Brasil e a inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde - breve resgate. 2. Cuidados Paliativos como um serviço necessário ao usuário da saúde. 3. O Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos. I. Arcoverde , Ana Cristina Brito . (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

Stephanie da Silva Santos

**O Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos: uma experiência de estágio em um hospital público de alta complexidade no Recife.**

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>. Ana Cristina Brito Arcoverde.

Aprovado em: 11 de Abril de 2025

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá  
(Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Cristina Brito Arcoverde (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE  
2025

A minha família materna, que sob muita fé e esforço me proporcionaram chegar até aqui com tranquilidade, essa conquista é nossa. Em especial a minha bisavó Gertrudes (*in memorian*), que foi grande incentivadora dos meus estudos e em seu fim de vida foi uma paciente elegível a cuidados paliativos.

A todos os pacientes (*in memorian*) eleitos a cuidados paliativos, que suas histórias reforcem a importância da dignidade e humanização do cuidado.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus por todo suporte durante a graduação. Sou grata a Ele por todo amparo nos momentos de aflições. Obrigada meu Deus, que em sua infinita bondade me mostrou uma resiliência que eu não sabia que existia em meu ser.

Agradeço a minha mãe, Josivania Maria, que é a minha maior incentivadora e de longe a pessoa que mais acredita em meu potencial. Sou grata por todo apoio emocional e financeiro depositados ao longo da graduação. Toda minha gratidão a essa jovem mulher que na grande maioria das vezes abdicou de seus sonhos para que meus sonhos e projetos fossem possíveis.

Ao meu noivo, Alisson, que acompanhou de perto toda essa trajetória acadêmica e sempre me incentivou a prosseguir mesmo diante de todas as dificuldades.

Agradeço aos meus familiares que sempre incentivaram a minha permanência na graduação, em especial meus avós maternos, Maria e Severino, meus irmãos Ítalo, Eduardo e Helena que são meu motivo para ir sempre em busca de me tornar um ser humano melhor. Aos meus tios e tias, nas pessoas de Josivan, Josiane e Esmeralda, que sempre acreditaram em meu potencial e vibraram com cada conquista minha. Ao meu primo Leandro, agradeço todo apoio e incentivo.

Agradecimento especial aos meus amigos da graduação, em especial Larissa Priscila, Ana Luiza, Maria Clara, Ellen Manuelle, Therla Kiria, Thamires Sales e Maria Fernanda. Obrigada por toda escuta e acolhimento nos momentos em que mais precisei, estarei sempre na torcida por cada um de vocês. Também sou muito grata aos meus amigos fora da universidade, em especial Maria Christiane, Layane Aguiar, Núbia Nayara, Jaqueline Andrade, Arthur Adélio e Kaylane Beatriz, que foram fontes de incentivo e descontração durante os anos de graduação, amigos que viveram alegrias e tristezas junto comigo, serei sempre imensamente grata a vocês.

Gostaria de agradecer, na pessoa da minha supervisora de estágio Aiala Frederick, a toda equipe do Serviço Social do Hospital Nossa Senhora das Graças, que contribuíram de maneira direta para a minha formação acadêmica e profissional. É uma grande honra saber que profissionais tão potentes fizeram parte da minha formação.

Agradeço, por fim, a minha orientadora, a professora Ana Cristina Brito Arcoverde, que dedicou seu tempo à orientação de minha monografia. Sua orientação foi essencial para a realização deste trabalho. Gratidão.

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Cicely Saunders.

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como tema central o Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos: uma experiência de estágio no hospital Nossa Senhora das Graças. O Serviço Social enquanto profissão que integra equipes multidisciplinares na saúde atua nos cuidados paliativos mais recentemente e que têm como principal objetivo viabilizar o acesso e usufruto aos direitos sociais da pessoa portadora de uma doença ameaçadora da vida além de garantir o acesso a informações acerca do contexto familiar e socioeconômico ao qual o indivíduo encontra-se inserido a fim de otimizar o acesso e usufruto de direitos cidadãos em tratamento paliativo e garantir um atendimento de qualidade e humanizado. No ano de 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu os cuidados paliativos como medidas necessárias de cuidado para pacientes que se encontram diante de doenças ameaçadoras de vida. O presente trabalho teve como objetivo geral analisar os desafios presentes na atuação do assistente social na saúde nos cuidados paliativos em um hospital de alta complexidade do Sistema Único de Saúde. Como objetivos específicos foram definidos: debater a atuação do Serviço Social nos Cuidados Paliativos; a inserção dos Cuidados Paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) e analisar os desafios presentes na atuação do assistente social nos Cuidados Paliativos. A aproximação com a temática e a elaboração da presente monografia resultou da experiência de estágio curricular obrigatório da Universidade Federal de Pernambuco na Graduação em Serviço Social na unidade hospitalar Nossa Senhora das Graças (antigo Alfa). Trata-se de um trabalho de conclusão de curso de caráter exploratório descritivo, elaborado por meio de levantamento bibliográfico, no que diz respeito a revisão bibliográfica, a mesma deu-se através da revisão de artigos, trabalhos de conclusão de curso e dissertações. No que tange às publicações do Serviço Social, foram identificadas poucas publicações a respeito do tema, evidenciando assim a necessidade de uma maior abordagem em torno da temática em questão para aperfeiçoar a prática da atuação do serviço social nos cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Serviço Social; Sistema único de Saúde; Saúde.

## ABSTRACT

The present undergraduate thesis focuses on the analysis of Social Work in healthcare and palliative care: an internship experience in health and palliative care. Social Work, as a profession that integrates multidisciplinary teams in healthcare, plays a role in palliative care, whose main objective is to enable access to and enjoyment of the social rights of individuals with life-threatening illnesses. Additionally, it seeks to ensure access to information regarding the family and socioeconomic context in which the individual is situated, aiming to optimize the access and enjoyment of rights for citizens undergoing palliative treatment and to guarantee quality and humanized care.

In 2002, the World Health Organization (WHO) recognized palliative care as a necessary measure for patients facing life-threatening illnesses. This study aims to analyze the challenges faced by social workers in healthcare and palliative care within a high-complexity hospital of the Unified Health System (SUS). The specific objectives defined were: to discuss the role of Social Work in Palliative Care, the integration of Palliative Care into the Unified Health System (SUS), and to analyze the challenges present in the work of social workers in Palliative Care.

The engagement with this topic and the development of this monograph resulted from a mandatory curricular internship experience at the Federal University of Pernambuco's Social Work undergraduate program, conducted at the Nossa Senhora das Graças hospital unit (formerly Alfa). This is an exploratory and descriptive undergraduate thesis, developed through a bibliographic review, including the analysis of articles, undergraduate theses, and dissertations. Regarding Social Work publications, few studies on the topic were identified, highlighting the need for further exploration of this subject to enhance the practice of Social Work in palliative care.

**Keywords:** Palliative Care; Social Work; Unified Health System; Healthcare.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABCP - Associação Brasileira de Cuidados Paliativos**  
**Abrale – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia**  
**ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos**  
**ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar**  
**BPC - Benefício de Prestação Continuada**  
**CFM - Conselho Federal de Medicina**  
**CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde**  
**DSS – Determinantes Sociais da Saúde**  
**IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira**  
**Inca – Instituto Nacional do Câncer**  
**LOS - Lei Orgânica da Saúde**  
**OMS – Organização Mundial da Saúde**  
**SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**  
**SDT - Síndrome de Dor Total**  
**TFD – Tratamento Fora do Domicílio**  
**UBS - Unidade Básica de Saúde**  
**UPA - Unidade de Pronto Atendimento**  
**UTI - Unidades de Tratamento Intensivo**  
**WHPCA – *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance***

## **Lista de Figuras**

**Figura 1 - Figura Com que Frequência você diria que utiliza serviços do Sus?**

**Figura 2 - Determinantes e condicionantes da saúde, segundo o Modelo de Dahlgren e Whitehead.**

**Figura 3 - Qual o significado da dor total?**

**Figura 4 - Imagem da apresentação do projeto de intervenção de estágio**

**Figura 5 - Questionário de satisfação da ação formativa do projeto de intervenção de estágio**

**Figura 6 - Folder informativo do projeto de intervenção de estágio**

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>2. A política de saúde no Brasil e a inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde - breve resgate .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 A trajetória da política de saúde no Brasil - antes de depois da Constituição Federal de 1988 até a criação do SUS.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Processo saúde-doença e suas perspectivas.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3 Inserção dos cuidados paliativos no SUS.....</b>	<b>24</b>
<b>3. Cuidados Paliativos como um serviço necessário ao usuário da saúde.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Descoberta dos Cuidados Paliativos.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Descoberta e conceito de dor total.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 Cuidado Paliativo como direito social e humano.....</b>	<b>38</b>
<b>4. O Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 A prática do Serviço Social nos cuidados paliativos.....</b>	<b>41</b>
<b>4.2 Experiência de estágio nos cuidados paliativos.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3 Desafios presentes na atuação do assistente social nos cuidados paliativos.....</b>	<b>49</b>
<b>5. Considerações Finais.....</b>	<b>52</b>
<b>6. Referências.....</b>	<b>54</b>

## 1. Introdução

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) teve como objetivo geral analisar os desafios presentes na atuação do assistente social no processo de cuidados paliativos do Sistema Único de Saúde (SUS) em um hospital de alta complexidade na cidade do Recife.

A aproximação e interesse pela temática deu-se através da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. O estágio foi realizado de outubro de 2023 a outubro de 2024 no Hospital Nossa Senhora das Graças, situado na Avenida Visconde de Jequitinhonha, 1144, Boa Viagem- PE. O hospital referido é uma unidade hospitalar de alta complexidade, que possui equipe multiprofissional especializada em cuidados paliativos, cujo serviço passou a ser ofertado pelo hospital em agosto de 2023.

O estágio supervisionado é um componente curricular de grande importância para a formação em nível de graduação, possibilitando uma aproximação com a área de atuação profissional. Através do estágio curricular obrigatório, surgiu a oportunidade de ser supervisionada pela assistente social que integra a equipe paliativista da unidade e coordena a equipe psicossocial, viabilizando assim durante o período de estágio supervisionado, uma aproximação com pacientes elegíveis a cuidados paliativos e seus familiares e/ou rede de apoio.

No que diz respeito aos objetivos específicos deste TCC foram assim definidos: analisar de maneira breve a trajetória da política de saúde no Brasil, tratar dos determinantes sociais da saúde e a política de cuidados paliativos no processo saúde-doença, trazer uma experiência de estágio na saúde, além de observar os desafios da atuação do serviço social nos cuidados paliativos.

De acordo com o CFESS, considerando que os assistentes sociais atuam mediante o conhecimento da realidade, faz-se necessário aos profissionais do serviço social:

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).

No que diz respeito à política de saúde, os assistentes sociais atuam na garantia da autonomia e exercício da cidadania dos sujeitos de direito, atuando

diretamente na defesa dos direitos humanos e nos interesses da classe trabalhadora, intervindo em situações de vulnerabilidade<sup>1</sup> social que violem a dignidade do indivíduo (CFESS 2010).

De acordo com Marilda lamamoto:

O assistente social atua na materialização de políticas sociais, articulando planejamento, gestão, assessoria e mobilização social, sem perder de vista a mediação com os usuários na luta pela ampliação e efetivação dos direitos sociais. (lamamoto, 2007, p.157)

O profissional do serviço social pode atuar na saúde, educação, assistência social, habitação, assessorando órgãos públicos, ONGs, movimentos sociais, empresas entre outras áreas.

O presente trabalho de conclusão de curso resulta portanto de uma experiência de estágio nos cuidados paliativos e se caracteriza como estudo exploratório, analítico e descritivo tomando como referências: plano de estágio, relatórios de estágio, livros, sites, artigos, TCC's e outros materiais relacionados ao tema dos cuidados paliativos e a atuação do assistente social, que serão devidamente analisados, sistematizados e referenciados.

A presente monografia está organizada em seis capítulos, sendo o primeiro a introdução e o último as considerações finais. O segundo capítulo abordará, de maneira breve, a política de saúde no Brasil e a inserção dos Cuidados Paliativos no Sistema Único de Saúde e sendo desenvolvida em três subseções, a primeira subseção abordando a trajetória da política de saúde no Brasil, a segunda o processo saúde-doença e a terceira subseção abordando a inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde.

O terceiro capítulo discorre sobre os cuidados paliativos e se desenvolverá em três subseções, sendo a primeira delas falando sobre a descoberta dos cuidados paliativos, a segunda subseção retrata a descoberta do conceito de dor total e a terceira subseção sobre os cuidados paliativos como direito social e humano.

---

<sup>1</sup> A vulnerabilidade social está relacionada à situação socioeconômica da população, que leva em conta questões como renda, escolaridade, saúde, condições de inserção no mercado de trabalho, acesso aos serviços prestados pelo Estado e oportunidades de mobilidade social. Esses fatores indicam as condições de vida de quem sofre com a falta de recursos e estruturas para seu desenvolvimento enquanto cidadão. Fonte: <https://alana.org.br/glossario/vulnerabilidade-social/>.

O quarto capítulo discute a análise do Serviço Social na saúde nos cuidados paliativos, este terá uma subseção que irá discorrer sobre a prática do Serviço Social nos cuidados paliativos, e a segunda subseção sobre a experiência de estágio nos cuidados paliativos na cidade do Recife, e por fim, a terceira e última subseção deste capítulo irá apresentar os desafios presentes na atuação do assistente social nos cuidados paliativos.

Este trabalho de monografia poderá agregar positivamente no que diz respeito ao debate teórico-metodológico, interventivo e ético-político do Serviço Social no âmbito da saúde nos cuidados paliativos, buscando compreender e defender os cuidados paliativos como um direito social e humano dos indivíduos e de sua rede de apoio.

## **2. Breve resgate da política de saúde no Brasil e a inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde**

A política de saúde no Brasil é marcada por diversas mudanças políticas, econômicas e sociais. É desenvolvida e determinada ao longo dos anos pelos processos e contextos socioeconômicos e sociopolíticos do país.

O presente capítulo abordará a trajetória da política de saúde no Brasil e a inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. A abordagem do tema partirá do surgimento da política de saúde no Brasil de maneira breve até a construção do Sistema Único de Saúde, tendo como principal marco histórico a Constituição Federal de 1988, tratando-o em dois momentos distintos: o antes e depois da Constituição Federal de 1988. Em seguida será debatido, de maneira breve, o conceito de saúde e o processo saúde-doença. A última subseção deste capítulo apresenta a inserção dos cuidados paliativos no Brasil.

### **2.1 A trajetória da política de saúde no Brasil - antes e depois da Constituição Federal de 1988 até a criação do SUS**

Para resgatar a trajetória da política de saúde no Brasil, faz-se necessário compreender que ela é longínqua e repleta de marcos históricos e determinações econômicas, políticas e sociais. Devemos, contudo, sinalizar dois momentos

históricos importantes: antes da Constituição Federal de 1988 e o pós constituição cidadã que consagrou a saúde como direitos de todos e dever do Estado.

Assim, até os anos 1930, a política de saúde no Brasil, segundo Bravo, ganhou um caráter nacionalista, sendo subdividida entre a saúde pública e a medicina previdenciária que perdurou até os anos 60. O setor da saúde pública esteve nesse período responsável por criar condições mínimas de acesso a usufruto dos serviços de saúde para as populações urbanas e do campo. Segundo Braga e Paula (1986) no período de 1930-1940 foram adotadas algumas alternativas para a saúde pública, dentre elas a ênfase nas campanhas sanitárias, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação dos serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela) dentre outros.

A medicina previdenciária surgiu também na década de 30 focalizada como hospitalar, curativa e empresarial, sendo nessa época criadas as CAP 's (Caixas de Aposentadorias e Pensões) que foram regulamentadas pela Lei Elói Chaves. As CAP's eram gerenciadas por empresas e apenas os grandes estabelecimentos possuíam condições de manter os benefícios. As CAP's incluíam os trabalhadores assalariados, e assegurava o fornecimento de medicamentos e o acesso a consultas médicas (Bravo, 2001, p. 3).

Nesse período, houve também a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, uma ampliação das CAP's, que ampliou as categorias profissionais que eram beneficiadas pelo modelo previdenciário e proporcionava a distinção dos benefícios de acordo com a categoria profissional. O tipo de assistência à saúde variava de acordo com a quantia contribuída e isso fez com que algumas categorias profissionais fizessem maior usufruto dos benefícios em relação a outras categorias de trabalhadores que não possuíam vínculo empregatício reconhecido pelo Estado. Tal fato, segundo Baptista, fez com que grande parte da população sofresse uma injustiça social (Baptista 2007). As CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) com o objetivo de estender o acesso previdenciário a um número maior de categorias operárias (Polignano 2001).

Nos anos seguintes e até 1964, Bravo destaca que:

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final

dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. ((Bravo, 1999 Apud Bravo, 2000, p. 5.)

Entre os poucos investimentos que foram feitos, pode-se destacar a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, onde a política de saúde foi alocada e assumiu caráter público-previdenciário. De acordo com Inês Bravo (2006) a Política Nacional de Saúde:

Enfrentou tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, as conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (Bravo, 2006, p.94).

A construção da política de saúde no Brasil passou por muitos marcos que se refletiram em mudanças sociais, políticas e econômicas no transcorrer dos anos.

Durante o regime militar (1964 - 1985), foram adotadas algumas ações que podem ser consideradas de saúde pública, e reiteradas pelo Decreto Lei 200 (1967) que definiu como competência do Ministério da Saúde a formulação e coordenação da política nacional de saúde, pesquisa médico-sanitário, responsabilização pelas atividades médicas ambulatoriais, controle de drogas, medicamentos e alimentos. Porém, vale destacar que o governo destinou à saúde pública uma quantidade restrita de recursos, e suas competências, resultando apenas em ações e atendimentos de medicina curativa.

No pós 64 a saúde acaba assumindo características capitalistas em decorrência das modificações tecnológicas ocorridas no exterior e sofre tensão no que diz respeito à ampliação dos serviços, disponibilidade de recursos e a emergência do movimento sanitário, que defende a saúde pública, e os poucos pode-se verificar um declínio no que tange a saúde pública, fortalecendo-se então a medicina previdenciária.

Segundo Souza (2012), a saúde pública na década de 1970 assumiu caráter médico-assistencial e privatista, pois o atendimento esteve voltado para trabalhadores/as do mercado formal e seus dependentes, cujo modelo centrava-se na medicina curativa, com enfoque no controle de epidemias e doenças infectocontagiosas. Neste período a saúde ainda era muito fragmentada e possui acesso restrito, principalmente às camadas menos favorecidas socialmente.

Em 1985 com o fim do regime militar e a eleição de Tancredo Neves, em meio a muitos movimentos sociais, inclusive na área da saúde, houveram reivindicações que resultaram em melhorias. Neste período, segundo Bravo (2006) a saúde passa a ser de interesse político e democrático:

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006, p. 8).

Dessa forma o movimento de reforma sanitária ganha força com a sociedade civil em defesa de uma melhoria e do fortalecimento da saúde pública (Bravo, 2006).

Um evento importante para a saúde foi a realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília no ano de 1986 e que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, constituindo-se um marco importante no que diz respeito à política de saúde no país. De acordo com Bravo:

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos

políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (Bravo, 2006, p. 9).

Tanto que a Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde enquanto política pública nos seguintes termos:

"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.

O movimento de Reforma Sanitária ocorrido no Brasil em 1988, foi de extrema importância para o sistema de saúde do Brasil, pois propunha a mudança da assistência médica para um modelo universal que tinha como foco a atenção primária à saúde. De acordo com Baptista (2007) o movimento de reforma sanitária apresentou quatro pontos de destaque para debate:

"A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunha preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; e o Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde" (Baptista, 2007, p. 43).

O movimento de reforma sanitária, possuía características de um projeto societário, que de acordo com Netto:

Os projetos societários são aqueles que apresentam uma imagem da sociedade que se quer construir, que contam com determinados valores para justificar sua construção e meios para concretizá-la. São projetos coletivos, onde suas propostas são voltadas para o conjunto da sociedade. Porém, há concorrência entre diferentes projetos societários e, na realidade em que vivemos, os projetos societários que atendem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas contam sempre com condições menos favoráveis diante dos projetos das classes possuidoras e dominantes. (Netto, 1999, p. 45).

O movimento de reforma sanitária conferiu cunho progressista e democrático, baseando-se nos princípios da Universalidade, onde todos os cidadãos têm direito garantido ao acesso a serviços de saúde, independente do contexto socioeconômico ao qual esteja inserido; Integralidade, diz respeito à oferta de atendimento completo e contínuo, de acordo com as necessidades do indivíduo, garantindo que o mesmo receba os cuidados necessários em todas as fases da vida; Equidade dos serviços, implica no tratamento das pessoas de acordo com suas necessidades específicas, buscando garantir que todos tenham acesso de forma justa aos serviços de saúde.

Com o novo marco constitucional, além de definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, definiu também que todos os brasileiros devem ter acesso universal e igualitário, baseado nos princípios da integralidade, descentralização e participação da sociedade civil. Além da relevância pública definiu também a responsabilidade e seus princípios. Assim vejamos:

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: [\(Vide ADPF 672\)](#)

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.

(Brasil, 1988)

Bravo destaca que a Constituição de 1988 conseguiu contemplar a saúde de forma positiva, tendo em vista que:

A alteração da norma constitucional ocorreu no processo constituinte com toda a articulação e mobilização efetuada, tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário.

Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças de entidades consideram que nenhum outro setor teve o desempenho e uma proposta clara como a Saúde (BRAVO, 2006, p. 12).

De acordo com Bravo (2006), após a constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido através das reivindicações dos movimentos sociais, passando a integrar o sistema de seguridade social brasileiro.

É possível verificar no artigo 198 da Constituição de 1988 que a formulação do Sistema Único de Saúde consiste no objetivo de atender às necessidades da população como um todo, determinando a saúde coletiva como um direito de cidadania.

Com a criação da Lei 8080 de 1988 foi instituído o Sistema único de Saúde (SUS) que definiu seus objetivos:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que se configurou em meio à grande disputa de interesses, resultou na universalização da Política de Saúde e na efetivação de seus serviços voltados para atender às necessidades de saúde da população de toda a população.

Compreende-se que são três os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que consistem na Integralidade que assegura o atendimento desde a prevenção até a reabilitação do sujeito; a Universalidade que garante o acesso de todos os cidadãos independente de suas características ou ocupações sociais e a Equidade que busca garantir que os recursos sejam devidamente distribuídos de acordo com as necessidades dos indivíduos, tendo como objetivo reduzir as desigualdades e garantir que aqueles que mais precisam recebam o atendimento adequado.

Os níveis de atenção à saúde pública no Brasil são definidos através da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que define estes como: atenção primária e atenção especializada que é subdividida em dois níveis sendo eles a média e a alta complexidade. A atenção primária à saúde, promove a assistência clínica e proporciona aos usuários uma maior proximidade com os profissionais da saúde, promovendo uma melhora na qualidade de vida dos usuários através da conscientização e prevenção.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a atenção primária à saúde no ano de 2022 contava com 48.161 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertando em média 564.232 atendimentos por dia. No que diz respeito à atenção especializada é dividida em dois segmentos parecidos, porém distintos, sendo eles: a média e a alta complexidade, comumente conhecidos respectivamente como atenção secundária e terciária.

A média complexidade consiste em atendimentos ofertados em hospitais e ambulatórios como pediatria, cardiologia, oncologia, psiquiatria, ginecologia, entre outras especialidades médicas, serviços esses que são encontrados comumente em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e possuem capacidade de atendimento de 150 a 450 pacientes por dia. A alta complexidade, por sua vez, é ofertada por grandes unidades hospitalares que possuam estrutura para tratar casos específicos que não puderam ser resolvidos na atenção primária ou secundária. Essas unidades de alta complexidade ofertam Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e grandes centros cirúrgicos com profissionais aptos a realizar procedimentos com maior complexidade (Ministério da Saúde, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde se subdivide em diversos programas e políticas de saúde, dentre eles: o Programa de Saúde da Família (PSF) que atua na atenção primária e leva profissionais da saúde às comunidades através das Unidades Básicas de Saúde, que ofertam também atendimento a domicílio; Programa Melhor em Casa, que oferece tratamento domiciliar a pacientes que necessitam de tratamento contínuo, buscando promover a recuperação do paciente através do conforto familiar e evitando longas internações; Programa Mais Médicos que leva atendimento médico a regiões remotas e de difícil acesso e com alto índice de vulnerabilidade social, visando uma melhoria nos atendimentos aos usuários e proporcionando a continuidade no tratamento; Política Nacional de Imunização que oferece imunização gratuita para

toda a população; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que é caracterizado pelo atendimento precoce a vítimas de incidentes, tendo como objetivo evitar o agravamento das vítimas e minimizar o sofrimento, prevenindo sequelas e em muitos casos evitando o óbito; e a Farmácia Popular que atua através da distribuição de medicamentos de forma gratuita ou com descontos.

Abaixo, na figura 1<sup>2</sup> é possível observar a quantidade de cidadãos que responderam a pesquisa sobre a frequência de utilização do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2021, sendo possível observar a importância do SUS na vida da população brasileira na oferta de atendimento médico gratuito, sempre ou às vezes (73%) utilizado pela população.



Fonte: [https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.poder360.com.br%2Fbrasil%2F29-dos-brasileiros-dependem-sempre-do-servico-publico-de-saude-mostra-poderdata%2F&psig=AOvVaw3swAqM1UADFN5yB9gxyN3o&ust=1742941169017000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBcQjhXqFwoTCJiUz\\_vfo4wDFQAAAAAdAAAAABAE](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.poder360.com.br%2Fbrasil%2F29-dos-brasileiros-dependem-sempre-do-servico-publico-de-saude-mostra-poderdata%2F&psig=AOvVaw3swAqM1UADFN5yB9gxyN3o&ust=1742941169017000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBcQjhXqFwoTCJiUz_vfo4wDFQAAAAAdAAAAABAE).

Além do Sistema Único de Saúde, do setor público, existe também o setor privado, que oferece por meio dos planos de saúde, atendimentos e procedimentos médicos pagos. Mesmo sendo do setor privado, os planos de saúde também passam por regulação governamental através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

<sup>2</sup> Figura: Com que frequência você diria que utiliza serviços do SUS?

Nos últimos anos pode-se observar que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando uma série de desafios onde os direitos construídos são atacados sofrendo constantes desmontes, problemas administrativos e financeiros. Um dos mais recentes ataques ao Sistema Único de Saúde foi a Emenda Constitucional nº 95/2016 conhecida popularmente como teto de gastos de 2016 que limitou por vinte anos as políticas sociais e os recursos voltados ao SUS, essa ementa afeta diretamente a oferta e o acesso a um serviço de saúde de qualidade. No ano de 2022 houve uma alteração na Emenda Constitucional nº 95/2016 através da Emenda Constitucional 126/2022 que possibilitou um aumento no que diz respeito à flexibilidade nos gastos públicos.

Mesmo diante de tantos desmontes e investimentos limitados, de acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde consiste no maior sistema de saúde pública do mundo, chegando a atender de forma integral e gratuita mais de 190 milhões de pessoas por ano. E, para que o Sistema Único de Saúde continue sendo um dos maiores do mundo, faz-se necessário superar as questões estruturais, financeiras e investir em uma maior capacitação dos gestores do sistema, a fim de garantir um sistema que ofereça uma saúde efetiva, gratuita e de qualidade à toda população.

A política de saúde no Brasil, em síntese, é o resultado da evolução de um modelo de saúde que passou de seletivo a universal, e que vem sofrendo muitos desmontes, é um processo regado de muitos percalços, mas também de muitos avanços no que diz respeito a saúde e ao acesso a uma saúde de qualidade para toda a população brasileira.

## **2.2 Conceito de saúde, o processo saúde doença e suas perspectivas**

Saúde é um conceito de certa forma não consensual, assumindo significados históricos diversos. O conceito de saúde, faz-se necessário compreender o processo saúde-doença, que permeia a saúde pública no Brasil e sua associação com a classe trabalhadora brasileira, pois no século XX a saúde foi considerada como uma demanda da classe trabalhadora sob a perspectiva da economia capitalista e do direito do trabalho assalariado.

Até 1988 a saúde pública era compreendida apenas como um serviço previdenciário, onde apenas os trabalhadores que contribuíam com a Previdência

Social tinham acesso. De acordo com Santos e Andrade (2006) a saúde era reconhecida apenas como mais um serviço público. Após a Constituição Federal de 1988 a saúde pública passa a ser definida como direito de todos e dever do Estado.

O conceito de saúde vem se modificando ao longo dos anos. Inicialmente, entendia-se por saúde a ausência total de doença, mas, em 1947 o termo foi ressignificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e passou a ser tratado como o estado de completo bem-estar social, físico e mental, mostrando-se assim numa concepção mais ampliada no que diz respeito ao processo saúde-doença. Atualmente, Segundo a Lei Orgânica de Saúde (LOS), número 8.080 de 19 de setembro de 1990 o processo saúde-doença é explicado da seguinte forma:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990, Art. 3).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que devem ter como objetivo a redução do risco de doenças e que garantam o acesso universal e igualitário a todos os brasileiros (Brasil, 1988). Sendo assim, cabe ao Estado garantir o conjunto de ações e unidades de oferta de serviço que vão desde a prevenção de agentes adoecedores até as ações curativas.

A expressão saúde-doença é utilizada para todas as questões que envolvem a saúde e doença dos indivíduos levando em consideração que estas estão atreladas e são consequências dos mesmos fatores e determinantes sociais. Frequentemente cuidados para com a saúde e prevenção de fatores adoecedores são habitualmente reduzidos as práticas de exercícios físicos e alimentação de qualidade, que de fato são fatores que contribuem consideravelmente para uma saúde de qualidade. Mas, é importante pontuar que os fatores socioambientais ao qual o indivíduo encontra-se inserido influenciam na sua saúde tanto quanto os fatores biológicos.

De acordo com a comissão de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) criada pela OMS em 2005, o conceito saúde-doença pode ser explicado através do

contexto socioeconômico e demográfico ao qual o indivíduo encontra-se inserido, pois, influencia de forma direta e indiscutível o processo saúde-doença, ou seja, de fatores ao qual o indivíduo está submetido, devendo ser levado em consideração questões culturais, biológicas, financeiras e ambientais.

Assim, os determinantes e condicionantes da saúde podem ser expressos na figura 2<sup>3</sup>, a seguir:



Fonte: Modelo Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead. Determinantes Sociais da Saúde - Fiocruz. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2011/08/Figura2-Jpeg.jpg>

Na figura acima podemos ver alguns determinantes sociais da saúde que podem influenciar a predisposição para doenças, dentre eles: idade, sexo e fatores hereditários, pois, tendo em vista que a genética tende a aumentar as chances de comorbidades, o sexo biológico pode influenciar no aparecimento de determinadas comorbidades como cancer de prostata nos homens e de mama nas mulheres e o fator da idade que muitas vezes está associado ao surgimento de doenças crônicas. No que diz respeito ao estilo de vida dos indivíduos, é importante pontuar que a qualidade da alimentação ao qual os indivíduos têm acesso, atividades físicas e dependências estão diretamente atrelados a saúde dos indivíduos.

As redes sociais e comunitárias influenciam diretamente no processo saúde doença, pois auxiliam na melhora da saúde mental, ajudam a reduzir o estresse através do apoio emocional e podem auxiliar no acesso aos serviços de saúde.

<sup>3</sup> Figura 2: Determinantes e condicionantes da saúde, segundo o Modelo de Dahlgren e Whitehead.

As condições de vida e de trabalho, também agregam fatores, como: produção agrícola de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação, e que influenciam na saúde dos indivíduos tanto nos aspectos físicos quanto mentais, pois, fatores como trabalho excessivo, baixos salários, exposição a riscos ocupacionais, baixos salários e insegurança financeira, eventualmente contribuem para o processo saúde-doença.

Em suma, a figura representa a ideia de que os fatores sociais, ambientais e econômicos influenciam direta ou indiretamente na saúde da população de maneira geral, tanto quanto os fatores biológicos.

Por fim, as condições socioeconômicas, culturais, e ambientais gerais influenciam na saúde, pois, à medida em que o nível de desigualdade aumenta existe também uma piora no acesso da população a serviços de saúde. A qualidade do ambiente no qual o indivíduo se encontra inserido também afeta de maneira direta a saúde da população, como o acesso a coleta de resíduos e saneamento básico de qualidade. As políticas públicas, por sua vez, devem garantir o acesso à saúde, trabalho e educação digna. De acordo com Lucchese:

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (Lucchese, 2004, p.3).

Cabe ainda ressaltar que questões culturais da mesma forma influenciam no processo de saúde-doença dos indivíduos, tendo em vista que essas questões culturais influenciam diretamente na maneira que os indivíduo lidam com a saúde e a enfermidade. Portanto, o processo saúde-doença deve ser pensado levando em consideração o contexto biológico, social e psicológico. A saúde, por sua vez, deve ser pensada numa perspectiva ampliada e como um direito social universal.

### **2.3 Inserção dos cuidados paliativos no SUS**

Foi na década de 1970, que o movimento dos cuidados paliativos chega ao Brasil voltado para os pacientes com câncer, sendo os primeiros serviços mais ofertados nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. Porém,

apenas na década de 90, portanto vinte anos depois, que os serviços de palição foram notados através do trabalho do Instituto Nacional do Câncer (INCA) que possuía um setor voltado para cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos vão ganhando notoriedade e no ano de 1998 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), composta por uma equipe multidisciplinar de assistentes sociais, médicos, psicólogos e enfermeiros. Em 2000 foi introduzido no Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, que inicialmente atendeu apenas pacientes com câncer em fase terminal, e em 2003 inaugurou uma enfermaria exclusiva para cuidados paliativos.

Em 2002 a Organização Mundial de Saúde definiu que os cuidados paliativos exigem cuidado amplo, complexo, e compreensão da realidade a qual o indivíduo e seus familiares estão inseridos. Como tal, percebe-se a necessidade da presença e atuação de uma equipe multiprofissional devidamente capacitada. Em 2002 o Ministério da Saúde instituiu os Cuidados Paliativos no SUS através da portaria 19/2002 da seguinte maneira:

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.

(Ministério da Saúde, 2002)

Ainda no ano de 2002 o Ministério da Saúde em janeiro institucionalizou a portaria GM/MS nº 19, que:

Considerando a necessidade de estimular a discussão em torno do tema, gerar uma nova cultura assistencial para a dor e cuidados paliativos que contemplem, holisticamente, o paciente com quadros dolorosos e de adotar medidas que permitam, no âmbito do sistema de saúde do País, 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, resolve:

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 um grande marco nos estudos sobre o tema. O programa ressalta a importância do preparo adequado das equipes que atendem pacientes em cuidados paliativos, proporcionando a formação de redes no controle da dor e em Cuidados Paliativos (Andrade, 2007).

Em 2005 surge a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e que constitui um grande marco para a defesa e sensibilização dos cuidados paliativos no Brasil. A ANCP tem como principal objetivo apoiar o ensino, pesquisa e fortalecer o movimento dos cuidados paliativos no Brasil. O debate em torno dos Cuidados Paliativos no Brasil vem ganhando força e agregando mais instituições que possam somar com esse movimento de defesa dos mesmos, como o Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira, que são instituições que agregam valor e unificam diretamente no movimento e defesa dos cuidados paliativos no Brasil.

No Nordeste, mais especificamente no Estado de Pernambuco, em 2009, no IMIP, que se destaca como referência, foi inaugurado o primeiro serviço de Cuidados Paliativos com um centro especializado na oferta desse serviço. Atualmente a unidade funciona no Hospital Pedro II situado em Recife -PE no bairro dos Coelhos, possui 12 leitos e atende até 30 pacientes por mês, atendendo adultos e crianças com o objetivo de garantir o controle dos sintomas e garantir a melhora na qualidade de vida dos usuários do serviço. O IMIP conta também com formação profissional voltada aos cuidados paliativos e no ano de 2011 passou a ofertar o

Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos, ofertando também pós-graduação em Medicina Paliativa e Cuidados Paliativos na Pediatria para formar em cuidados paliativos seus profissionais.

A Instituição que reúne associações de cuidados paliativos de todo o mundo, conhecida internacionalmente como Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) publicou em dezembro de 2011 o mapa do desenvolvimento global dos cuidados paliativos, esse documento cataloga os países com nota de 1 a 5, sendo 1 a nota mais baixa, para países que não possuem nenhum serviço voltado aos cuidados paliativos e a nota 4B para países que possuem serviços avançados em cuidados paliativos. Nessa pesquisa o Brasil ocupa a posição 3B, isso implica dizer que o país possui atendimentos generalizados de Cuidados Paliativos. Os países nessa categoria possuem implantações dos cuidados paliativos em várias regiões, financiamentos, disponibilidade de morfina, treinamentos e ações educativas.

De acordo com o Atlas de 2022 da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, foi por volta dos anos 2000 que houve um aumento considerável dos serviços de cuidados paliativos no Brasil. Os dados na tabela abaixo mostram que foram criados 16 novos serviços de cuidados paliativos entre 2000 e 2009 e esse número continua a crescer entre 2010 e 2019 passando a 104 serviços de oferta de cuidados paliativos. E o movimento continua ascendente entre os anos de 2020 e 2022 com 90 novos serviços.

No Estado de Pernambuco, são ofertados no serviços de cuidados paliativos do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as unidades podemos citar o Hospital Nossa Senhora das Graças (antigo Alfa), IMIP, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Hospital do Câncer, Hospital Eduardo Campos da Pessoa Idosa, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Miguel Arraes e Hospital Pelópidas da Silveira, são instituições que possuem parceria com as instituições nacionais de cuidados paliativos.

Nordeste	60 (25,7%)
Sudeste	98 (41,8%)
Centro Oeste	28 (12,0%)
Sul	40 (17,1%)
Norte	8 (3,4%)

Tabela 1<sup>4</sup> - Serviços de Cuidados Paliativos nas regiões Brasileiras

Pode-se observar constante avanço no que diz respeito à expansão dos cuidados paliativos. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, no ano de 2022 os serviços de cuidados paliativos totalizam 234, provendo aumento de 22,5% em relação a 2019.

Ainda existe a necessidade latente de maiores investimentos nos cuidados paliativos, pois no Brasil ainda é um serviço muito recente, sendo assim, faz-se necessária a implementação de políticas públicas efetivas que proporcionem um atendimento paliativo de qualidade para os usuários e seus familiares, com profissionais qualificados e unidades de atendimento devidamente equipadas para atender as demandas da população brasileira elegível a cuidados paliativos.

### 3. Cuidados paliativos como um serviço necessário ao usuário da saúde

Os cuidados paliativos<sup>5</sup> atualmente são ofertados em todo o Brasil pelo Sistema Único de Saúde. Esse serviço é ofertado nas unidades de saúde e executado por uma equipe multidisciplinar que objetiva amenizar os sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais que acometem o usuário e sua rede de apoio, numa perspectiva humanizadora. Segundo o artigo 5º do CONASS (Conselho Nacional de Secretaria de Saúde) os cuidados paliativos devem ser ofertados em todos os níveis de atenção à saúde, sendo eles: atenção básica, atenção ambulatorial, atenção domiciliar, na urgência e emergência, e enfim na atenção hospitalar.

<sup>4</sup> Tabela 1 Fonte: Organização própria baseada no Atlas de 2022 da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: [Atlas\\_ANCP \[2022\].pdf cuidados paliativos](#)

<sup>5</sup> A palavra *pallium* tem origem no latim e significa manto. Fonte: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/558> .

De acordo com Pessini (2005) ainda existem muitas percepções equivocadas em torno dos cuidados paliativos:

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 (PESSINI, 2005, p. 5)

Conforme a Resolução CFM número 1.805/2006 é lícita a conduta médica de suspensão ou limitação em procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente com sofrimento, fazendo-se assim necessário a busca por medidas para aliviar os sintomas de sofrimento de acordo com as vontades do paciente ou de seu representante legal, que podem ser filhos, cônjuge, sobrinhos, netos, irmãos e amigos.

Segundo Paiva, 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).

O projeto de lei Número 883,2020 define que:

Os cuidados paliativos são empregados com o objetivo de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes com doenças graves, progressivas e incuráveis, com prognóstico bastante limitado, mediante o emprego de medidas voltadas para a prevenção e o alívio da dor e de qualquer sofrimento físico, psicossocial e espiritual.

Além de melhorar a qualidade de vida do paciente, os cuidados paliativos também tem como objetivo incentivar o trabalho multidisciplinar, fazer a propagação de informações sobre cuidados paliativos para o representante legal e para a sociedade, integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, lutar pelo direito ao acesso a uma saúde humanizada, entre outros objetivos.

O presente capítulo abordará na primeira subseção a descoberta dos cuidados paliativos, logo em seguida, na segunda subseção falará sobre a

descoberta e o conceito de dor total, e por fim, na última subseção será abordado os cuidados paliativos como direito social e humano.

### 3.1 Descoberta dos cuidados paliativos

No que diz respeito aos cuidados paliativos, temos a pioneira do movimento moderno de cuidados paliativos, que na época não era conhecido com essa nomenclatura, mas sim cuidados *hospice*, que consiste em um movimento voltado para dar suporte no alívio de dores físicas, sofrimento emocional, suporte psicológico e atenção interdisciplinar aos pacientes diante de doenças ameaçadoras de vida. Esse movimento presta suporte também aos familiares e rede de apoio da pessoa adoecida.

O termo <sup>6</sup>"*hospice*" era utilizado na Idade Média para fazer referência às hospedarias que abrigavam os cristãos peregrinos que por vezes adoeciam durante o percurso e necessitavam de abrigo. Acolhia também mulheres grávidas, órfãos, leprosos e pobres. Os hospices eram administrados por religiosos com o objetivo de acolher e amenizar o sofrimento (ANCP, 2009).

O Cuidado *Hospice* não consiste necessariamente em um local físico, mas sim em uma filosofia que trata com dignidade, humanização e respeito o sofrimento da mente, do corpo e do espírito diante de uma condição ameaçadora de vida (CFM 1999). Tem como principal objetivo proporcionar qualidade de vida, focando na dignidade humana e pode ser ofertado nas residências dos pacientes, em hospitais ou em casas de cuidados paliativos.

É importante pontuar que existe uma diferença entre cuidado *hospice* e cuidado paliativo, pois, enquanto os cuidados paliativos podem ser ofertados em qualquer estágio da doença, incluindo a fase curativa, o cuidado hospice por sua vez, é ofertado apenas em fase de terminalidade, para que esta fase seja vivida com dignidade e cercada por todo suporte necessário.

Em 1947 Cicely Saunders, pioneira no movimento de cuidados paliativos, iniciou sua brilhante jornada defendendo e propagando os cuidados paliativos no seu processo de formação como enfermeira, quando cuidou do paciente David

---

<sup>6</sup> Hospice não é um local específico, mas sim uma palavra que traz o conceito e a filosofia de cuidados paliativos. A ideia nasceu em 1978 como um movimento de profissionais com uma maneira própria de oferecer cuidado às pessoas com doenças fora de possibilidade de cura e também às famílias. Fonte: [Entenda o que é um Hospice | Valencis Curitiba Hospice](#).

Tasma, um judeu que estava acometido por um câncer em fase terminal. Cicely Saunders cuidou dele até a sua morte, proporcionando ao mesmo uma morte digna. O paciente referido deixou uma pequena herança para Cicely com a seguinte expressão: “Eu serei uma janela na sua casa”. Segundo Cicely esse foi o ponto de partida para dar início a uma nova maneira de pensar e cuidar. Em 1967 Cicely graduou-se em medicina e fundou em Londres o St. Christopher’s Hospice, que foi a primeira instituição voltada para o cuidado integral do paciente. Esse movimento impulsionado por Cicely Saunders chega tardiamente ao Brasil em 1970, porém, voltado apenas para pessoas com diagnóstico de câncer.

No ano de 1990, a OMS conceituou o termo “Cuidados Paliativos” como: Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Em 1997 o Ministério da Saúde do Brasil criou um Programa em Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais da Saúde.

Em 2002 o conceito foi atualizado e a OMS define os cuidados paliativos como:

Uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

(Organização Mundial de Saúde, 2002)

Quando se trata de cuidados paliativos, faz-se necessário refletir acerca da necessidade latente de que existam profissionais devidamente capacitados e que visem de forma rápida e eficaz o alívio da dor do paciente, seja essa dor física, mental ou espiritual.

Os cuidados paliativos surgem quando observa-se a necessidade de cuidar da pessoa adoecida de forma mais integral e humana, e não apenas com objetivos curativistas, pois, os cuidados paliativos possuem como principal objetivo garantir a qualidade de vida da pessoa adoecida e de sua rede de apoio e/ou familiar.

Segundo a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), os cuidados paliativos possuem como princípios: afirmar a vida e encarar a morte como

um fenômeno natural; não antecipar a morte e nem prolongar a vida de forma indefinida, sem qualidade e com dor; promover o controle dos sintomas físicos perturbadores; promover alívio dos sintomas psico-sócio-espirituais; oferecer um sistema de suporte para auxiliar a família nos cuidados; ofertar um sistema de suporte para que o paciente lide com a própria morte e a família lide e aceite o luto e melhore a qualidade de vida, influenciando positivamente o curso de vida.

Pode-se observar também a necessidade existente em desmistificar os equívocos e incompreensões acerca dos cuidados paliativos e romper com a crença preconceituosa e desinformada de que os cuidados paliativos surgem quando não se pode fazer mais nada e o paciente seja deixado sem qualquer tipo de assistência médica, mental, social e espiritual. Pois, de acordo com a Resolução nº 1.805/2006 Conselho Federal de Medicina:

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Vale salientar que os cuidados paliativos não estão exclusivamente vinculados a terminalidade da vida, pois as medidas paliativas consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida<sup>7</sup> das pessoas que estão diante de uma doença que ameaça a continuidade da mesma, tendo em vista que ainda existem muitas medidas humanizadas a serem adotadas a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o usuário e sua rede de apoio.

Os cuidados paliativos não possuem vinculação alguma com a eutanásia que consiste em proporcionar uma morte indolor ao paciente diagnosticado com uma doença terminal incurável, resumindo-se em uma medida de antecipar a morte do indivíduo. No Brasil a prática da eutanásia configura-se como crime de acordo com o primeiro parágrafo do artigo 121 do Código Penal brasileiro:

---

<sup>7</sup> De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Fonte: <https://bvsmis.saude.gov.br/qualidade-de-vida-em-cinco-passos/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,expectativas%2C%20padr%C3%B5es%20e%20preocupa%C3%A7%C3%B5es%E2%80%9D>.

Art. 121 - Matar alguém: Pena - reclusão, de 6 (seis) a 20 (vinte) anos. Caso de diminuição de pena § 1º - Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Outro conceito ao qual os cuidados paliativos não possuem qualquer associação é a distanásia, que consiste em medidas que prolonguem a vida do indivíduo através de procedimentos usuais ou excepcionais, que buscam manter a qualquer custo a vida do paciente, sem qualquer perspectiva de cura. De acordo com Barroso e Martel:

Por distanásia compreende-se a tentativa de retardar a morte o máximo possível, empregando, para isso, todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais ou não, mesmo que isso signifique causar dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável. Em outras palavras, é um prolongamento artificial da vida do paciente, sem chance de cura ou de recuperação da saúde segundo o estado da arte da ciência da saúde, mediante conduta na qual se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. (Barroso e Martel, 2012, p.25).

O conceito que mais se aproxima dos cuidados paliativos, ainda que permeado por grande discussão pelos Direitos Humanos e pela Bioética é a ortotanásia que consiste em garantir que o paciente tenha uma morte digna sem que o mesmo venha a ser submetido a procedimentos extraordinários que venham a prolongar a vida em sofrimento sem qualquer perspectiva de cura, o conceito de ortotanásia e suas implicações ainda segue em constante debate. De acordo com Pessine:

A ortotanásia permite ao doente que se encontra diante da morte iminente e inevitável, bem como aqueles que estão ao seu redor – sejam familiares, sejam amigos, sejam profissionais de saúde – enfrentar com naturalidade a realidade dos fatos, encarando o fim da vida não como uma doença para qual se deva achar a cura a todo custo, mas sim como condição que faz parte do seu ciclo natural. (Pessine 2008, p. 179).

De acordo com a Resolução nº 1.805/2006, onde o Conselho Federal de Medicina define que:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

No dia 31 de agosto de 2012 o Conselho Federal de Medicina publicou a resolução de nº 1995/2012 onde trata sobre a diretiva antecipativa de vontade, que pode ser expressa por qualquer pessoa maior de 18 anos ou emancipada judicialmente. Essa resolução proporciona ao paciente sem a necessidade de testemunhas, desde que esteja lúcido, o direito de decidir quais procedimentos e tratamentos irá se submeter no momento de sua terminalidade. Não é necessário que a diretiva emancipatória de vontade seja autenticada em cartório, apenas o registro em prontuário médico é o suficiente. Essa resolução é um grande avanço no que diz respeito à preservação da autonomia do paciente, fortalecendo a dignidade do mesmo diante de uma doença ameaçadora de vida.

Compreende-se, portanto, que os cuidados paliativos não prolongam a vida do paciente diante de uma doença ameaçadora de vida, seja ela aguda ou crônica, e muito menos antecipam o fim da vida, mas sim consistem em medidas para humanizar e acolher, medidas essas que consistem em tratar com respeito e dignidade o sujeito que encontra-se dependente de cuidados com sua saúde, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, diante da dor e de doenças que ameaçam a continuidade da vida.

### **3.2 Descoberta e conceito de dor total - uma contribuição ao seu debate**

Em 1986 a Associação Internacional para Estudos da Dor conceituou o termo “dor” como sendo uma “experiência sensorial e física desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões.” De acordo com profissionais da saúde, a dor pode ser decorrente de alguma lesão corporal e possui alívio assim que tratada, esse tipo de dor é chamada de dor aguda. Mas também

existe a dor que permanece por mais de seis meses e retorna periodicamente, e esta pode ser denominada como dor crônica.

A dor pode e deve ser compreendida como um fator ambíguo, pois, de um lado tem-se os sintomas físicos da pessoa adoecida e do outro lado os sintomas psicológicos do paciente em resposta à dor física, ou seja, a maneira que o paciente vai reagir ao quadro de dor e de adoecimento.

Vale pontuar que existe uma diferença entre dor e sofrimento, enquanto a dor se manifesta como uma sensação física, o sofrimento pode se manifestar para além do físico, podendo aparecer como angústia, medo e incerteza diante da enfermidade, por exemplo. Enquanto a dor acomete o paciente de forma física, o sofrimento acomete também sua rede de apoio através da angústia e impotência diante da situação vivenciada por um ente querido.

É de grande importância que a dor e o sofrimento sejam devidamente identificados e tratados de maneira correta, tendo em vista que o sofrimento não está diretamente atrelado a dor física. A confusão dos dois termos pode levar os profissionais a tratarem apenas os sintomas físicos causados pela dor e levá-los a não analisar mais a fundo os sintomas causados pelo sofrimento, ou seja, a dor é fisiológica e o sofrimento é psicológico.

No que tange a dor física, a mesma pode ser compreendida como um sintoma de alarme, servindo para indicar que algo no sistema corporal não está funcionando de acordo com o esperado. Segundo Sousa (2002) faz-se necessário que o profissional médico e demais profissionais da equipe multidisciplinar de cuidados paliativos estejam aptos para o manejo da dor, e possuam conhecimentos e capacidade profissional acerca das estratégias medicamentosas disponíveis e suas aplicações.

A dor psíquica, por sua vez, é compreendida como o conjunto de fatores mentais que levam ao adoecimento mental, como por exemplo o enfrentamento de uma enfermidade ameaçadora de vida que pode e afeta de maneira direta o psicológico do paciente, levando o mesmo ao sofrimento mental, além do físico. Estar acometido por uma enfermidade já é por si só fisicamente e psicologicamente sofrida e/ou estressante.

No que diz respeito ao sofrimento social, este pode ser compreendido como o conjunto de fragilidades sociais do indivíduo adoecido, como por exemplo a impotência diante de uma doença ameaçadora de sua vida que o leva a ficar

completamente dependente do cuidado de outras pessoas, até mesmo o fato de estar muito próximo da morte contribui diretamente com o adoecimento social. Além do sofrimento físico e social, a dor espiritual por sua vez, pode ter como causa o medo e a incerteza do futuro pós-morte, pois não existe algo que explique o que exatamente acontece conosco após a morte do corpo físico, e essa incerteza causa ainda mais sofrimento ao paciente.



[Qual é o significado da Dor Total? - Dra Lígia Toledo | Especialista em Dor, Anestesiologista e Cuidados Paliativos.](https://draligiatoledo.com.br/qual-e-o-significado-da-dor-total/#:~:text=O%20conceito%20de%20dor%20total,e%20espiritual%20de%20cada%20paciente.) Disponível em: <https://draligiatoledo.com.br/qual-e-o-significado-da-dor-total/#:~:text=O%20conceito%20de%20dor%20total,e%20espiritual%20de%20cada%20paciente.>

A figura 3 acima<sup>8</sup>, criada por Lígia Toledo, médica anesthesiologista especialista em terapia da dor/cuidados paliativos, ilustra o conjunto de fatores que formam a <sup>9</sup>dor total, dentre eles na cor vermelha a dor física que abrange o sofrimento físico provocado pela enfermidade e pelos efeitos colaterais do

<sup>8</sup> Figura 3: Qual o significado da dor total?

<sup>9</sup> A Síndrome da Dor Total (SDT) abrange a dor em pacientes oncológicos, considerando aspectos físicos, psicológicos, emocionais, espirituais e sociais. O cuidado paliativo requer uma abordagem multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida e aliviar a dor.

Fonte:

<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5559#:~:text=A%20S%C3%ADndrome%20da%20Dor%20Total,vida%20e%20aliviar%20a%20dor.>

tratamento. Ilustrado em azul se tem a dor psicológica que é causada pelo impacto emocional diante de uma doença. Na cor verde tem-se a dor social, mostrando que a doença pode também afetar a vida social do indivíduo através da perda do papel social, dependência de terceiro para realizar atividades muitas vezes simples como cuidados pessoais, questões financeiras e preocupação com o futuro. Por fim, em amarelo, observa-se a dor espiritual que diz respeito a questões relacionadas à fé de cada indivíduo.

Foi nessa perspectiva aqui que Cicely Saunders na década de 1960 construiu o termo “dor total” que é reforçado como o conjunto de fatores, que vai além dos sintomas físicos, podendo ser também sociais, biológicos, físicos, psíquicos e espirituais.

No que diz respeito ao sofrimento mental, Cicely Saunders (1963) expõe a necessidade em conhecer a dor mental para melhor tratar os sintomas físicos.

A “dor total” deve ser compreendida e interpretada em toda a sua complexidade e amplitude, incluindo fatores emocionais, espirituais, físicos e sociais, e amplificada por demandas profundas diversas a serem satisfeitas. Isso explica a necessidade de profissionais de diversas áreas trabalhando em conjunto e observando a necessidade dos usuários, a fim de proporcionar um atendimento qualificado.

Cicely Saunders ainda reforça que no tratamento da doença existe a necessidade de formação de uma equipe multidisciplinar qualificada, para que o atendimento do usuário do serviço de saúde aconteça de maneira efetiva, abrangendo todas as áreas e sempre visando à pessoa enferma enquanto um todo e não apenas a sua enfermidade.

### **3.3 Cuidados paliativos como direito social e humano**

Segundo Pessini e Bertachini (2006) os cuidados paliativos são indicados quando observa-se o diagnóstico de uma enfermidade avançada, progressiva e incurável; falta de resposta ao tratamento médico específico indicado, no grande impacto emocional ao paciente e sua rede de apoio; dos múltiplos sintomas da enfermidade e do prognóstico de vida inferior a seis meses. Os autores, ainda, definem os princípios dos cuidados paliativos, sendo eles: cuidar de maneira integral da pessoa, sempre levando em consideração os aspectos sociais, físicos,

emocionais e psíquicos; trabalhar de forma alinhada em equipe e com a família e/ou rede de apoio da pessoa adoecida a fim de otimizar o tratamento; garantir a dignidade e autonomia do paciente, sempre trabalhando sob uma perspectiva franca e honesta; contar com o trabalho de uma equipe multiprofissional que tenha como principal objetivo o controle da dor, dos sintomas e o respeito e dignidade à pessoa humana portadora de doença grave e ameaçadora de sua vida.

Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, a equipe de paliativistas deve ser composta por médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e cirurgião dentista (ANCP,2012).

No que diz respeito a atuação do assistente social enquanto integrante da equipe multiprofissional de cuidado específico, segundo o CFESS na resolução N° 557/2009 os profissionais do serviço social tem como objetivo:

[...] sua atuação conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social<sup>10</sup>, 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. (CFESS, 2009, p.1)

É preciso reconhecer as expressões da questão social como objeto de intervenção profissional, incluindo no processo saúde-doença a necessidade dos cuidados paliativos nos serviços de saúde, permanecendo até o fim da vida do usuário, sujeito de direito, com dignidade. E deve ser baseada e/ou levar em consideração a identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais.

A atuação do assistente social deve partir de uma perspectiva totalizante (ABEPSS, 1996), reconhecendo os determinantes socioeconômicos e culturais das desigualdades sociais. De acordo com os Parâmetros de Atuação do Assistente

---

<sup>10</sup> “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”. CARVALHO e IAMAMOTO, (1983, p.77).

Social na Política de Assistência a atuação do assistente social fundamentada na prática totalizante pode proporcionar:

Leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos/as trabalhadores/as em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os/as trabalhadores/as, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.(CFESS, 2011, p. 18)

A proposta de intervenção do assistente social deve estar baseada no enfrentamento das expressões da questão social e na análise do contexto enquanto um conjunto de fatores determinantes.

É incontestável a necessidade de uma equipe multiprofissional qualificada a fim de prestar todo o suporte necessário, analisar e identificar meios de tratamentos que melhorem a qualidade de vida do paciente, e não a manutenção da vida a qualquer custo através de medidas extraordinárias, visando sempre proporcionar dignidade e autonomia para o mesmo. De acordo com o artigo 5º do projeto de Lei Número 883,2020:

Art. 5º É lícito ao médico e demais profissionais de saúde que assistem ao paciente em fase terminal de vida, mediante consentimento informado do paciente ou, na sua impossibilidade, de familiar ou de seu representante legal, limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos desproporcionais ou extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida.

Os cuidados paliativos são definidos como direitos de toda e qualquer pessoa, independente de sua classe social ou maneira de viver, que se encontra diante de uma doença que ameace a continuidade da vida, de acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo é garantir a oferta dos cuidados paliativos aos pacientes desde o diagnóstico até a fase terminal, proporcionando um aumento na qualidade de vida do usuário. Além dos pacientes terem acesso a um serviço de qualidade para lidar com uma doença ameaçadora de vida, seus familiares e/ou rede de apoio também devem estar devidamente assistidos, com o objetivo de otimizar o tratamento do paciente.

O artigo 2º do Projeto de Lei 883/2020 mostra que, todo paciente em fase terminal de vida tem direito a cuidados paliativos adequados, sem prejuízo de outros tratamentos que se mostrem necessários e oportunos.

Diante do exposto, é indiscutível a importância dos cuidados paliativos como direito social e humano, a fim de proporcionar uma qualidade de vida ao paciente, através da dignidade e humanização durante todas as fases do tratamento, que vai desde a curativa até a finitude iminente ou não.

#### **4. O Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos**

O Serviço Social na saúde tem historicidade e longa trajetória, porém, nos cuidados paliativos esta história é relativamente recente. Diante disso, observou-se a necessidade em abordar a atuação do assistente social na saúde e nos cuidados paliativos. Este capítulo constará de três seções, onde a primeira vai debater a prática do serviço social nos cuidados paliativos e como dá-se a sua atuação dessa categoria profissional. Na segunda seção será abordado a experiência de estágio nos cuidados paliativos em um hospital de alta complexidade, experiência essa que resultou na presente monografia. Na terceira e última seção deste capítulo, apresenta os desafios presentes na atuação do assistente social na saúde nos cuidados paliativos.

O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, reconhece o assistente social como uma das quatorze profissões da área da saúde de nível superior, junto com o biólogo, biomédico, educador físico, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, dentistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

##### **4.1 A prática do serviço social nos cuidados paliativos**

Segundo Bravo (2006 p. 9) os assistentes sociais se apresentam como a quarta maior categoria de trabalhadores no âmbito do SUS, cujo atuação na saúde possibilita analisar e conhecer as condições socioeconômicas de vida do usuário que podem vir a contribuir com o processo saúde-doença, atuando diretamente nos elementos componentes da política de saúde no sentido de viabilizar o acesso e usufruto dos usuários a tal política.

Segundo Andrade (2012) a atuação do assistente social nos cuidados paliativos dá-se em síntese da seguinte forma:

conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente, e para a garantia de morte digna. Cabe a esse profissional também avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral. (ANDRADE, 2012,p. 344).

De acordo com os parâmetros de atuação do assistente social na saúde, para que o profissional do serviço social consiga realizar um atendimento de qualidade e baseado no seu Código de Ética Profissional, é necessário que o mesmo esteja ciente das suas atribuições e competências, a fim de estabelecer prioridades levando em consideração os princípios éticos do sujeito profissional.

Cabe ao assistente social no serviço de cuidados paliativos viabilizar informações acerca dos direitos sociais do paciente e de seus familiares buscando assegurar o acesso e usufruto a direitos, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), seguros sociais, licenças do trabalho, informações de como acesso, encaminhamentos e articulações no que diz respeito ao sepultamento gratuito para as famílias que não possuem condições para arcar com os custos de um sepultamento.

De acordo com os parâmetros de atuação do assistente social na saúde, cabe ao profissional do serviço social (2010, p. 54) avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o paciente, buscando auxiliar na melhora e possível participação do usuário e da sua família e/ou rede de apoio no tratamento e nos cuidados.

Pode-se observar também que, muitas vezes o assistente social é responsável por prestar todo o suporte necessário em relação a encaminhamentos para as redes de proteção social e orientações sociais, previdenciárias, etc. Além de possuir grande importância no que diz respeito ao fortalecimento dos vínculos entre o usuário e sua família e/ou rede de apoio.

Para que a proposta dos cuidados paliativos seja adequada à realidade vivida pelo paciente e seus familiares é necessário conhecer o contexto social ao qual o paciente e familiares estão inseridos, devendo, para isso, faz-se necessário realizar a coleta de informações sobre a realidade social que estão inseridos. Para tanto é indispensável a atuação do/a assistente social nos cuidados paliativos que tem como função coletar e socializar as informações do usuário com toda a equipe multiprofissional. Com as informações do contexto socioeconômico coletadas pelos assistentes sociais, é possível proporcionar um tratamento multidisciplinar mais efetivo que analisa o indivíduo em sua totalidade.

O levantamento dessas informações geralmente é feito através da entrevista social, que é feita assim que surgir oportunidade, podendo ocorrer em primeiro momento ou não, tudo vai depender das circunstâncias e condições nas quais se encontra o paciente e seus familiares, amigos ou rede de apoio.

De acordo com Vieira et al. (2011), citando Kübler-Ross (1981), tratar os pacientes em terminalidade de vida também consiste no envolvimento dos familiares diante da morte iminente do paciente, a maneira com a qual a família irá lidar com as informações influencia de maneira direta em como o paciente irá reagir ao processo. A autora explicita que:

Se não levarmos em conta a família do paciente terminal, não poderemos ajudá-lo com eficácia, os familiares desempenham um papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente. (KUBLERROSS, 1981, p. 163)

A análise da composição familiar, faz-se necessária para compreender o meio no qual aquele indivíduo está inserido e se todo o núcleo familiar está ciente do diagnóstico, necessidades e condições do paciente, a fim de traçar um plano de cuidados que possa abranger a realidade do usuário e de sua rede de apoio. Além disso, a atuação do assistente social tem como objetivo compreender o grau de conhecimento do diagnóstico do paciente e de sua rede de apoio para dela poder contribuir para o usufruto e possibilitar bem estar e conforto ao usuário.

De acordo com a ANCP a atuação do assistente social nos cuidados paliativos dá-se da seguinte forma:

A atuação do assistente social em equipes de atenção paliativa pode ser resumida em: conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de

informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente, e para a garantia de morte digna. Cabe a esse profissional também avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral (ANCP, 2012, p. 221).

No que tange ao contexto econômico-social, faz-se necessário compreender qual profissão o usuário exerce, se existe a necessidade de indicar programas sociais, qual a renda familiar, se existe vínculo previdenciário, pois, é de extrema importância conhecer o contexto econômico-social a qual o indivíduo está inserido para viabilizar os direitos e garantir o sustento daquele núcleo familiar que muitas vezes provém exclusivamente da renda daquele membro que encontra-se, no momento, impossibilitado de exercer suas funções laborais.

E por fim, tem-se a necessidade de conhecer a rede de apoio, que em sua grande maioria é composta por familiares, mas podendo também ser composta por amigos e/ou cuidadores remunerados, essa análise da rede de apoio busca entender quem faz parte dessa rede, quem é o principal nome que compõe essa rede e se essa pessoa, dita como principal cuidador, possui condições de exercer de forma plena essa função e se existem outros membros que possam também exercer essa função de auxiliar nos cuidados com a pessoa adoecida. Mas vale observar também que, essa rede de apoio não está restrita apenas ao núcleo familiar do indivíduo, podendo ser composta também por profissionais formados para o cuidado de pacientes e indivíduos que não possuem nenhum grau de parentesco com o usuário.

De acordo com o artigo 5º do Código de Ética do Assistente Social, é dever do assistente social para com as relações com os usuários:

- a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;
- b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;

É dever do assistente social, garantir portanto, que as informações sejam repassadas de forma clara e efetiva para o paciente e seus familiares e/ou rede de apoio, buscando esclarecer questionamentos do usuário e de sua rede de apoio, a fim de evitar o repasse de informações equivocadas, informações essas que devem vir no momento mais oportuno possível, visando evitar o aumento do sofrimento e da angústia que informações insuficientes, equivocadas ou vindas em momentos inoportunos podem causar no paciente e em sua rede de apoio.

#### **4.2 Experiência de estágio nos cuidados paliativos do hospital Nossa Senhora das Graças pertencente ao sistema SUS**

Durante a experiência de estágio, que foi realizado no Hospital Nossa Senhora das Graças (antigo Alfa), foi possível conhecer um hospital de alta complexidade e a importância do assistente social como integrante de uma equipe multidisciplinar na saúde efetivando suas competências nos cuidados paliativos. A equipe multidisciplinar na época do estágio curricular era composta por médicos em suas diversas especialidades, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionista, cirurgião dentista, técnicos de enfermagem.

Foi possível acompanhar de perto por um ano a atuação cotidiana do assistente social em um hospital de alta complexidade que possui atendimento paliativo. O serviço social na unidade realizavam suas atividades com autonomia relativa, dentre elas: acesso e evoluções nos prontuários eletrônicos, visitas aos leitos, orientações pós-óbito, relatórios sociais, entre outras atribuições.

Durante essas articulações tive a oportunidade de participar das visitas multidisciplinares, discussão de casos, visitas ao leito, observação de preenchimentos de fichas sociais e a realização do preenchimento de fichas sociais sob supervisão do assistente social de plantão. As visitas multidisciplinares na maioria das vezes eram compostas por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos e técnicos de enfermagem. Ao longo da visita eram feitas perguntas aos pacientes ou ao acompanhante, bem como também à equipe presente para averiguar como vai o paciente de acordo com cada área da saúde. No que diz respeito às visitas aos leitos, em sua maioria eram realizadas com áreas de atuação distintas, cada uma a seu momento, para ter um contato mais próximo

com o usuário e seu acompanhante, a fim de averiguar com maior precisão de detalhes a situação que o mesmo se encontrava.

O serviço social na unidade dispõe de uma sala privativa para atendimento dos usuários e/ou familiares onde foi disponibilizada a oportunidade de participar de vários atendimentos, observar e realizar também a articulação para TFD (tratamento fora do domicílio) ir até a unidade hospitalar buscar pacientes pós-alta, observar encaminhamentos para a rede socioassistencial, realizar encaminhamentos para órgãos competentes para tratar as violações de direitos que foram identificadas como por exemplo uma denúncia a delegacia da pessoa idosa, participar de salas de espera que possuíam o objetivo de trazer orientações acerca de temas pertinentes como direitos da pessoa idosa, setembro amarelo, setembro verde, outubro rosa, doação de órgãos entre outros temas pertinentes.

Grande parte dos atendimentos que pude acompanhar na sala privativa, eram referentes a articulações pós alta, flexibilizações de visitas e orientações sobre direitos sociais. A denúncia feita na delegacia da pessoa idosa fez referência a uma negligência familiar para com uma idosa, não foi possível acompanhar todo o desenvolvimento do caso, pois, a idosa foi transferida para outra unidade hospitalar. As salas de espera proporcionaram um grande contato com os usuários, pois, através delas eles sanaram suas dúvidas acerca dos direitos sociais e aumentaram seus conhecimentos acerca de temas importantes como o outubro rosa, novembro azul, setembro amarelo, segurança do paciente, importância da doação de órgãos, entre outros temas pertinentes.

Toda ação dos assistentes sociais da unidade preza sempre pelo sigilo profissional e tem como base a Lei de Regulamentação da Profissão, lei nº 8.662, o Código de Ética do Assistente Social, a prática profissional também se respalda na lei nº 8080 fortalecendo a luta pela saúde pública, universal e gratuita para todos.

Levando em consideração que o Código de Ética do Assistente Social, este determina as atribuições e responsabilidades do Assistente Social no seu processo de atuação profissional, no âmbito da saúde, o/a assistente social como mencionado no Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde tem como uma de suas atribuições:

facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma comprometida e criativa não submeter à

operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; (Parâmetros de atuação do assistente social na saúde)

Percebeu-se a necessidade de realizar uma ação formativa voltada para viabilização de informações acerca dos direitos e políticas sociais, entre eles o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família, Cadastro Único, Procuração e Curatela.

O tema escolhido para o projeto de intervenção foi “Serviço Social e Diálogos sobre Direitos e Políticas Sociais”. A escolha pela temática deu-se ao analisar o cotidiano da instituição e as demandas existentes, foi possível identificar as crescentes dúvidas em relação aos direitos e políticas sociais, sendo eles o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família, Cadastro Único, Procuração e o pedido de Curatela. As principais dúvidas encontravam-se principalmente no setor da geriatria. Vale destacar que, os pacientes da geriatria em sua grande maioria estão acompanhados, tendo em vista que necessitam de uma atenção contínua e também a impossibilidade de sair do leito devido às comorbidades que possuem. Sendo assim, encontravam-se impossibilitados de irem em busca de seus direitos e benefícios.

A partir dessa perspectiva surgiu a necessidade de elaborar e realizar uma ação formativa para os acompanhantes com o objetivo de esclarecer as dúvidas em relação aos programas sociais, visando esclarecer quem tem direito, como acessar e como proceder em caso de suspensão do respectivo benefício.

Além dos pacientes da geriatria, observou-se também que as dúvidas em relação aos direitos e políticas sociais são uma demanda de toda a unidade hospitalar, diante disso, observou-se a necessidade de estender a ação formativa a todos os andares do hospital em três dias de ação formativa, a execução do projeto deu-se em três dias, onde foi possível atender dois andares por dia, ao final totalizando seis andares.

A exposição das informações deu-se através de slides explicativos acompanhados de explicação oral ao longo da apresentação e com a distribuição de folders explicativos. De acordo com Iamamoto: “o Serviço Social, como uma das formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da

vida social, tem como recurso básico de trabalho a linguagem” (Iamamoto 1995 p. 101).

Uma dificuldade encontrada na execução da ação formativa foi o receio de alguns acompanhantes em deixar seus pacientes no leito, mesmo que por poucos minutos, para participar da ação formativa. Ao final da apresentação foi disponibilizado um breve momento para sanar as dúvidas existentes. As dúvidas mais frequentes era por onde eles poderiam começar para ter acesso aos benefícios que foram citados na ação educativa e em caso de suspensão do benefício como eles poderiam recorrer. A ação formativa foi de grande importância, pois proporcionou um espaço de diálogo sobre direitos e políticas sociais com vistas a favorecer o acesso da população usuária.

Na figura 4<sup>11</sup> é possível observar imagens da apresentação do projeto de intervenção:

---

<sup>11</sup> Na figura 4 é possível conferir imagens da ação formativa. Fonte: imagem de autoria própria.



Imagem autoral do projeto de intervenção de estágio.

É de suma importância fortalecer os espaços de diálogos com os usuários e solucionar as dúvidas existentes dos usuários, da equipe dos familiares e/ou rede de apoio.

No que diz respeito à <sup>12</sup>avaliação, os participantes avaliaram a ação através de um formulário de satisfação.

Na figura 5 é possível observar o formulário de avaliação utilizado na ação formativa:

---

<sup>12</sup> Na figura 5 é possível observar a imagem do questionário de satisfação. Fonte: imagem de autoria própria.

**Sua opinião é muito importante para nós!**  
Como foi a palestra??

Gostaria de deixar uma sugestão ou comentário?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Questionário e satisfação. Imagem de autoral.

Diante das respostas do formulário foi possível identificar que os usuários avaliaram a ação formativa como sendo muito proveitosa e esclarecedora. Foi distribuído também folders informativos para facilitar a consulta dos usuários às informações disponibilizadas durante a ação formativa. Abaixo, na figura 6<sup>13</sup> é possível observar o folder educativo utilizado na ação formativa:

<sup>13</sup> Na figura 6 é possível verificar a imagem do folder informativo. Fonte: imagem de autoria própria.

**Referências:**

<https://bfa.saude.gov.br/>

<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>

**O que são direitos e Políticas sociais?**



Direitos sociais são direitos fundamentais para toda sociedade. Como por exemplo: direitos a educação, alimentação, segurança, trabalho, moradia e saúde. Políticas sociais são aquelas voltadas para a oferta de serviços básicos a população.

**Projeto de intervenção de Estágio**

**Serviço Social e Diálogos sobre Direitos e Políticas Sociais.**



Folder informativo. Fonte: imagem de autoral.

BPC (Benefício de Prestação Continuada)	Bolsa Família	Cadastro único
<p><b>O que é?</b></p> <p>O BPC constitui uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, tendo sido um direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado a partir da LOAS</p> <p><b>Quem tem direito?</b></p> <p>Ter a renda familiar igual ou inferior a 1/4 do salário-mínimo e ter idade igual ou superior a 65 anos de idade e pessoas com deficiência.</p> <p><b>Como acessar?</b></p> <p>A solicitação do BPC é feita através dos canais de atendimento do INSS através do telefone 135 ou pelo site: <a href="https://meu.inss.gov.br/">https://meu.inss.gov.br/</a></p>	<p><b>O que é?</b></p> <p>é um programa federal de transferência direta e condicionada de renda que integra benefícios de assistência social, saúde, educação e emprego, destinado às famílias em situação de pobreza.</p> <p><b>Quem tem direito?</b></p> <p>Famílias com renda mensal igual ou inferior a R\$218,00 por pessoa.</p> <p><b>Como acessar?</b></p> <p>É necessário estar inscrito no Cadastro único Esse cadastramento é feito em postos de atendimento da assistência social dos municípios, como os CRAS.</p>	<p><b>O que é?</b></p> <p>É um instrumento utilizado para coleta de dados que tem como principal objetivo identificar as famílias baixa renda.</p> <p><b>Pedido de curatela e Procução</b></p> <p><b>Como acessar?</b></p> <p>O pedido de curatela é feito através de uma ação judicial e mediante apresentação de documentos que comprovem a incapacidade da pessoa de tomar decisões, como por exemplo laudos médicos ou relatórios psicológicos.</p> <p>A <b>procução</b>, por sua vez, é um instrumento por onde uma pessoa da poderes decisivos a outra por um prazo de tempo previamente definido.</p>

Folder informativo. Fonte: imagem de autoral.

O folder educativo foi de grande importância para a exposição dos assuntos planejados, no auxílio, disseminação, e fixação das informações repassadas aos acompanhantes dos usuários.

Durante a experiência do estágio foi possível acompanhar o caso de um idoso que estava internado na unidade hospitalar e ele estava acometido da chamada “dor total” que abrange os sintomas físicos, psíquicos, espirituais e emocionais. O mesmo não possuía familiares e/ou rede de apoio, esse fato tornou todo o processo de adoecimento ainda mais delicado e angustiante para o mesmo que contava apenas com o contato da equipe multidisciplinar que o atendia. Com o objetivo de aliviar o sofrimento emocional, foi feita através do serviço social, uma

mobilização na unidade hospitalar para disponibilizar um rádio de pilhas e possibilitar ao paciente momentos de descontração ao ouvir as músicas que gostava, e assim suavizar dentro das possibilidades o seu período de internamento. O paciente permaneceu alguns meses na unidade e foi possível acompanhar de perto todo o sofrimento causado não apenas pelo físico, mas também pelo emocional e social, tendo em vista que o mesmo não possuía familiares, amigos ou rede de apoio que são fundamentais no processo saúde-doença. Pouco tempo antes da finalização do estágio curricular, o paciente veio a óbito em decorrência da sua condição de saúde física.

Na unidade hospitalar em questão, onde foi realizado o estágio curricular existe um grupo para acompanhantes dos pacientes em tratamento paliativo, que proporciona um espaço de escuta e acolhimento, onde assistentes sociais, médicos e psicólogos podem interagir com os acompanhantes para analisar como os mesmos se sentem em relação a todo o processo de saúde-doença e internamento dos seus familiares. Esse grupo de acompanhantes foi de grande proveito e muito enriquecedor, pois proporcionou uma maior aproximação do serviço social e da equipe multidisciplinar com os familiares e/ou rede de apoio dos usuários, onde foi possível observar suas dúvidas, medos e incertezas acerca do processo de adoecimento e terminalidade de vida, resultando no tema do presente trabalho de conclusão de curso.

No que tange aos cuidados paliativos, os assistentes sociais da unidade são responsáveis por analisar a situação socioeconômica dos indivíduos a fim de proporcionar um atendimento de qualidade, produzir e enviar documentos para a rede socioassistencial, analisar o contexto familiar ao qual o indivíduo encontra-se inserido e prestar todo o suporte necessário ao indivíduo e seus familiares e/ou rede de apoio durante todo o tratamento paliativo.

Durante a experiência de estágio foi possível acompanhar muitos pacientes que foram eleitos aos cuidados paliativos em decorrência de múltiplas comorbidades, dentre elas a mais comum era o câncer e a idade avançada de alguns pacientes, também foi possível acompanhar alguns pacientes que foram eleitos a cuidados paliativos em decorrência acidentes de trânsito.

Foi possível analisar também que, a maior parte dos cuidadores presentes no período de internação eram mulheres, mesmo quando a família disponha de homens que poderiam realizar os cuidados de acompanhantes, mas a presença

feminina ainda predominava no número de acompanhantes. Esse estereótipo reforça a crença de que a função do cuidado é exclusiva das mulheres.

Um dos principais desafios encontrados durante o estágio curricular obrigatório foi a comunicação entre os usuários, seus familiares e/ou rede de apoio e a equipe profissional em cuidados paliativos, pois o momento de sofrimento vivenciado por todos, em sua maioria das vezes resulta na interpretação equivocada das informações, por isso a necessidade latente de uma comunicação clara e efetiva que tenha como principal objetivo esclarecer todas as dúvidas dos envolvidos. Além da dificuldade de escuta presente nos atendimentos, também foi possível observar a compreensível dificuldade, principalmente dos familiares, em lidar com o processo de luto e a aceitação do quadro clínico do paciente e da finitude do mesmo.

Alguns pacientes que foram acompanhados durante o período de estágio receberam alta da unidade hospitalar e foram para suas residências dar continuidade ao tratamento, ou foram transferidos para outras unidades que possuem cuidados paliativos para pacientes crônicos, e alguns, conseqüentemente foram a óbito devido as suas enfermidades.

#### **4.3 Desafios presentes na atuação do assistente social nos cuidados paliativos**

Os principais desafios para a atuação do assistente social nos cuidados paliativos encontram-se na realização de capacitação das equipes multidisciplinares que visam um atendimento para além da medicina curativista e que trabalhem e analisem o indivíduo além da sua enfermidade. De acordo com Iamamoto:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2000 p. 20).

Faz-se necessário a capacitação dos profissionais para atuar em todos os âmbitos da sociedade, profissionais estes que devem analisar o indivíduo como sujeito de direitos em sua totalidade, a fim de garantir um atendimento de qualidade.

É importante pontuar que o assistente social no âmbito da saúde deve ter como base de sua práxis (conexão entre a teoria e a prática com intencionalidade) as orientações do projeto teórico metodológico da profissão e ser sempre guiado à luz dos princípios do Código de Ética.

Um dos principais desafios encontrado pelos assistentes sociais nos cuidados paliativos é a efetivação de humanização e capacitação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, bem como a dificuldade existente em identificar o usuário como um ser integral que necessita de cuidados em todos os âmbitos de sua existência, não apenas no que diz respeito a medicina curativa que analisa o indivíduo através da sua enfermidade, mas sim através da análise humanizada que enxerga o indivíduo em sua totalidade.

A carência de equipes multiprofissionais qualificadas para atuar nos cuidados paliativos e a reduzida clareza no que diz respeito às atribuições de cada categoria também influenciam diretamente na qualidade do serviço prestado nos cuidados paliativos.

Vale pontuar que a delimitação da atuação de cada profissional nos cuidados paliativos, com base no projeto ético político de sua respectiva área de atuação profissional é de extrema importância para garantir um atendimento de qualidade aos usuários do serviço paliativo, levando sempre em consideração todos os aspectos físicos, biológicos, psíquicos e espirituais que compõe a visão do usuário como um ser social, sujeito de direitos e, portanto, como uma totalidade.

Muitas demandas presentes na saúde não cabem ao assistente social, porém, a partir do momento que essas demandas extrapolam o limite da individualidade e da universalidade, faz-se necessária a intervenção imediata do assistente social, visando garantir o acesso do usuário aos seus direitos básicos.

De acordo com os parâmetros de atuação do assistente social na saúde consiste na:

Dificuldade de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação a demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e

estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (Parâmetros de atuação do assistente social na saúde, 2009, p. 24).

Um dos desafios encontrados em toda a atuação do assistente social independente da área de atuação é a crença de que o serviço social atua com base no assistencialismo, favor e caridade, quando atua nos cuidados paliativos faz-se necessário romper com essa crença equivocada e interpretar à luz da teoria crítica.

Outro desafio comumente encontrado na atuação do serviço social na saúde e especificamente nos cuidados paliativos, consiste na dificuldade em dialogar com o usuário e sua família e/ou rede de apoio. Diante do momento de sofrimento e incerteza perante o futuro, os familiares e/ou rede de apoio ficam inquietos e a sua capacidade de assimilar informações fica de certa forma limitada. Isso faz com que as informações que são passadas muitas vezes sejam compreendidas e interpretadas de maneira equivocada. Por isso a importância das informações serem repassadas no momento mais oportuno possível, a fim de garantir uma comunicação clara e efetiva, evitando assim desentendimentos e esperanças que não correspondem à realidade do usuário da saúde em cuidados paliativos.

Importante ressaltar também a necessidade de utilizar termos de fácil compreensão, a fim de facilitar a troca de informações entre o profissional, os pacientes, familiares e sua rede de apoio. Termos técnicos na maioria das vezes confundem os ouvintes ao invés de esclarecerem.

É importante destacar que atuação do assistente social nos cuidados paliativos deve sempre buscar espaços que o paciente, seus familiares e/ou rede de apoio sintam-se sempre acolhidos e que as vontades do paciente sejam sempre respeitadas, para que o mesmo sintam-se atendido nas suas necessidades e que suas vontades e autonomia sejam sempre respeitadas e preservadas. Sendo também de extrema importância garantir que todas as dúvidas estejam sendo devidamente sanadas, a fim de facilitar a troca de informações entre o usuário, seus familiares e/ou rede de apoio e a equipe multidisciplinar que inclui o assistente social.

Observa-se, ainda, a necessidade de proporcionar momentos de diálogos que tenham como principal objetivo esclarecer todas as dúvidas existentes em relação à situação que está sendo vivenciada pelos indivíduos. Faz-se necessário

evidenciar também a atuação do assistente social devidamente embasado em seu Código de Ética e que o mesmo esteja ciente das suas atribuições e competências enquanto profissional da saúde.

Em alguns casos, é possível analisar também que um dos desafios consiste no desgaste e o sofrimento por parte do profissional que atua diretamente com o sofrimento e finitude dos usuários, pois, lidar com muito sofrimento e perdas frequentes exige grande preparo emocional por parte dos profissionais.

Por fim, mesmo que durante a formação acadêmica o profissional do serviço social não tenha formação específica e voltada exclusivamente aos pacientes em terminalidade de vida, é possível desenvolver essas habilidades ao longo do estágio curricular e da sua vida profissional tornando-se capaz de contribuir para a qualidade de vida dos mesmos (Simão et al. 2010) ao mediar o acesso e usufruto de direitos até o último minuto de vida.

Faz-se necessário, portanto, que o profissional do serviço social esteja preparado para capacitação continuada, para trabalhar em equipe, e portanto esteja apto para o enfrentamento dos desafios presentes na sua atuação em instituições públicas, no cotidiano do trabalho em equipe na saúde e nos cuidados paliativos entendido como expressões da questão social.

## **5. Considerações Finais**

O presente estudo buscou proporcionar a sistematização de conhecimentos em torno da problemática acerca dos cuidados paliativos e atuação do profissional de Serviço Social nesse serviço em uma unidade hospitalar de alta complexidade na cidade do Recife-PE a partir de uma experiência de estágio.

No presente trabalho buscou-se historiar de maneira breve a trajetória da política de saúde no Brasil, a inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde e a atuação do assistente social no serviço de cuidados paliativos.

Durante o estudo foi possível observar a importância do profissional do serviço social na equipe multidisciplinar e nos cuidados paliativos iniciando sua atuação desde o momento em que o paciente descobre a enfermidade até os momentos finais de sua vida.

Foi possível analisar também que os cuidados paliativos não focam apenas na enfermidade, mas sim no indivíduo como um todo, levando em consideração os

fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Como também na atenção voltada aos seus familiares e/ou rede de apoio, a fim de garantir uma melhor assistência ao indivíduo durante o tratamento paliativo.

Durante o decorrer deste trabalho, é possível identificar a importância do assistente social enquanto componente da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos, com o objetivo de analisar e atuar nas expressões de questões sociais que permeiam o indivíduo e na viabilização dos direitos sociais do mesmo. Atuando também na efetivação da relação existente entre o paciente para com seus familiares e/ou rede de apoio durante o processo de tratamento paliativo. Tende também a fortalecer os vínculos entre o usuário, seus familiares e os profissionais que integram a equipe multidisciplinar em cuidados paliativos, com o objetivo de garantir um tratamento humanizado e efetivo.

O presente estudo proporcionou também vivenciar a importância de uma equipe multidisciplinar devidamente e permanentemente qualificada, a fim de efetivar o atendimento humanizado, qualificado e multidimensional aos pacientes eleitos aos cuidados paliativos.

No que diz respeito à experiência de estágio curricular obrigatório, foi possível vivenciar a atuação profissional do serviço social na saúde e os cuidados paliativos e a importância do serviço social na equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos.

Pode-se compreender que a atuação do assistente social e a sua intervenção, proporciona aos pacientes um espaço de acolhimento, escuta, viabilização de direitos e um atendimento humanizado voltado ao indivíduo como um todo e orientada pelas competências e atribuições privativas de conformidade com o Código de Ética de 1979. A atuação do assistente social deve sempre ser guiada à luz do seu Código de Ética e sempre buscando a garantia na defesa dos direitos sociais e humanos que esteja num hospital nos cuidados paliativos ou em qualquer outro espaço profissional.

Compreende-se portanto, que a atuação do assistente social nos cuidados paliativos não se detém apenas ao paciente, mas sim a toda sua rede de apoio e/ou familiares que de certa forma também são afetados pelo processo de adoecimento.

Referente aos conhecimentos sobre cuidados paliativos e Serviço Social, foi possível analisar a contribuição de Letícia Andrade que proporcionou enriquecimento ao debate da presente monografia, sendo possível observar que a

atuação do assistente social nos cuidados paliativos faz-se necessária desde o momento do diagnóstico.

No que diz respeito às referências bibliográficas, foi possível identificar a escassez de referências disponíveis acerca da atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos, informação essa que deve ser levada em consideração no que tange a necessidade de ampliar a rede de debate sobre o tema.

Sabe-se que o Brasil nos cuidados paliativos ainda tem um longo caminho a percorrer, de acordo com Vieira, no Brasil “ainda não há uma estrutura de cuidados paliativos adequados às demandas existentes, tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo” (VIEIRA et al. 2011, p. 45).

Por fim, conclui-se que é indispensável que o Estado amplie e efetive os cuidados paliativos em todas as unidades de saúde como direitos sociais e humanos, a fim de garantir dignidade e autonomia dos cidadãos até o fim de vida .

## 6 Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **WPCA publica o mapa mundial dos Cuidados Paliativos - ANCP**. dez. 2011. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wpca-publica-mapa-mundial-dos-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

ANDRADE, Letícia. O papel do assistente social na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 341-345.

ANDRADE, Letícia et al. Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte-cuidados paliativos na assistência domiciliar. 2007.

ALMG. **Palavra dos organizadores**. Disponível em: [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encounter\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/00\\_palavra\\_dos\\_organizadores.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encounter_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf). Acesso em: 05 mar. 2025.

**Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Com%20quase%2032%20anos%20de,de%20forma%20integral%20e%20gratuita>. Acesso em: 27/03/2025.

**BRASIL. Atlas dos cuidados paliativos da ANCP/2022**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-lanca-dados-ineditos-sobre-os-cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 15 mar. 2025.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARROSO, Luís Roberto e MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 25.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-à-informação/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL (1940). Código Penal Brasileiro. Decreto- Lei nº 2.848, de 07 de Dezembro de 1940. Disponível no site [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar recursos para o custeio de despesas de responsabilidade continuada, entre outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc126.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc126.htm). Acesso em 01/05/2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 18 mar. 2025.

BRAVO, Maria Inês de 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.

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

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 88, Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês de Souza et al. **Política de saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 88-110, 2006.

CABRAL, Laura Miranda da Silva Cabral. O Serviço Social e a interface com os cuidados paliativos. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2024.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. **Significados e Valores da Educação em Saúde**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000200006>.

CÂMARA TÉCNICA SOBRE TERMINALIDADE DA VIDA E CUIDADOS PALIATIVOS monitora projetos. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/camara-tecnica-sobre-terminalidade-da-vida-e-cuidados-paliativos-monitora-projetos>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CARVALHO, Adriana Pereira Dantas. O direito à morte com dignidade: eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia. Revista Jurídica da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, v. 2, p. 9-28, 2013. Disponível em: [https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2013/02/2013\\_02\\_01009\\_01028.pdf](https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2013/02/2013_02_01009_01028.pdf). Acesso em: 27 mar. 2025.

CARVALHO, Maria Margarida M. J.. A dor do adoecer e do morrer. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 29, n. 2, p. 322-328, dez. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X200900020009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X200900020009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 mar. 2025.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto.; PEREIRA, Claudenizia de Oliveira.; MIRANDA, Ana Paula Rocha Sales; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira. Serviço social e cuidados paliativos: o que sinaliza a produção científica?. Barbarói, p. 68-83, 6 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. O Código de Ética Profissional dos/as assistentes sociais. Brasília, DF: Editora Ltda, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA DE OLIVEIRA, L. Cuidados Paliativos: Por que Precisamos Falar sobre isso?. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 65, n. 4, p. e-04558, 2019. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.558. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/558>. Acesso em: 28 mar. 2025.

CUIDADOS PALIATIVOS TUDO QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE. Disponível em: <https://abrle.org.br/informacoes/cuidados-paliativos/>. Acesso em: 15 fev. 2025.

FIGUEIREDO, MTA Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. Rev Prática Hospitalar , v. 47, pág. 36-40, 2006.

FIOCRUZ. Processo saúde-doença. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/processo-saude-doenca/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

GOOGLE BOOKS. Cuidados Paliativos. Disponível em: [https://www.google.com.br/books/edition/Cuidados\\_Paliativos/-GwrEAAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&dq=hist%C3%B3ria+dos+cuidados+paliativos&printsec=frontcover](https://www.google.com.br/books/edition/Cuidados_Paliativos/-GwrEAAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&dq=hist%C3%B3ria+dos+cuidados+paliativos&printsec=frontcover). Acesso em: 02 mar. 2025.

GONÇALVES, Djalma Igor de Oliveira. MARINHO, Alice Vilas Boas. FARIA, Arthur Figueiredo. NORBIM, Enzzo Fayssander. Síndrome da dor total: uma revisão de

literatura. Revista Foco, 17(7 Edição Especial), e 5559, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-032>. Acesso em: 20 mar. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

IMIP realiza ação na Casa de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://imip.org.br/noticias/imip-realiza-acao-na-casa-de-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 18 mar. 2025.

INCA. Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>. Acesso em: 28 jan. 2025.

LUCHESE, Renata Regina. Políticas públicas. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicass\\_publicas.pdf](https://docs.bvsalud.org/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf). Acesso em: 31 mar. 2025.

Mapa mundial dos Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/wpca-publica-mapa-mundial-dos-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS Eva Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <<https://Marconi e Lakatos>>. Acesso em: 22 dez. 2024.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 59, p. 42-63, 1999.

PAIVA, Carolina Fraga; SANTOS, Tânia Cristina Franco; COSTA, Laís de Miranda Crispim; Almeida-Filho, Antonio José. Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 41 a 49  
Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>. Acesso em: 10 jan. 2025.

PALIATIVO. **Dados inéditos sobre os cuidados paliativos no Brasil**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-lanca-dados-in-editos-sobre-os-cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

PESSINI, Léo. Cuidados paliativos: algumas questões éticas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2005.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e cuidados paliativos. EDUNISC-Edições Loyola, São Paulo, 2004. 319 p.

PODER 360. 29% dos brasileiros dependem sempre do serviço público de saúde, mostra PoderData. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.poder360.com.br%2Fbrasil%2F29-dos-brasileiros-dependem-sempre-do-servico-publico-de-saude-mostra-poderdata%2F&psig=AOvVaw3swAqM1UADFN5yB9gxyN3o&ust=1742941169017000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBcQjhxqFwoTCJiUz\\_vfo4wDFQAAAAAdAAAAABAE](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.poder360.com.br%2Fbrasil%2F29-dos-brasileiros-dependem-sempre-do-servico-publico-de-saude-mostra-poderdata%2F&psig=AOvVaw3swAqM1UADFN5yB9gxyN3o&ust=1742941169017000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBcQjhxqFwoTCJiUz_vfo4wDFQAAAAAdAAAAABAE). Acesso em: 24 mar. 2025.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, p. 01-35, 2001.

PLANALTO. Constituição. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 07 dez. 2025.

**Reflexões sobre Cuidados Paliativos no Brasil.** Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/biblioteca/Reflexoes-Sobre-Cuidados-Paliativos-Brasil.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

**Relatório Anual da WHPCA 2020-21.** dez. 2021 Disponível em: <https://thewhpca.org/resources/whpca-annual-report-2020-22/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos. 3. ed. São Paulo, Cortez, 1995.

SANTOS, Ericka Almeida dos. **Cuidados paliativos e serviço social: novos desafios para a atuação profissional.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Acesso em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/18579/1/EAS03122020.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025

SAUNDERS, C. The treatment of intractable pain in terminal cancer. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 56(3), 1963.

SCIELO. **O primeiro centro de cuidados paliativos no Brasil.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/#:~:text=Conforme%20Peixoto27%20o%20primeiro,em%20Santa%20Catarina%20e%20Paran%C3%A1.> Acesso em: 18 mar. 2025.

SENADO FEDERAL. **Cumprimento do teto de gastos no âmbito do Senado Federal (2017 – 2023).**

Disponível

em: <https://www12.senado.leg.br/transparencia/orcamento-e-financas/safin/cumprimento-do-teto-de-gastos-2013-ec-no-95-2016#:~:text=O%20teto%20de%20gastos%2>

[Oda.%C3%93rg%C3%A3os%20por%20vinte%20exerc%C3%ADcios%20financeiro.](#)

Acesso em: 27 mar. 2025.

Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMÃO, Andréa Branco et al. **A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações.** Serviço Social & Sociedade, n. 102, p. 352-364, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcanti. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social** [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: **o quinto sinal vital.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 10, Supl. 3, 2002, p. 446-447.

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

VASCONCELOS, Alessandra Alves de, et al. **Cuidados Paliativos: Aspectos Jurídicos. Ucrânia:** Editora Foco, 2021.

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

Vista do Cuidados paliativos no Brasil: uma revisão de literatura | Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. Disponível em: <<https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1359/1556>>. Acesso em: 24 jan. 2025.