



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

ARTHUR AUGUSTO GITIRANA MACHADO
SARA CLÍCIA DE ALMEIDA FONTE

ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

RECIFE
2025

ARTHUR AUGUSTO GITIRANA MACHADO

SARA CLÍCIA DE ALMEIDA FONTE

ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito parcial à obtenção
de título de Bacharel em Serviço Social,
Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador(a): Prof. Dr. Giovanny Simon
Machado

RECIFE
2025

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

Machado, Arthur Augusto Gitirana.

Atribuições do assistente social na equipe multiprofissional de cuidados paliativos / Arthur Augusto Gitirana Machado, Sara Clícia de Almeida Fonte. - Recife, 2025.

47p.

Orientador(a): Giovanny Simon Machado

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

Inclui referências.

1. Cuidado Paliativo . 2. Equipe Multiprofissional . 3. Serviço Social . I. Fonte, Sara Clícia de Almeida. II. Machado, Giovanny Simon. (Orientação). III. Título.

360 CDD (22.ed.)

ARTHUR AUGUSTO GITIRANA MACHADO
SARA CLÍCIA DE ALMEIDA FONTE

ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito parcial à
obtenção de título de Bacharel em Serviço
Social, Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovado em: 19/08/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Giovanny Simon Machado (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Profa. Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

À minha família, pelo amor, apoio e incentivo em todos os momentos.

Arthur Augusto Gitirana Machado

AGRADECIMENTOS

A realização desse trabalho de conclusão de curso representa o encerramento de um ciclo, mas também a concretização de muitos sonhos e aprendizados. Agradeço primeiramente a Deus por toda serenidade cedida ao longo dessa jornada. Agradeço a minha mãe, avó, tia e irmão, por todo apoio fornecido ao longo de toda essa jornada. Agradeço às minhas amigas, Sara, Rayssa e Raissa, por todo apoio ao longo desses 4 anos. Aos meus professores e professoras, por toda dedicação, pelo conhecimento compartilhado e por despertarem em mim o senso crítico e o compromisso ético com a profissão do Serviço Social. Ao meu orientador, Prof. Giovanny, por toda paciência e contribuição ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Que esse trabalho contribua para dar a visibilidade e importância do Serviço Social nesse cenário tão delicado e essencial.

Arthur Augusto Gitirana Machado

A minha mãe, Rosangela de Almeida, por sempre me mostrar que a educação transforma vidas.
Ao meu pai, Nivaldo Pedro, por sempre me ensinar a nunca desistir.

Sara Clícia de Almeida Fonte

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar as escolhas que me levaram até esse momento e por ter me ajudado a chegar até aqui. Tenho a certeza que cursar Serviço Social foi a resposta das minhas orações para que se cumprisse os seus planos na minha vida. Agradeço aos meus pais pelo incondicional apoio durante toda minha jornada, desde o vestibular até a conclusão, sem todo amor e incentivo deles eu jamais conseguiria chegar até aqui. Sou imensamente grata e feliz por ser filha de vocês. Minha gratidão também ao meu irmão, Felipe, meus tios Cristiano e Edson e minha tia Irani por sempre acreditar no meu potencial e estarem junto comigo. À minha avó, Terezinha Araujo, minha eterna gratidão por todas suas orações, apoio e incentivo, que privilégio ter a senhora comigo nesse momento tão especial, obrigada por tudo. Agradeço a quem foi minha fiel companheira de estudos durante 3 anos, sempre ao meu “lado” e sendo meu suporte emocional, minha filha de 4 patas, minha Cristal (em memória), te amarei para sempre, obrigada por ser o melhor presente da minha vida. Aos meus amigos, por estarem comigo em todas as fases, celebrando cada conquista ao meu lado, sou grata a cada um de vocês. Meu agradecimento especial ao Departamento de Educação Física, onde passei 2 anos como bolsista do Programa de Iniciação a Formação Multiprofissional (PROMULTI), lá pude aprender e crescer como profissional e pessoa. Menciono especialmente aos servidores Breno Fiel e Cássia Machado, obrigada por terem me acolhido tão bem e por todo carinho que recebi. Agradeço aos docentes do departamento de Serviço Social pela partilha de conhecimentos, principalmente a docente Delaine Melo e o orientador Giovanny Machado. Às minhas supervisoras de estágio, Isadora e Ilka que foram essenciais no meu processo de aprendizagem. Por fim, toda minha gratidão a quem tornou essa trajetória leve, feliz e quem foi a força nos dias difíceis, Arthur Gitirana, Rayssa de Oliveira e Raissa Aguiar, obrigada por tornarem a graduação um momento tão especial na minha vida, tenho certeza que essa jornada não seria tão prazerosa se não tivesse vocês ao meu lado.

Sara Clícia de Almeida Fonte

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a atuação do assistente social nos cuidados paliativos (CP), destacando suas atribuições no contexto da equipe multiprofissional. Partindo de uma abordagem qualitativa e de natureza descritiva, o estudo foi desenvolvido por meio de revisão bibliográfica e documental, com base em publicações acadêmicas, legislações e documentos normativos. O trabalho mostra a construção do que hoje é entendido como cuidado paliativo, evidenciando que vai além do alívio da dor física, abrangendo as dimensões psíquicas, sociais e espirituais, demandando uma abordagem interdisciplinar centrada na dignidade e na qualidade de vida do paciente e de sua família. Sendo assim, aborda também como assistente social contribui a partir da escuta qualificada, da mediação de direitos, e no fortalecimento da autonomia dos sujeitos e a articulação com redes de apoio, assumindo papel essencial na garantia do acesso às políticas públicas e no enfrentamento das expressões da questão social. A pesquisa conclui que o Serviço Social tem papel estratégico na consolidação de um cuidado paliativo ético, integral e comprometido com os direitos humanos.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo. Equipe Multiprofissional. Serviço Social.

ABSTRACT

This final project aims to analyze the role of social workers in palliative care (PC), highlighting their responsibilities within the context of a multidisciplinary team. Using a qualitative and descriptive approach, the study was developed through a literature review, drawing on legislation, regulatory documents, and academic publications. The work demonstrates the development of what is currently understood as palliative care, demonstrating that it goes beyond the relief of physical pain, encompassing psychological, social, and spiritual dimensions, demanding an interdisciplinary approach centered on the dignity and quality of life of the patient and their family. Therefore, it also addresses how social workers contribute through qualified listening, rights mediation, and the strengthening of individuals' autonomy and collaboration with support networks, playing a crucial role in ensuring access to public policies and addressing the manifestations of social issues. The research concludes that social work plays a strategic role in consolidating ethical, comprehensive palliative care that is committed to human rights.

Keywords: Responsibilities. Palliative Care. Multidisciplinary Team. Social Work.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 - CUIDADOS PALIATIVOS – HISTÓRIA E CONCEITUAÇÃO	13
1.1 - Conceitos e Princípios	13
1.2 - História e evolução dos cuidados paliativos no Brasil	17
1.3 - Política Nacional de Cuidados Paliativos	19
2 - O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	23
2.1 A inserção do assistente social na saúde	23
2.2 Bases legais e Normativas da atuação profissional	28
3. ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS	33
3.1 Atendimento ao paciente e à família	34
3.2 Mediação de direitos e acesso às políticas públicas	36
3.3 Participação no planejamento terapêutico e no processo de luto	38
3.4 Atuação em equipe: Contribuições e Desafios interdisciplinares	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) busca abordar a atuação do assistente social nos Cuidados Paliativos (CP), considerando que o CP se trata de um acompanhamento em saúde que aborda o cuidado integral e humanizado, visando uma melhor qualidade de vida para pacientes com doenças crônicas ou terminais sem expectativa de cura.

No atual contexto brasileiro, o aumento das doenças crônicas e de potencial terminal, associado ao crescimento do envelhecimento populacional, demonstra a necessidade do CP no Brasil. De acordo com o censo 2023 o envelhecimento populacional cresceu em 57,4% em relação a 2010, em 2022 os indivíduos acima de 65 anos representavam 10,9% da população (Brasil, 2023).

O aumento da população de 65 anos ou mais em conjunto com a diminuição da parcela da população de até 14 anos no mesmo período, que passou de 24,1% para 19,8%, evidenciam o franco envelhecimento da população brasileira. (Brasil, 2023)

Segundo o Ministério da Saúde, em 2024, 625 mil pessoas no Brasil necessitavam da oferta de CP (Brasil, 2024). Isso representa um número expressivo da população que é considerada eleita a receber esses cuidados. De acordo com Carli *et al* (2024) a oferta de CP deve ser feita precocemente e em qualquer estágio da doença. Por meio de estudos, é possível avaliar que o paciente tem mais chance de melhora nas condições de vida se o cuidado paliativo for proposto inicialmente no tratamento de doenças crônicas sem expectativa de cura.

Com base nisso, faz-se preciso pontuar que o cuidado paliativo é atrelado a atuação de uma equipe multiprofissional, na qual o assistente social está inserido através de legislações e normativas que indicam seu trabalho nas equipes. Foi por meio da experiência do estágio curricular obrigatório no Hospital das Clínicas da UFPE, a partir do ingresso na rotina hospitalar e na vivência da perspectiva dos Cuidados Paliativos (CP) dentro das enfermarias, que surge a inquietação acerca da relação do Serviço Social com a equipe multiprofissional do CP.

Nesse contexto surgiram questões sobre a relação do Serviço Social com a equipe multiprofissional, especialmente diante de situações em que a comunicação entre os profissionais se mostrava fragmentada, dificultando a construção de condutas integradas.

Foram vivenciados dilemas concretos, como a resistência de alguns membros da equipe em considerar os aspectos socioeconômicos na definição de tratamentos, priorizando unicamente critérios biomédicos. Em determinados casos, isso implicava a indicação de condutas inviáveis para a realidade do usuário, gerando tensão e necessidade de mediação por parte do assistente social.

Outro ponto sensível observado foi o manejo das demandas emocionais e culturais das famílias, que nem sempre compreendiam e aceitavam as orientações médicas e sociais, exigindo do assistente social uma escuta qualificada e estratégias de comunicação adaptadas a cada realidade. Esses momentos revelaram não apenas o potencial transformador do trabalho em equipe, mas também a abertura para o diálogo interdisciplinar e a necessidade de fortalecer a compreensão mútua entre as profissões, garantindo que o cuidado paliativo seja de fato integral, humanizado e viável para o paciente e sua rede de apoio.

Sendo assim, a questão central desta monografia é saber, quais as atribuições do assistente social na equipe multiprofissional dos cuidados paliativos? Tendo como objetivo compreender as contribuições dos/as Assistentes Sociais para o cuidado integral e humanizado com os pacientes e familiares em cuidados paliativos e sua relevância na equipe multiprofissional.

O trabalho parte da metodologia de pesquisa qualitativa de natureza descritiva, empregando revisão bibliográfica a respeito da temática abordada. Os procedimentos abordados para realização desta pesquisa tiveram como base documentos normativos, legislações e bases de dados indexadoras de publicações acadêmicas, como o *Scielo* e Plataformas de Repositórios Digitais das Universidades Federais Brasileiras, tendo como principais termos de busca: “Cuidados Paliativos”, “Serviço Social” e “Equipe Multiprofissional”.

Por meio dessa pesquisa, pretende-se reunir as principais considerações dos autores, resgatando as contribuições do Serviço Social na composição da equipe multiprofissional do CP. Para isso, o presente trabalho está dividido em três capítulos que compõem uma estrutura lógico-argumentativa acerca da temática.

No primeiro capítulo buscamos situar os fundamentos do CP, sua historicidade e a formulação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, promulgada recentemente no ano de 2024. A partir do segundo capítulo pretendemos discutir a inserção do assistente social na Saúde, os marcos legais que incluem a categoria profissional

nesse campo e os parâmetros que regulamentam sua atuação. Por fim, no terceiro capítulo é realizada a análise das atribuições do assistente social na equipe multiprofissional dos Cuidados Paliativos, incluindo o trabalho com os pacientes e família, o processo de acompanhamento do luto e a atuação conjunta em equipe, destacando sua importância e desafios.

1 - CUIDADOS PALIATIVOS – HISTÓRIA E CONCEITUAÇÃO

O presente capítulo busca situar os cuidados paliativos em sua conceituação e historicidade, apresentando como as principais normativas e autores compreendem essa abordagem. Serão elucidados seus objetivos e princípios, bem como a formação da equipe multiprofissional e o cuidado integral em saúde. Por fim, abordaremos a Política Nacional de Cuidados Paliativos, que teve sua aprovação recente no ano de 2024, buscando discutir os caminhos que levaram a sua aprovação e os enfoques para sua implementação.

1.1 - Conceitos e Princípios

É comum no imaginário social que os cuidados paliativos sejam associados ao fim da vida, como se não fosse mais possível oferecer tratamento ao paciente ou fosse acelerado seu processo de morte. No entanto, trata-se do contrário, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2006) o cuidado paliativo (CP), “não pretende nem apressar, nem adiar a morte”, assim como, “afirma a vida e considera a morte como um processo normal”.

O CP é uma abordagem do campo da saúde cujo objetivo é proporcionar uma melhor qualidade de vida a pacientes com doenças ameaçadoras à vida. Tem como princípio o alívio do sofrimento, através da identificação precoce dos sintomas. Como explicitado pela OMS (2006), o cuidado paliativo é:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes – adultos e crianças – e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais.

Segundo Pessini (2009), a dor e o sofrimento são conceitos distintos que não devem ser compreendidos como sinônimos, visto que, os métodos para o alívio da dor são diferentes da abordagem do sofrimento. Para ele, a dor é considerada uma inquietação e envolve sensações corporais, que pode ser caracterizada como aguda e crônica, ou seja, como passageira e permanente, respectivamente.

Enquanto o sofrimento, envolve uma dimensão macro da individualidade do paciente, conforme afirma Pessini (2009, p.59) “o sofrimento é uma questão subjetiva e está mais ligado aos valores da pessoa”. O autor descreve o sofrimento como:

[...] um conceito mais abrangente e complexo. Pode ser definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do eu. (2009, p.60)

O Cuidado Paliativo não se limita ao processo de saúde e doença — ele considera as diferentes dimensões que atravessam a realidade dos indivíduos, buscando tratá-los na totalidade do seu ser e promovendo sua autonomia durante toda trajetória do tratamento. Abrange as dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais.

De acordo com Pessini (2009, p.61), a dimensão psíquica tem uma alta complexidade e envolve múltiplos fatores, mas é compreendida como:

[...] situações críticas que podem desencadear sofrimento psíquico, lembramos o enfrentamento da própria morte. Brotam sentimentos caracterizados por mudança de humor, sentimentos de perda do controle sobre o processo de morrer, perda de esperanças e sonhos ou necessidade de redefinir-se perante o mundo.

Nesse sentido, o reconhecimento de um sofrimento psíquico é de grande importância, considerando que o processo dos cuidados paliativos provoca mudanças no modo de vida dos indivíduos, o que pode gerar ansiedade, pânico, estresse, angústias e outros sentimentos que tornam o paciente mais fragilizado. A dimensão psíquica incluída como parte do tratamento em CP, é um reforço do tratamento integral centrado no paciente e não apenas na doença.

Enquanto isso, Pessini (2009, p.62) também afirma que há uma dimensão social do sofrimento, caracterizada como:

[...] marcada pelo isolamento, criado justamente pela dificuldade de comunicação sentida no processo do morrer. A presença solidária é fundamental. A perda do papel social familiar é também muito cruel.

Essa é uma dimensão que marca as relações sociais entre os pacientes, diante do contexto de adoecimento é comum que alguns vínculos sejam eles familiares, afetivos ou sociais fiquem fragilizados. Como afirmou Pessini (2009, p.62), pode haver um traço de isolamento por parte do paciente, dificultando as interações sociais. Está

dimensão inserida no CP é importante para que haja atuação conjunta dos profissionais, principalmente de Assistentes Sociais e Psicólogos, buscando promover o fortalecimento dos vínculos familiares.

Nesse contexto, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) reconhece as dimensões do sofrimento em seu estado físico, psicoemocional, espiritual e social — enfatizando na esfera social a necessidade da garantia dos recursos para continuidade do tratamento, assim como, a importância da convivência social. Diante do sofrimento na esfera social, a PNCP (2024) parágrafo 1º, inciso IV, prescreve:

[...] ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia.

Nessa percepção, entende-se que a família é um sujeito ativo diante do adoecimento do paciente. O CP considera a família como parte e público-alvo da abordagem, visto que está diretamente associada a todo o processo de diagnóstico, acompanhamento e tomada de decisões mediante o tratamento (ANCP, 2009).

A oferta do CP é pensada tanto no paciente, como na família. Conforme cita o princípio IX da PNCP (2024), “promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto”.

Apesar da importância da PNCP, Pessini (2005, p.494) compreende os cuidados paliativos como uma prática ou mesmo uma metodologia de trabalho para além da formalização institucional:

Os cuidados paliativos não dizem respeito primordialmente a cuidados institucionais, mas constituem-se fundamentalmente de uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições, ou seja, no domicílio da pessoa portadora de doença crônico-degenerativa ou em fase terminal [...]

Portanto, o CP procura abordar a totalidade do paciente, em seus aspectos sociais, espirituais, físicos e psíquicos, como já mencionado acima. Para isso, o paciente é acompanhado por uma equipe multiprofissional voltada para adoção de estratégias para redução ou mitigação dos sintomas que causem ao paciente desconfortos e sofrimento. Para Gomes e Othero (2016, p.157) o Cuidado Paliativo constitui:

Uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil na última década. Diferencia-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida. [...]

Nesse aspecto, compor o atendimento integral significa adotar um conjunto profissional, em geral, formado por médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, capelania e assistentes sociais (ANCP, 2009). Segundo a PNCP (2024), o paciente sob cuidados paliativos deve ser assistido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2024).

Igualmente, para Hermes e Lamarca (2013), o cuidado paliativo é associado diretamente ao trabalho de uma equipe multiprofissional. Os autores ressaltam esse trabalho no CP como:

[...] reunir as habilidades de uma equipe interdisciplinar para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, pela dor, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares. (2013, p.2578).

Segundo Peduzzi (2001, p.104) a equipe multiprofissional é definida como: “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”.

Destaca-se a crescente relevância do cuidado paliativo durante a pandemia de COVID-19, considerando a emergência de saúde pública que vivenciou o nosso país. Diante dessa situação é comum a tendência em priorizar salvar vidas a todo custo, dentro de um contexto de crise humanitária global, o que pode levar ao prolongamento do sofrimento de pacientes em condições críticas. Tritany *et al* (2020, p.4) afirma:

Nessas situações, é comum a existência de lacunas assistenciais, carências de profissionais especialistas ou a prestação inadequada de serviços, com maior enfoque em salvar vidas, em detrimento do alívio da dor e sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Os Cuidados Paliativos, por sua vez, podem auxiliar no preenchimento dessas lacunas.

Portanto, mediante o contexto pandêmico o CP tornava-se essencial para uma abordagem voltada ao alívio do sofrimento, promovendo a dignidade humana e qualidade de vida aos pacientes em estado agudo da doença. Florêncio *et al* (2020,

p.5-6) discute acerca da implementação dos cuidados paliativos na COVID-19, afirmando:

A crescente demanda por cuidados paliativos devido à COVID-19 torna necessário o estabelecimento de estratégias para prestar tais cuidados, com a determinação de um modelo eficiente para que os serviços minimizem riscos e ampliem o alcance da abordagem paliativa. O objetivo é fornecer recomendações aos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos; evitar tratamento intensivo oneroso, assegurando cuidados de qualidade a quem precisa; [...]

Sendo assim, o cuidado paliativo busca proporcionar qualidade de vida a partir do cuidado integral em saúde, abordando o falecimento de maneira humanizada e contemplativa em todas as esferas de vida dos pacientes e de sua família. Sobretudo, buscando o alívio das inquietações na esfera física, psíquica, social e espiritual, através da multiplicidade de métodos compostos pela intervenção da equipe multiprofissional.

1.2 - História e evolução dos cuidados paliativos no Brasil

Os cuidados paliativos estão historicamente relacionados com os *hospices*, conhecidos durante a Idade Média como casas de acolhimento ou asilos. O termo deriva do latim *hospitium*, que significa hospitalidade. Esses espaços, ligados às instituições religiosas e filantrópicas, tinham por objetivo tratar de enfermos que viviam em peregrinação, oferecendo-lhe acolhimento (Floriani e Schramm, 2010).

No entanto, foi Dame Cicely Saunders – assistente social, médica e enfermeira –, que revolucionou os *hospices* e os associou ao atual conceito de cuidados paliativos. Seus trabalhos no *St. Luke's Hospital*, em Londres e posteriormente no *St. Joseph's Hospice*, levaram Saunders a desenvolver novas habilidades nos cuidados com os pacientes em casos terminais, que buscava tratá-los de forma mais humanizada e contribuir no alívio do sofrimento (Floriani e Schramm, 2010).

Segundo a King's College London (s.d), em Londres, no ano de 1967, Saunders fundou a *St. Christopher's Hospice*. Um novo *hospice* que tratava de pacientes terminais, adotando como medida o tratamento para além dos sintomas físicos, no que Saunders nomeou de “dor total”. A partir desse conceito, Saunders entendeu o sofrimento como físico, social, espiritual e psíquico. Através de uma escuta atenta à queixa de seus pacientes, ela compreendeu que o sofrimento era multidimensional e

procurava meios de tratar seus pacientes levando em consideração cada área de suas vidas.

Nesse sentido, Saunders transformou o cuidado para pacientes terminais, considerando que naquela época a questão era centrada exclusivamente na doença e não no indivíduo, negligenciando os fatores psíquicos e sociais na trajetória dos pacientes, manifestando apenas questões de cunho religioso e moral.

A partir dos feitos de Saunders, o atual conceito de cuidado paliativo começa a ser teorizado com as noções multidimensional e multidisciplinar. Não por acaso, portanto, que ela é reconhecida como precursora do moderno movimento dos *hospices* e dos cuidados paliativos (King's College London, s.d.).

No Brasil, os *hospices* têm como pioneirismo o "Asilo da Penha", fundado no ano de 1944, no Rio de Janeiro. A instituição fornecia atendimento aos pacientes terminais, principalmente os acometidos pelo câncer. Contudo, a história dos cuidados paliativos no Brasil tem seu começo ainda incerto sobre qual instituição inaugurou os serviços. Sabe-se que as primeiras iniciativas espalhadas entre a região sul e sudeste do país, tiveram início em meados de 1980 e 1990, com destaque para o "Serviço de Dor" fundado pela Dra. Mirian Marteleite, em 1979 (Paiva et.al, p.43-44, 2022).

É a partir da criação do Grupo de Cuidados Paliativos no Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 1991, no Rio de Janeiro, que o CP é oficialmente consagrado no Brasil. O serviço começou a ser ofertado no Hospital do Câncer I, mas já esboçava seu pioneirismo no ano de 1986, com a criação do Programa Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica (Pro-FPTA) no Hospital de Oncologia (ANCP, 2017).

Além disso, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) foi criada em 1997, em São Paulo. Com intuito de disseminar as práticas do cuidado paliativo no país, reuniu diversos profissionais engajados no assunto, promovendo a abordagem sobre o CP, que ainda era recente do Brasil (Paiva et.al, p. 43-44, 2022).

Em São Paulo, em agosto de 2000, surge o Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), uma das referências nacionais em CP. É a partir do surgimento de serviços como esse que o movimento do cuidado paliativo foi ganhando cada vez mais corpo no cenário nacional, buscando ampliar o atendimento ao paciente com doenças que ameacem a continuidade da vida, ainda que nessa época fosse mais centrado no tratamento ao câncer (ANCP, 2021).

Nesse sentido, é o surgimento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005 que revoluciona o CP no Brasil. Considerando que a instituição além de firmar os marcos sobre o assunto, tendo como objetivo a otimização dos cuidados paliativos, aprofunda-se no compromisso com as pesquisas que aprimoram a abordagem dos cuidados paliativos no Brasil. Segundo Hermes e Lamarca (2013) a ANCP representou um passo importante que transcendeu o setor paliativista e marcou a medicina no país.

Portanto, é pertinente ressaltar que as instituições mencionadas contribuíram para constituição do que atualmente se aplica como cuidado paliativo. Dignificando o tratamento para doenças terminais e o fim da vida, proporcionando autonomia ao paciente durante o processo de falecimento. Este desenvolvimento tem como base o avanço das pesquisas científicas que potencializam a discussão sobre os cuidados paliativos, levando a questão ao patamar de política pública.

1.3 - Política Nacional de Cuidados Paliativos

A PNCP foi instituída por meio da Portaria de nº 3.681 do Ministério da Saúde em 7 de maio de 2024. A partir dela, é definido o CP como uma política pública no âmbito da saúde, estabelecendo seu objetivo, princípios, diretrizes, implementação, financiamento e avaliação (PNCP 2024).

No entanto, é necessário considerar alguns pontos na trajetória que levou à instituição de uma política voltada ao cuidado paliativo. Inicialmente, como já abordado acima, o CP no Brasil teve sua ampliação através da ANCP que fomentou a pesquisa acerca da temática e ampliou a discussão no país. Como enfatiza Frossard (2015, p. 648):

É pertinente registrar que a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), fundada em 2005, tem sido responsável pelos principais avanços na área em foco, como por exemplo: estabelecimento de critérios de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos, empenho incessante para a regularização profissional do paliativista, busca de interlocução com os ministérios da Saúde, da Educação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). Além disso, contribuiu de forma expressiva para a inclusão dos Cuidados Paliativos como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica.

Contudo, há alguns marcos na esfera legislativa que culminaram na construção da PNCP. Como no caso, do Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da resolução de nº 1.805/2006 que permitiu a suspensão ou limitação de procedimentos que prolonguem a vida do paciente, tendo como objetivo oferecer um tratamento integral para o alívio do sofrimento, respeitando a vontade do indivíduo ou de seu representante. Conforme expresso no Art. 2º da resolução do CFM (2006):

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, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar

Essa resolução representou o reconhecimento da centralidade do CP, que está no cuidado integral para alívio do sofrimento, legitimando o cuidado paliativo dentro da profissão médica e impondo limites à adoção de tratamentos que venham a prolongar o sofrimento. A resolução interpôs o respeito à autonomia do paciente na tomada de decisões acerca de seu tratamento e ressaltou o respeito à dignidade humana. Sendo assim, representou um marco na contribuição das discussões acerca do CP fortalecendo o debate sobre a necessidade de uma criação de política pública especificamente para os cuidados paliativos.

O cuidado paliativo passa a ser normatizado no SUS somente em 2018, pelo Ministério da Saúde, por meio da Resolução nº 41. A resolução determina que a organização dos cuidados paliativos como cuidado integral deve ser ofertada na Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2018). Entre os objetivos de organização do CP constam na resolução,

integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos (Brasil, 2018).

Sendo assim, é com essa resolução que o cuidado paliativo começa a avançar nos parâmetros para sua implementação no SUS como política pública. A partir da promulgação da PNCP, o cuidado paliativo ganha o status de política pública em saúde, o que segundo Lucchesi (2004) é definido como:

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.

Nesse sentido, a PNCP tem por objetivo a promoção da qualidade de vida para pacientes terminais, conforme institui o objetivo II da política, “promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos, por meio de atenção à saúde segura e humanizada” (Brasil, 2024).

Segundo Andrade e Souza (2024) a criação da PNCP significou um avanço na oferta de um serviço qualificado e humanizado aos pacientes com doenças ameaçadoras à vida. Além de ampliar e integrar esse serviço a todos os níveis do SUS, através da RAS. De acordo com o Art. 9º da política, o CP deve ser ofertado em todos os níveis de atenção da RAS, que incluem a atenção primária, domiciliar, ambulatoriais especializados, serviços de urgência e unidades hospitalares (Brasil, 2024).

No entanto, Andrade e Souza (2024) também apontam questões relacionadas aos desafios para a implementação efetiva da Política Nacional de Cuidados Paliativos. Conforme afirmam:

[...] para que a Política Nacional de Cuidados Paliativos seja efetivamente implementada, é necessário quebrar diversos paradigmas. Primeiramente, é crucial que a sociedade e os profissionais de saúde compreendam a importância dos cuidados paliativos como uma parte essencial do tratamento e não como uma desistência. Ainda há um estigma significativo em relação a esses cuidados, que são muitas vezes vistos como uma medida de último recurso. A capacitação dos profissionais de saúde é outro desafio. Atualmente, há uma lacuna significativa na formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais no que diz respeito aos cuidados paliativos [...]

Entende-se que devido a sua recente formulação, a PNCP ainda segue enfrentando desafios na implementação em todos os âmbitos da RAS. Questões relacionadas ao efetivo financiamento, formação profissional e indicadores avaliativos que permitam o monitoramento da PNCP, impactam na relação de integralização da política. Porém, vale ressaltar que sua promulgação representou um grande avanço na esfera paliativista no Brasil, quebrando os estigmas de uma medicina puramente curativa e adotando um modelo de cuidado integral, considerando o paciente na sua

totalidade. Tendo ainda, um caminho em construção no qual o Serviço Social tem potencial a contribuir, especialmente por seu compromisso com a equidade e a justiça social.

Portanto, a partir da discussão do capítulo é possível compreender a dimensão do cuidado paliativo na promoção do cuidado integral, centrado junto ao papel da equipe multiprofissional na superação de práticas focadas apenas na doença e ampliando a atenção ao indivíduo. Ao destacar a dimensão psíquica, social e espiritual do sofrimento, bem como, a necessidade de acolher também os familiares, reafirma-se uma prática humanizada e interdisciplinar. O capítulo reuniu a trajetória do reconhecimento do CP no Brasil, desde as *hospices* até a promulgação da PNCP, destacando os avanços institucionais ao longo desse processo e os desafios para implementação integral da política. Contudo, cabe o aprofundamento da compreensão acerca dos caminhos da atuação do Serviço Social na saúde e nos cuidados paliativos. Temas a serem abordados nos capítulos seguintes.

2 - O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Neste capítulo é apresentada uma sistematização acerca da atuação do Serviço Social na saúde, trazendo um breve contexto histórico da inserção do assistente social nesse campo, que se deu efetivamente através da consolidação do SUS, prevista na Constituição de 1988. Destaca-se ainda a importância do trabalho profissional frente às desigualdades sociais e na garantia do acesso universal aos serviços de saúde. O capítulo também aborda as principais bases legais e normativas que respaldam a atuação profissional do assistente social nesse campo, enfatizando como essas legislações reforçam a prática profissional na promoção de equidade em saúde.

2.1 A inserção do assistente social na saúde

A inserção do assistente social na saúde está relacionada ao longo processo histórico de desenvolvimento da política pública de saúde no Brasil, como também ao reconhecimento da saúde enquanto um direito social. Essa trajetória tem como marco o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que consistiu na década de 1970 na organização coletiva da sociedade civil na reivindicação por melhoria nas condições de saúde e democratização do acesso aos serviços.

Com isso, destaca-se que a noção de saúde na época era centrada numa visão hospitalocêntrica, conceituando saúde apenas como ausência de doença. Bem como, de caráter meritocrático, já que o acesso aos serviços de saúde era concedido aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. Os que não estavam inseridos nesse grupo dependiam das instituições filantrópicas.

Nesse contexto, o trabalho do assistente social era requerido na mediação de acessos ao conjunto escasso desses benefícios previdenciários. No que se refere, especificamente ao trabalho na saúde, o assistente social era convocado para formação da educação acerca de higienização pessoal. Como enfatiza Sodré (2010, p. 456):

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas

vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo.

Portanto, é a partir das reivindicações da Reforma Sanitária que o Sistema Único de Saúde (SUS) é promulgado através da Constituição Federal de 1988 estabelecido no Art.196 como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas[...]” (Brasil, 1988). Com isso, a saúde passa a ser compreendida em ações de promoção, proteção e recuperação, tendo como princípios a universalidade e igualdade no acesso aos serviços.

Paim (2008) destaca que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) marcou uma ruptura significativa com o modelo médico-privatista vigente até então, estabelecendo novos paradigmas para a política pública de saúde no Brasil. Ao incorporar os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade como eixos estruturantes, o SUS passou a garantir, ao menos no campo legal e normativo, o acesso de toda a população aos serviços de saúde, independentemente de condição socioeconômica, região geográfica ou vínculo empregatício.

Essa mudança representou não apenas um avanço no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, mas também uma reconfiguração das práticas de atenção, ampliando o foco no atendimento individual e curativo para uma perspectiva mais abrangente, voltada à promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integrada. Além disso, a implementação desses princípios exigiu profundas transformações na organização dos serviços, na formação das equipes multiprofissionais e na articulação entre as diferentes esferas de gestão, revelando avanços, mas também desafios para a efetivação plena do sistema.

O SUS passou a ser regulamentado apenas em 1990 com a Lei Orgânica de Saúde (LOS) de nº 8.080/1990. Para Martini *et.al* (2013, p. 3) essas mudanças representaram um redimensionamento na atuação do assistente social na saúde, como afirma:

As inovações influenciaram na superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas e na construção de um novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção. Esse novo modelo requisitou um trabalho multiprofissional e com isso, o assistente social passou a ter maior importância na área da saúde (CORREIA, 2005), exigindo um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde. É a partir dessa compreensão que o profissional de Serviço Social passa a ser contratado como um dos promotores na consolidação do SUS e de seus princípios e como articulador da saúde com as demais políticas públicas.

Sendo assim, o Serviço Social passou a ocupar um lugar estratégico no âmbito da saúde, desde os primeiros movimentos de organização para implementação da política de saúde no Brasil até a criação do SUS. Atrelado a esse momento de transição da estruturação da saúde, a partir da década de 1970, o Serviço Social passa por um processo de renovação crítica, quando se aproxima dos movimentos sociais e assume uma postura profissional mais vinculada à luta pelos direitos sociais. Esse processo intensificou-se após a Reforma Sanitária, movimento que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Sodré (2010, p. 454) essa dualidade histórica na inserção do assistente social na saúde representou para o Serviço Social:

O nascimento do SUS é verdadeiramente um produto das lutas sociais, nas quais os assistentes sociais tiveram importante contribuição e trouxeram para si a afirmação de um referencial teórico até então hegemônico pautado nas reflexões de uma teoria social crítica e comprometida com um projeto de sociedade que determinou toda a história subsequente desta profissão.

Nesse novo contexto, o assistente social ganha maior visibilidade nas instituições de saúde, deixando de atuar no viés assistencialista e apenas como intermediador de benefícios e educador social. Passou, então, a assumir um papel fundamental nas equipes multiprofissionais de saúde.

Seu trabalho passa a considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença, entendendo que a saúde não é apenas ausência de enfermidade, mas um conjunto que perpassa também as relações sociais, sendo profundamente afetado por fatores como pobreza, moradia, trabalho, acesso à educação, vínculos familiares e etc. (Nascimento, 2012). Conforme expressado no Art.3º da Lei nº 8.080/1990:

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 e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

No entanto, cabe destacar que nesse processo de redefinição houve grandes contradições que refletem até os dias atuais. A principal delas está relacionada ao neoliberalismo e seu impacto na atuação profissional dos assistentes sociais na saúde. O impulso emergente dessa ideologia no Brasil ocorreu por volta da década de 1990. O neoliberalismo tem como foco a dita “liberdade” econômica, a mínima intervenção do Estado e as privatizações.

A partir disso, houveram uma série de mudanças no trabalho profissional, considerando que no viés neoliberal é defendida a privatização da saúde. Considerando o desmonte orçamentário que os governos dessa natureza propunham, houve a necessidade de intensificação de defesa do SUS por parte dos Assistentes Sociais.

A criação da saúde-fábrica deu origem também a formação dos primeiros cartéis de terceirização nos serviços de saúde. A criação dos planos de saúde ou mesmo a chegada decisiva de serviços especializados de grande custo que funcionam dentro dos hospitais públicos de todo o Brasil marcaram esse modelo. (Sodré, 2010, p.457)

Ademais, no contexto neoliberal o objetivo é alcançar metas e segregar o trabalho, baseado no padrão de industrialização como o fordismo e taylorismo. Considerando isso, os profissionais da saúde são incentivados a desenvolver seu trabalho de maneira não-integrada, rotineira e focada no atendimento em massa (Sodré, 2010).

O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. (Sodré, 2010, p. 457)

O Serviço Social insere-se na contradição entre seu projeto ético-político e as imposições do neoliberalismo que se encontrava em alta. Sendo preciso reforçar seu posicionamento e lutar pela defesa da saúde pública universal e igualitária. Segundo Sodré (2010, p. 458) essa relação representa:

Este modelo de Estado-empresa reflete não só o campo da saúde, mas o único formato de Estado de bem-estar social que o país conheceu, reforçando teses dos estudos marxistas em que o Estado sempre foi a representação de uma classe. Para o Serviço Social, isso não foi muito diferente. A hegemonia do discurso biomédico dentro da instituição hospitalar reforçou uma atitude aguerrida dos assistentes sociais para afirmarem seu espaço na saúde pública.

Contudo, apesar de seus desafios, o trabalho profissional do assistente social na saúde é de grande pertinência. De acordo com Bravo e Corrêa (2008, p. 51), “o assistente social contribui significativamente para a promoção do cuidado integral, intervindo sobre as expressões da questão social presente no cotidiano das unidades de saúde e na vida dos usuários”.

Sua atuação inclui escuta qualificada da população usuária, orientação acerca dos direitos sociais aos pacientes e familiares, articulação com a rede intersetorial de proteção social, elaboração de pareceres sociais, encaminhamento a outros serviços e mediação de conflitos sociais e familiares, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade.

Ao atuar na saúde, o profissional de Serviço Social, participa ativamente dos processos de formulação inserido desde o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, sempre em sintonia com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS (Brasil, 1990). Inseridos no conjunto das equipes multiprofissionais contribuindo de forma crítica, considerando as múltiplas questões sociais envolvidas no processo de saúde e doença da população, contribuindo assim para o cuidado integral de seus usuários. Como enfatiza Bravo e Corrêa (2008, p. 55):

O assistente social integra as equipes multiprofissionais na saúde, contribuindo com um olhar voltado para a totalidade da vida dos sujeitos, o que permite a apreensão das determinações sociais do processo saúde-doença.

A presença do assistente social em equipes multiprofissionais favorece a integralidade do cuidado, levando em consideração que esse profissional contribui com a análise da realidade social que pode interferir diretamente na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Seu trabalho é norteado pela perspectiva crítica, voltada à transformação das condições sociais que produzem desigualdades, sendo fundamental na construção de estratégias de cuidado que considerem não apenas o aspecto biomédico, mas também os determinantes sociais da saúde.

No que se refere ao trabalho do assistente social na equipe dos cuidados paliativos, essa é uma área que exige um olhar interdisciplinar e humanizado sobre os pacientes com doenças crônicas, incuráveis ou em estágio terminal, considerando não apenas o sofrimento físico, mas também as dimensões emocionais, sociais e espirituais, tanto do adoecimento como da morte. Segundo Santos e Silva (2020, p. 4), “o profissional de Serviço Social é essencial para garantir que o cuidado paliativo seja também um cuidado social, acolhedor e respeitoso com os desejos e limites de cada sujeito”.

Sendo assim, a inserção do Serviço Social na Saúde revela-se como um processo profundamente vinculado à democratização dos direitos e à construção de

práticas profissionais éticas, críticas e comprometidas com a dignidade humana. Mais do que uma presença técnica, trata-se de uma atuação política que contribui para a consolidação da saúde como direito garantido.

2.2 Bases legais e Normativas da atuação profissional

A atuação do assistente social está respaldada entre legislações, normativas e diretrizes que legitimam e regulamentam sua prática profissional no âmbito das políticas públicas, incluindo a saúde. O principal órgão que orienta, fiscaliza e normatiza o trabalho profissional dos assistentes sociais é o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que atua em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), o que popularmente é conhecido como conjunto CFESS-CRESS.

As normas técnicas do CFESS orientam e regulamentam a presença do assistente social nos serviços de saúde, definindo os objetivos, diretrizes e limites para sua atuação, reforçando o compromisso por uma prática profissional crítica, técnica e comprometida com a defesa dos direitos sociais dos usuários. Além de orientar acerca do trabalho em equipes interdisciplinares, na elaboração de prontuários e no sigilo profissional.

A princípio, destaca-se como principal legislação a Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão do assistente social. Nesse documento é possível encontrar as competências profissionais e as atribuições privativas do assistente social. Assim como as regulamentações do conjunto CFESS-CRESS (Brasil, 1993).

Nesse sentido, também garante respaldo à atuação profissional no âmbito da saúde, ao dispor, no Art. 4º, inciso V que compete ao profissional “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. (Brasil, 1993).

Bem como, no inciso II reforça que o assistente social deve “elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil”. Tal legislação dá suporte ao trabalho do assistente social tanto no atendimento direto ao usuário, quanto na formulação de políticas institucionais dentro dos serviços de saúde (Brasil, 1993).

O Código de Ética profissional do Assistente Social (Resolução CFESS nº 273/1993, atualizada pela Resolução CFESS nº 582/2010) também constitui um marco fundamental, pois define os princípios ético-político que norteiam a prática do assistente social, como o compromisso com a justiça social, a equidade, a liberdade e os direitos humanos.

Esses princípios são especialmente relevantes na atuação em saúde, onde o profissional lida cotidianamente com situações de vulnerabilidade, adoecimento e exclusão social. No contexto dos cuidados paliativos, tais princípios ganham centralidade, pois envolvem o respeito à autonomia dos sujeitos, a pluralidade de crenças e valores, e à escuta qualificada diante de situações de sofrimento, terminalidade e morte (CFESS, 2010).

A resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhece o assistente social como profissional de nível superior integrante da área de saúde. A resolução reforça a legitimidade da presença do Serviço Social em todos os níveis de atenção e em espaços como os cuidados paliativos, unidades de internamento e serviços de atenção domiciliar. Consoante a ampliação da compreensão do conceito de saúde, essa direção foi reforçada no trecho da resolução nº 218.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social. (Brasil, 1997)

A partir disso, o CFESS por meio da resolução nº 383/1999 dispõe sobre o reconhecimento do assistente social enquanto profissional da saúde, essa foi uma importante menção pois enquadra o Serviço Social diretamente ao campo da saúde. Contudo, a resolução ressalta que o assistente social não é um profissional exclusivo da saúde, conforme consta no Art.2º “O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções” (CFESS,1999).

As Portarias de nº 154/2008 e nº 2.436/2017 instituem a Política Nacional de Atenção Básica e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), respectivamente. Ambas têm grande importância para a saúde nos aspectos da

atenção primária, sendo os espaços onde os usuários criam vínculos com a instituição e a política de saúde (Brasil 2008; Brasil 2017).

No documento de ambas as portarias são considerados os/as Assistentes Sociais como parte das equipes atuantes nas políticas, ainda na portaria nº 154/2008 a composição dos profissionais na equipe é parte da condição de repasse do financiamento de recursos federais. Isso reafirma a presença do Assistente Social nessas equipes, reforçando o compromisso profissional com a saúde (Brasil 2008; Brasil 2017).

Acerca da especificidade dos cuidados paliativos, tem-se a Portaria nº 1.708/2005 (Ministério da Saúde) e o documento “Diretrizes Nacionais de Cuidados Paliativos” (2018) do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Ministério da Saúde, onde reconhecem a importância da abordagem multiprofissional e da dimensão psicossocial no cuidado. Tais documentos, apesar de não citarem nominalmente os assistentes sociais, apontam a necessidade de uma equipe ampliada e interdisciplinar. Nesse contexto, o Serviço Social está inserido habitualmente, dada sua dimensão de trabalho que tem interlocução direta com outras categorias profissionais e instituições, em equipes multiprofissionais da saúde. Conforme incentiva o Art.3º da resolução CFESS nº 557/2009, “O assistente social deve, sempre que possível, integrar equipes multiprofissionais, bem como incentivar e estimular o trabalho interdisciplinar” (CFESS, 2009).

Adicionalmente, o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” instituído pelo CFESS em 2008 através do grupo de trabalho Serviço Social na Saúde, oferece diretrizes operacionais e metodológicas sobre como conduzir intervenções qualificadas e éticas em alinhamento aos princípios do SUS.

Segundo que consta na apresentação do documento, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde visam:

responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. (CFESS, 2008, p.11-12)

O documento reúne aspectos sobre o conceito de saúde, o movimento de reforma sanitária e a constituição do SUS. Nesse viés, é abordado também os desafios atuais em relação à política de saúde, tendo como apontamentos a privatização, os desmontes de orçamento e a ideologia neoliberal, fatores que contribuem para a dificuldade de ampliação da cobertura de saúde brasileira.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2008, p. 21)

Dessa forma, também orienta o assistente social em exercício profissional na saúde no comprometimento de estar alinhado na defesa pelo SUS, no acesso universal, integral e equitativo aos usuários. Conforme exposto, o assistente social na saúde deve:

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; (CFESS, 2008, p. 30)

Ainda dentro dos parâmetros, é abordado alguns tópicos que indicam uma atuação competente e crítica que envolvem, articulação com as diretrizes do SUS e com o movimento dos trabalhadores, conhecer a população usuária e os determinantes sociais que podem impactar no processo de saúde e doença, busca pelo trabalho articulado com a interdisciplinar e intersetorialidade, estando em contato com outras categorias profissionais e com outras instituições promovendo uma rede de apoio, entre outros. O documento também enfatiza a mobilização acerca da vida e saúde dos trabalhadores, como a construção de vínculos entre usuário e a política de saúde e a formação educacional. (CFESS, 2008)

Portanto, esses instrumentos legais não apenas legitimam a atuação do assistente social no campo da saúde, mas também asseguram a defesa dos direitos dos usuários do SUS e a construção de práticas profissionais comprometidas com a cidadania, a participação social e ética. O conjunto de legislações e resoluções

reforçam o compromisso da profissão com a defesa da vida, dos direitos humanos e da dignidade, especialmente nos momentos em que o atendimento deve ir além do conceito de cura e alcançar o acolhimento, conforme necessário na intervenção em cuidados paliativos.

3. ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O presente capítulo visa analisar e explicitar as principais atribuições do assistente social no contexto dos cuidados paliativos, considerando os fundamentos ético-políticos da profissão e a complexidade das demandas apresentadas por pacientes em situação de terminalidade e suas famílias. Busca-se evidenciar a relevância da atuação deste profissional na garantia de direitos, no acolhimento social e emocional dos usuários, e na construção de estratégias que assegurem a dignidade humana até o fim da vida. O trabalho do assistente social nesse campo vai além da escuta qualificada e sensível: ele articula recursos, promove o acesso às políticas públicas, identifica também situações de vulnerabilidade e propõe intervenções que respeitam a singularidade de cada trajetória de vida.

A inserção do Serviço Social nos cuidados paliativos representa um importante avanço na construção de práticas interdisciplinares, pois reafirma a necessidade de um cuidado centrado na pessoa e não apenas na doença. Nesse sentido, o profissional atua como um elo entre as equipes de saúde, os usuários e os diversos setores da rede de proteção social, operando com base em princípios como a integralidade, a justiça social e o respeito à autonomia. Para tanto, este capítulo será estruturado em sub temas que abordam aspectos centrais da atuação, como atendimento ao paciente e à família, a mediação de direitos e o acesso às políticas públicas, a participação nos processos de planejamento terapêutico e de luto, bem como as contribuições e desafios vivenciados na composição de equipes multiprofissionais. A proposta é demonstrar que, inserido nesse campo, o Serviço Social contribui para uma abordagem ampliada do cuidado, reafirmando sua função crítica, estratégica e comprometida com a promoção da cidadania e dos direitos humanos.

O Serviço Social quando inserido no campo de cuidados paliativos, assume uma função essencial referente ao cuidado integral, ampliando assim a tradicional visão biomédica da saúde e trazendo contribuições com uma abordagem direcionada ao sujeito e sua rede de relações. O assistente social inserido em cuidados paliativos atua em articulação com a equipe multiprofissional, desenvolvendo ações que vão garantir os direitos dos usuários e fortalecendo a dignidade durante o processo de saúde-doença. Como destaca Moritz (2015, p. 34), “a presença do assistente social

no cuidado paliativo é fundamental para a construção de respostas éticas e sensíveis às necessidades sociais dos pacientes”.

O Código de Ética do assistente social enfatiza o respeito às atribuições e limites legais de cada profissional, a importância de uma comunicação clara e a preservação do sigilo profissional. Segundo resolução do CFESS nº 557/2009 de 15 de setembro de 2009:

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

[...]

Parágrafo único – Ao atuar em equipes multiprofissionais, o assistente social deverá respeitar as normas e limites legais, técnicos e normativos das outras profissões, em conformidade com o que estabelece o Código de Ética do Assistente Social. (CFESS, 2009).

Referente à atuação profissional do assistente social, o Código de Ética estabelece: “A profissão de Assistente Social se fundamenta no respeito à autonomia do usuário, na defesa intransigente dos direitos humanos e na busca da equidade social, articulando-se com os movimentos sociais em defesa da justiça social e da cidadania” (CFESS, 1993).

No campo de cuidados paliativos, o assistente social deve garantir que as decisões sobre o cuidado considerem a vontade e os valores do paciente, respeitando sua dignidade e individualidade até o fim da vida. Além disso, ao articular-se com movimentos sociais e outras frentes de defesa de direitos, o assistente social reforça a sua atuação crítica e ética, contribuindo para a garantia dos direitos de seus usuários.

Dentre as atribuições do assistente social, quando inserido em uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos tem-se: Atendimento ao paciente e à família; Mediação de direitos e acesso às políticas públicas; Participação no planejamento terapêutico e no processo de luto.

3.1 Atendimento ao paciente e à família

O atendimento prestado pelo assistente social dentro do contexto dos cuidados paliativos é orientado por uma escuta qualificada, reconhecendo o sofrimento como consequência do processo de adoecimento e terminalidade. Dentro desse contexto será exigido desse profissional um olhar mais humanizado para o seu paciente e também para os seus familiares como rede de apoio.

Suas ações envolvem o acolhimento, orientação, encaminhamento às redes de suporte e a busca ativa por familiares e redes de apoio como formas de mitigação do sofrimento, sempre respeitando os limites éticos de sua profissão. Segundo Santos e Souza (2019), o profissional busca compreender o contexto de vida do paciente e de sua família, respeitando suas crenças, valores e vínculos afetivos.

Atua no fortalecimento da autonomia do sujeito, promovendo o protagonismo nas decisões sobre seu cuidado e sua morte. Dentre as atribuições destacam-se: entrevistas sociais, identificação de demandas socioeconômicas, mediação de conflitos e articulação com redes de apoio. É importante ressaltar que o assistente social não realiza intervenções terapêuticas que correspondem às competências da psicologia clínica, conforme estabelecido pela Resolução CFESS 569/2010. Sua atuação está voltada para o suporte social, orientação e escuta qualificada, em uma perspectiva ampliada do atendimento.

Em contextos sensíveis como em cuidados paliativos, a escuta qualificada é uma dimensão essencial referente à atuação profissional do assistente social. Embora o Código de Ética não traga o termo de forma explícita, seus princípios oferecem sólidos fundamentos para essa prática. A profissão baseia-se no “respeito à liberdade e à dignidade da pessoa humana, na promoção do bem-estar, da justiça social e na eliminação de todas as formas de preconceito” (CFESS, 1993), exigindo assim do profissional uma postura de abertura ao diálogo, respeito singularidades de seus usuários e a escuta sem julgamentos.

Para Costa (2012), a escuta do Serviço Social é um instrumento técnico-operativo que permite ao profissional interpretar as demandas expressas e as não expressas, possibilitando assim intervenções mais eficazes. Essa escuta implica em uma análise crítica, sensibilidade ética e compromisso com a autonomia do sujeito. Nesse sentido é dever do assistente social “prestar serviços sem discriminação de qualquer natureza, garantindo a universalidade do acesso aos serviços e bens sociais”

(CFESS, 1993, Art. 5º), bem como, “contribuir para viabilizar a participação dos/as usuários/as nas decisões institucionais” (CFESS, 1993, art. 5º).

Dessa forma, o atendimento ao paciente e à família em cuidados paliativos, sob a ótica do Serviço Social, transcende ações meramente técnicas, assumindo um caráter ético, político e humanizado. A escuta qualificada torna-se uma ferramenta central na prática profissional, permitindo ao assistente social acessar não apenas as demandas explícitas, mas também aquelas silenciadas pelo sofrimento, pela dor e pelas limitações impostas pela terminalidade. Ao reconhecer o paciente como sujeito de direitos, inserido em uma rede de vínculos afetivos e sociais, o profissional contribui para a construção de cuidados mais integrais, respeitosos e justos. O compromisso com a autonomia, a dignidade e a participação ativa do usuário e de sua família reafirma o papel do Serviço Social como mediador das necessidades sociais e promotor da equidade no campo saúde. Assim, o assistente social atua de forma estratégica para mitigar as desigualdades e garantir um cuidado que considere a totalidade da experiência humana diante do adoecimento e da finitude.

3.2 Mediação de direitos e acesso às políticas públicas

A mediação entre usuários e políticas públicas é uma das principais frentes de atuação do Serviço Social na saúde. Nos cuidados paliativos, isso se intensifica devido à situação de vulnerabilidade agravada pela doença crônica ou terminal. O profissional atua na orientação e garantia de acesso a direitos como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, medicamentos de alto custo exigidos para o seu tratamento, entre outros. Acerca da atuação do assistente social enquanto mediador de direitos, Iamamoto (2007, p. 106) afirma: “O assistente social atua como mediador entre os sujeitos e as políticas públicas, viabilizando o acesso aos direitos sociais e contribuindo para a superação das desigualdades que marcam o cotidiano dos usuários”.

Recentemente, Pereira e Costa (2022) apontaram que a atuação intersetorial se torna ainda mais imprescindível no cuidado paliativo, para assegurar dignidade e suporte às famílias em situação de vulnerabilidade. Essa articulação entre diferentes setores — como saúde, assistência social, previdência e habitação —, permite uma

resposta mais integrada e eficaz às múltiplas demandas que surgem no contexto de terminalidade da vida.

Considerando que o sofrimento vai além do físico e emocional, podendo atingir também situações de privação material, ausência de renda, dificuldades de acessos a benefícios sociais e carência de apoio comunitário. Frente a esse cenário, o assistente social atua como um agente mediador, promovendo o diálogo entre serviços e garantindo o encaminhamento adequado às políticas públicas, fortalecendo assim, a rede de cuidado. Como enfatizam os autores, a intersetorialidade é um instrumento que amplia a efetividade da ação profissional e reforça o compromisso ético-político do Serviço Social com a promoção da equidade, da cidadania e da justiça social (Pereira; Costa, 2022). Conforme enfatizam Bravo e Corrêa (2008, p. 59):

O assistente social é o elo entre o sujeito em sofrimento e as políticas sociais, sendo sua ação essencial para efetivação dos direitos previstos constitucionalmente.

Sendo assim, a mediação de direitos e o acesso às políticas públicas configuram-se como pilares centrais presentes na atuação profissional do assistente social em cuidados paliativos. Diante das diversas expressões da questão social que surgem no contexto de doenças crônicas e terminais, o profissional torna-se essencial para assegurar que os pacientes e suas famílias tenham garantido o acesso a benefícios, serviços e políticas públicas que promovam a dignidade e o alívio do sofrimento já existente.

Ao articular a rede de proteção social e atuar na garantia de direitos, o assistente social reafirma o seu compromisso ético-político com a justiça social. Sua intervenção crítica fortalece o cuidado integral e humanizado, especialmente junto às populações em situação de vulnerabilidade, em que a dificuldade de acesso pode significar o aprofundamento das desigualdades sociais e da dor. Portanto, a mediação realizada por esse profissional vai além do cumprimento técnico, revelando um comprometimento com a transformação da realidade social e a valorização da vida até o seu fim.

Portanto, a mediação de direitos pelo assistente social em cuidados paliativos não se restringe à burocracia institucional, mas revela uma ação política e ética frente às desigualdades que atravessam o processo de adoecimento e finitude. Ao enfrentar os entraves no acesso às políticas públicas, esse profissional garante não apenas

direitos, mas reconhecimento, dignidade e cuidado integral aos sujeitos em sofrimento. Sua atuação reafirma o compromisso do Serviço Social com a justiça social, mesmo nos contextos mais adversos da vida.

3.3 Participação no planejamento terapêutico e no processo de luto

O assistente social participa ativamente das discussões de casos clínicos e na elaboração dos planos terapêuticos, contribuindo com informações sobre o contexto social e familiar do paciente. Seu papel não se restringe à escuta ou ao apoio emocional, ele também atua como um mediador entre os usuários, suas famílias e os profissionais de saúde. Nessa mediação o assistente social busca assegurar que as decisões clínicas respeitem os direitos, os desejos e a autonomia dos pacientes, conforme garantido pelo Código de Ética Profissional da categoria (CFESS, 1993). Contudo, é essencial destacar que o assistente social não atua na condução terapêutica de natureza clínica, respeitando os princípios éticos e as competências da profissão (CFESS, 2010).

Considerando que a realização de terapias não possui relação com a formação profissional estabelecida nas diretrizes curriculares do curso de graduação em Serviço Social, aprovadas pela Resolução CNE/CES/MEC nº 15, de 13 de março de 2002, sendo incompatíveis com as competências e atribuições estabelecidas na Lei 8.662/93; (CFESS, resolução 569/2010)

O Assistente Social, em seu trabalho profissional com indivíduos, grupos e/ou famílias, inclusive em equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, deverá ater-se às suas habilidades, competências e atribuições privativas previstas na Lei 8662/93, que regulamenta a profissão de assistente social. (CFESS, Resolução 569/2010, art. 3)

Além disso, o profissional irá atuar no suporte à família durante o processo de morte e luto, oferecendo escuta ativa sensível e orientações quanto aos recursos institucionais disponíveis. Como destacam Kovács e Melo (2015), o cuidado paliativo exige do profissional sensibilidade para lidar com perdas e um esforço para prover as melhores condições na elaboração subjetiva e social da finitude por parte dos usuários.

O assistente social, ao lado de outros profissionais, têm papel fundamental no acolhimento da dor do luto, auxiliando famílias a enfrentarem perdas significativas, por meio da escuta, orientação e suporte diante das

dificuldades materiais, emocionais e sociais que emergem com a morte” (Kovács; Melo, 2015, p. 244).

Ao integrar o plano terapêutico, o assistente social pode identificar e vocalizar demandas sociais, econômicas e culturais que muitas vezes são desconsideradas na prática biomédica tradicional, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e centrada no sujeito. Dessa forma, atua como ponte entre os aspectos técnicos de prescrição médica e as condições de vida do paciente, exercendo influência sobre as condutas propostas, quando estas não consideram os limites sociais da família ou os desejos expressos pelo próprio usuário. O assistente social pode exercer um papel fundamental na priorização das demandas dos usuários, sobretudo em contextos onde o modelo biomédico tende a silenciar ou minimizar questões subjetivas e sociais. Assim, cabe a ele reafirmar, dentro das discussões terapêuticas, a centralidade do sujeito no processo de cuidado.

Em situações de final de vida, o assistente social também oferece suporte no processo de luto, tanto de forma antecipatória quanto no pós-óbito, procurando dar melhores condições aos familiares no enfrentamento da perda. O luto é compreendido aqui como um processo social e subjetivo, que exige acompanhamento profissional qualificado e empático. A escuta do assistente social, nesse contexto, reconhece o sofrimento sem patologizá-lo, acolhendo os sentimentos de perda, culpa e ambivalência vivenciados pela família.

Portanto, evidencia-se que a participação do assistente social no planejamento terapêutico e no processo de luto é essencial para a integralidade do cuidado em contextos de cuidados paliativos. Sua atuação se dá de forma ética, respeitando os seus limites profissionais e contribuindo para a elaboração de um plano terapêutico que considere a realidade social, familiar e cultural do paciente. No processo de luto, o assistente social exerce um papel de acolhimento e orientação, prestando aconselhamento e suporte prático à família, promovendo dignidade e respeito à perda.

3.4 Atuação em equipe: Contribuições e Desafios interdisciplinares

A atuação do assistente social em equipes multiprofissionais baseia-se em uma construção coletiva objetivando o cuidado. Sua formação crítica e comprometida com os direitos sociais amplia o olhar perante o sofrimento humano, indo além da dimensão

clínica. Dentre suas contribuições tem-se: observação crítica sobre as condições sociais, articulação com os serviços da rede de apoio e promoção do cuidado humanizado.

Todavia, ainda há desafios quanto à valorização do saber social no campo da saúde. Muitas vezes o conhecimento do assistente social é subestimado ou marginalizado frente ao saber biomédico hegemônico, o que limita sua atuação nas decisões institucionais. Campos e Trad (2005) afirmam que a interdisciplinaridade exige escuta e respeito mútuo, sendo essencial para práticas transformadoras no cuidado em saúde. Isso implica em reconhecer que o cuidado integral vai ultrapassar a dimensão clínica e envolve aspectos sociais, culturais, econômicos e subjetivos que também importam e impactam o processo de saúde-doença.

Nesse sentido, a Resolução nº 50/2019 do Conselho Nacional de Saúde reconhece a importância das práticas colaborativas e do cuidado centrado na pessoa, reforçando a legitimidade da atuação do Serviço Social nas equipes multiprofissionais e seu papel ativo na construção de respostas éticas e eficazes frente às demandas que surgem. Contudo, a prática ainda revela obstáculos como a fragmentação dos saberes, o desconhecimento sobre as atribuições profissionais do assistente social e a limitação de recursos institucionais.

Como destacam Ferreira e Lima (2021, p.88), “a atuação do assistente social em equipes multiprofissionais é muitas vezes atravessada por disputas de espaço e por uma compreensão restrita de suas competências, o que exige constante reafirmação de sua função crítica e articuladora”. Tais desafios reforçam uma necessidade em viabilizar o Serviço Social como parte essencial do cuidado em saúde, especialmente nos cuidados paliativos, quando a escuta, o acolhimento e a defesa de direitos tornam-se urgentes e inegociáveis.

A atuação do assistente social em equipes multiprofissionais deve respeitar os limites ético-profissionais definidos por suas atribuições privativas, conforme estabelece a Resolução CFESS nº 557/2009. Essa normativa orienta que, embora a avaliação e discussão dos casos clínicos possam ocorrer de forma coletiva, “a conclusão manifestada por escrito pelo assistente social”, deve ser respeitada, pois está situada no âmbito de sua competência exclusiva (CFESS 2006).

A prerrogativa reforça a importância do reconhecimento técnico do Serviço Social no cuidado em saúde e protege a autonomia profissional diante de práticas que

por vezes tendem a desconsiderar o saber social nas decisões clínicas. Nesse sentido, a atuação interdisciplinar deve ser construída no diálogo, no reconhecimento mútuo e no respeito às especificidades de cada área, evitando a sobreposição de funções ou a diluição da identidade profissional.

O capítulo analisou as principais atribuições do assistente social no campo de cuidados paliativos, destacando o papel fundamental desse profissional na promoção da dignidade, no acesso a direitos e no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social no contexto da terminalidade. Evidenciou-se que o Serviço Social atua para além do aconselhamento e da escuta qualificada, sendo um agente estratégico na articulação entre usuários, famílias, equipes multiprofissionais e políticas públicas.

Ao abordar o atendimento ao paciente e a família, a mediação de direitos, a participação no planejamento terapêutico e no processo de luto, bem como os desafios da atuação em equipe, ficou claro que o assistente social contribui significativamente para uma abordagem ética, integral e centrada no sujeito. Sua prática reafirma valores como a justiça social, a autonomia e o respeito à singularidade de cada trajetória de vida.

Por fim, apesar das contribuições relevantes, o capítulo também revelou os obstáculos enfrentados no cotidiano profissional, como o desconhecimento das atribuições do Serviço Social Por parte das equipes, a hierarquização dos saberes e a limitação de recursos institucionais. Esses desafios reforçam a necessidade de fortalecimento da identidade profissional, da interdisciplinaridade respeitosa e do reconhecimento efetivo da atuação do assistente social como parte essencial no cuidado paliativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo foi possível compreender o que é o cuidado paliativo, sob uma perspectiva além da biomédica, ao incorporar dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais da experiência do adoecimento e da morte. Analisando a trajetória que constituiu o conceito paliativista e aprovou a Política Nacional de Cuidados Paliativos. Esse processo evidenciou a importância de um cuidado integral e humanizado, que reconhece a complexidade da terminalidade da vida e valoriza a atuação de profissionais comprometidos com a dignidade, o alívio do sofrimento e a promoção de direitos até o fim da vida.

Nesse sentido, o trabalho focou na relação entre cuidado paliativo e Serviço Social, elucidando as atribuições do assistente social na composição da equipe multiprofissional e destacando sua relevância para contribuir com a promoção da saúde integral e do cuidado humanizado.

Com isso, foi possível observar que a atuação do Serviço Social é amparada por um robusto conjunto de diretrizes éticas e legais, que legitimam sua inserção nos diversos níveis de atenção à saúde e reforçam seu papel nas equipes multiprofissionais. O assistente social destaca-se nos cuidados paliativos por promover a escuta qualificada, mediar o acesso a direitos sociais e reforçar o respeito à autonomia dos sujeitos envolvidos.

Portanto, nota-se que o assistente social é indispensável na formação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos, ao compor essencialmente respostas à esfera do sofrimento social, principalmente na promoção da dignidade. Sua presença na equipe de cuidados paliativos reafirma o compromisso com uma prática profissional crítica, reflexiva e comprometida com a vida em todas as suas fases — inclusive no momento da morte.

Apesar dos avanços na consolidação dos cuidados paliativos como um direito à saúde e à dignidade humana, os assistentes sociais ainda enfrentam desafios significativos em sua prática cotidiana. A escassez de recursos humanos e materiais, a fragmentação dos serviços e ausência de uma cultura institucional voltada para o cuidado integral dificulta a inserção efetiva deste profissional nas equipes multiprofissionais.

A efetivação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) ainda encontra inúmeros entraves, tanto estruturais quanto políticos. A ausência de regulamentação clara, a carência de financiamento específico e a descontinuidade das políticas públicas voltadas à saúde dificultam a implementação de diretrizes uniformes em todo o território nacional. Soma-se a isso a desigualdade regional no acesso aos serviços de cuidados paliativos, com destaque para a escassez de equipes capacitadas e de espaços institucionais que valorizem a escuta, a humanização e o cuidado interdisciplinar.

Diante desse contexto, torna-se essencial ampliar as pesquisas sobre a atuação do assistente social em cuidados paliativos, especialmente no que diz respeito à construção de práticas interdisciplinares e à inserção crítica do profissional nas políticas públicas de saúde. Estudos futuros podem aprofundar a compreensão sobre impactos da atuação do Serviço Social na qualidade de vida de pacientes e familiares, bem como identificar estratégias para fortalecer a formação profissional voltada a esse campo específico. Além disso, pesquisas que explorem a perspectiva dos usuários sobre o cuidado recebido e o papel do assistente social podem contribuir para o aprimoramento das práticas e para a consolidação de uma abordagem verdadeiramente centrada na dignidade humana até o fim da vida.

Estima-se que este trabalho possa contribuir para o reconhecimento da importância do trabalho do assistente social em cuidados paliativos e incentive novas reflexões sobre a necessidade de sua valorização neste campo essencial da política de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos?** Disponível em: <https://paliativo.org.br/o-que-sao-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 14 jun. 2025.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Os serviços de cuidados paliativos do INCA.** Paliativo.org.br, [s.d.]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/os-servicos-de-cuidados-paliativos-do-inca/>. Acesso em: 14 jun. 2025.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual.** Paliativo.org.br, 23 jun. 2021. Disponível em: <https://paliativo.org.br/servico-cuidados-paliativos-hospital-servidor-publico-estadual/>. Acesso em: 14 jun. 2025.
- ANDRADE, J. V.; SOUZA, J. C. M. de. **Avanços e desafios da política nacional de cuidados paliativos no Brasil.** Revista de Medicina, São Paulo, v. 103, n. 3, p. e-225623, 16 jul. 2024. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v103i3e-225623.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre a prática de ortotanásia – limitação ou suspensão de tratamentos prolongadores de vida em fase terminal, garantindo os cuidados paliativos ao paciente.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 9 nov. 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 16 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cuidados-paliativos>. Acesso em: 14 jun. 2025.
- BRAVO, Maria Inês Souza; CORRÊA, Maria Lúcia Lopes da Silva. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2008.
- CARLI, Patrícia de; ALLEBRANDT, Sérgio Luís; MUELLER, Airton Adelar. **Construção da política de saúde no Brasil: uma análise sócio-histórica.** INTERAÇÕES, Campo Grande, MS, v. 25, n. 4, dez. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v25i4.4313>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/gmBn3Jr3Yb44PnBvDGTDwPv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2025.
- CAMPOS, Gastão W. S; TRAD, Laura A. B. **Interdisciplinaridade e saúde: um campo em construção.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). Trabalhar em equipe: perspectivas da reconfiguração do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética profissional do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, n. supl. 1, p. 165–180, jul. 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-552918>. Acesso em: 20 jun. 2025.

FLORENÇO, R. S. et al. **Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 33, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/WpnrGf7wGWQPJyztZv5YNg/>. Acesso em: 05 ago. 2025.

FROSSARD, Andrea. **Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias**. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 14, ed. especial, p. 640–655, jul. 2016. DOI: 10.1590/1679-395114315.

GOMES, Ana Luísa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. **Cuidados paliativos. Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155–166, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.usp.br/eav/article/view/124275/120601>. Acesso em: 12 jul. 2025.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900012. Acesso em: 20 jun. 2025.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. **Demanda por cuidados paliativos cresce no Brasil, afirma especialista do HC**. Notícia, Campinas, 11 out. 2024. Disponível em: https://hc.unicamp.br/noticia/2024/10/11/newsite_noticia_694_brasil-tem-aumento-no-numero-de-servicos-de-cuidados-paliativos/. Acesso em: 19 jul. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

KING 'S COLLEGE LONDON. About us – **Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy & Rehabilitation**. Disponível em: <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about-us/cicely-saunders>. Acesso em: 20 jun. 2025.

KOVÁCS, Maria Júlia; MELO, Leticia Helena de. **Morte e cuidados paliativos: fundamentos para uma atuação interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

LUCCHESI, Patrícia T. R. (coord.). **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, julho 2004. 90 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf. Acesso em: 16 jul. 2025.

MARTINI, et al. **A inserção do assistente social na área da saúde**. CRESS-SC, 2014. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inser%C3%A7%C3%A3o-do-assistente-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2025.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan.–mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-5970201400010000478>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2025.

MORENO, Roberta Vilela; WANDERLEY, Mariângela Belfiore. **O trabalho do assistente social na política de saúde: desvendar de seu exercício profissional**. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2018.

Ministério das Comunicações. **Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4 % em 12 anos**. Secretaria de Comunicação Social, 27 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 06 ago.2025.

Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos**. Ministério da Saúde, 23 maio 2024. Atualizado em 2 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>. Acesso em: 06 ago.2025.

MORITZ, Martha. **Serviço Social e o cuidado como valor ético-político**. São Paulo: Cortez, 2015.

NASCIMENTO, Eliane Rosa do. **Serviço Social e Saúde: desafios na contemporaneidade**. Saúde mental, atenção psicossocial e o trabalho do assistente social. São Paulo: Cortez 2012. p. 55-74.

NAZAR, Susanna. **Cuidados paliativos precisam avançar para oferecer qualidade de vida a um maior número de pessoas**. Jornal da USP, 14 jul. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/noticias/cuidados-paliativos-precisam-avancar-para-oferecer-qualidade-de-vida-a-um-maior-numero-de-pessoas/>. Acesso em: 06 ago.2025.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **A constituição cidadã e os 20 anos do Sistema Único de Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p 759-768, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, Salvador, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.091720181724. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2025.

PAIVA, Carolina Fraga; SANTOS, Tânia Cristina Franco; COSTA, Laís de Miranda Crispim; FILHO, Antonio José de Almeida. **Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente**. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001.

PEREIRA, Ana Cláudia; COSTA, Marcos Vinicius. **Intersectorialidade e Serviço Social na Saúde: desafios e possibilidades**. São Paulo: Cortez, 2022.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. Edições Loyola, 2004.

PESSINI, Leo. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar**. Revista Bioética, v. 10, n. 2, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/214/215. Acesso em: 12 jul.2025.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Encontros Teológicos, São Paulo, n. 61, ano 27, v. 1, p. 31-42, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Palliative care**. Escritório Regional da OMS para a Europa, 1 jun. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. Acesso em: 14 jun. 2025.

SANTOS, Ericka Almeida dos. **Cuidados paliativos e serviço social: novos desafios para a atuação profissional**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18579>. Acesso em: 14 jun. 2025.

SANTOS, Juliana Pires dos; SOUZA, Andréa Cristina. **O papel do assistente social nos cuidados paliativos: contribuições para a humanização**. Revista Serviço Social em Perspectiva, v.3, n.1, p. 21-38, 2019.

SANTOS, Luana Alves dos; SILVA, Cíntia de Oliveira. **A atuação do assistente social nos cuidados paliativos: contribuições à integralidade do cuidado**. Serviço Social e Saúde, v. 18, p. 1-12, 2020.

SILVA, Maria A; COSTA, João H. **A atuação do assistente social em equipes multiprofissionais de saúde**. Revista Serviço Social e Saúde, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 45-60, 2019.

SODRÉ, Francis. **Serviço social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Serviço & Sociedade, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul.–set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=pdf>. Acesso em: 05 ago. 2025.

TRITANY, Érika Fernandes; SOUZA FILHO, Breno Augusto Bormann de; MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de. **Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 25, suppl. 1, e200397, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KzYVJwppxwW4HFfBSgrjwWJ/?format=pdf>. Acesso em: 05 ago. 2025.