



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: atuação profissional a partir
de trabalhos acadêmicos**

ARIELY CRISTINNY BRASILEIRO DE MEDEIROS

JOÃO PESSOA – PB

2023

ARIELY CRISTINNY BRASILEIRO DE MEDEIROS

**SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: atuação profissional a partir
de trabalhos acadêmicos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Raquel da Silva Jales.

JOÃO PESSOA – PB

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na publicação Seção de Catalogação e Classificação

M488s Medeiros, Ariely Cristinny Brasileiro de. Serviço e cuidados paliativos : atuação profissional a partir de trabalhos acadêmicos / Ariely Cristinny Brasileiro de Medeiros. - João Pessoa, 2023.

71 f. : il.

Orientador: Paula Raquel da Silva Jales.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2023.

1. Serviço Social. 2. Política de Saúde. 3. Cuidados paliativos. I. Jales, Paula Raquel da Silva. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 36

Elaborado por MARIA DE FATIMA HENRIQUE JORGE MAIA - CRB-15/392

ARIELY CRISTINNY BRASILEIRO DE MEDEIROS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Raquel da Silva Jales.

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Paula Raquel da Silva Jales (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

João Pessoa – PB

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por simplesmente me amar com sua graça imensurável e por ser aquele em que sempre segurou em minhas mãos e me capacitou para todas as coisas pela força do seu poder. Chamou-me de filha e me colocou em lugares para que o nome dEle pudesse ser glorificado e em tudo mostrou que há um propósito maior.

A minha família. Minha mãe, Suênia Brasileiro, por sempre ser a primeira a se orgulhar de mim e reconhecer todos os esforços que a caminhada exige. Ao meu pai, Pedro Medeiros, por sempre me incentivar a buscar os meus sonhos profissionais com foco e determinação. E a todos os meus familiares que mesmo distantes sempre torceram e se alegraram junto comigo.

Ao meu namorado, Thayro Perna, por sempre me mostrar que já deu certo e que Deus está no controle, cuidou de todas as coisas. Se mostrou ombro amigo e um grande incentivador em tudo aquilo que eu sonho e almejo, sonhando os meus sonhos e estando ao meu lado.

A amigas de sala de aula (Camila Dias, Beatriz Alves, Carol Alcântara, Nayra Fidelis) que Deus me presenteou para cultivarmos uma amizade carregada de muito apoio, risadas, trocas e vivência de bons momentos que fizeram o período acadêmico se tornar muitas vezes leve.

A uma grande amiga que a considero como irmã, Vera Martins, que ao longo dos nosso mais 10 anos de amizade, provou que a distância não significa absolutamente nada diante daquilo que é verdadeiro e se mostrou sempre presente em minha vida em todas as fases.

Agradeço a minha orientadora Paula Raquel Jales, que sempre teve muita paciência e leveza no ensinar e sempre se mostrou muito solícita quando precisei, auxiliando-me no conhecimento e todo desenvolvimento desse trabalho.

Um agradecimento a minha banca composta pelos docentes: Rafael Nicolau e Patrícia Barreto. Me sinto extremamente honrada pela avaliação dos mesmos no meu trabalho, irei levar as contribuições para o resto da minha vida.

E por fim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte diretamente e indiretamente da minha caminhada de formação profissional, torcendo, alegrando-se, e acreditando em mim.

RESUMO

O presente trabalho tem como tema o Serviço Social e a Política Pública de Saúde brasileira e objeto a atuação do assistente social nos cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), os “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. Nesse sentido, o objetivo geral deste trabalho foi compreender como se dá a atuação do Assistente Social na política de cuidados paliativos. Especificamente, analisar a política de saúde no Brasil e os cuidados paliativos como política pública; discutir os cuidados paliativos; e, por fim, compreender as dificuldades e desafios profissionais. A pesquisa foi de suma importância por possibilitar a ampliação de conhecimento sobre um assunto que não é tão debatido na formação profissional, mas que é de grande relevância para pensar a atuação de assistente sociais com os usuários e seus respectivos familiares, através de equipe multidisciplinar. A metodologia do estudo foi uma revisão bibliográfica sistemática e integrativa, a fim de compreender como tem se caracterizado, na produção de conhecimento, a atuação dos assistentes sociais em cuidados paliativos em relação a sua ação, suas dificuldades e seus desafios. Para tanto, utilizamos duas bases de dados, o Repositório Institucional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e o Google Acadêmico, selecionando os trabalhos acadêmicos através de duas palavras-chaves associadas, “Serviço Social” and “Cuidados Paliativos”. O critério de inclusão foi serem estudo bibliográfico e/ou documental com trabalho de campo ou relato de experiência. O recorte temporal foi de 2016 a 2023, por se tratar de um assunto que ainda é recente, com insuficientes trabalhos acadêmicos encontrados em anos anteriores aos escolhidos. Os resultados do estudo apontaram os seguintes aspectos: o assistente social atua em equipe multiprofissional de cuidados paliativos; sua ação pode possibilitar o acesso a direitos assistências e previdenciários; ele tem a capacidade de identificar as múltiplas expressões da questão social, através do conhecimento, investigação e análise da realidade vivida por pacientes e familiares; tem papel fundamental o diálogo entre familiares e equipe multiprofissional, bem como na socialização de informações que se materializa através das orientações e encaminhamentos; sua maior dificuldade é não acesso dos usuários a direitos sociais nas outras políticas sociais; e o desafio é superar o conservadorismo mantendo compromisso da sua atuação vinculado ao Projeto Ético Político do Serviço Social. Em termos de consideração final, concluímos que o assistente social atua nos cuidados paliativos por meio de equipe multiprofissional, tendo como principal competência a viabilização de informações para acesso a direitos sociais, com destaque para as Políticas de Previdência e Assistência Social, pois a compreensão das expressões da questão social que perpassam a vida do usuário e familiares, a utilização de instrumentos técnico-operativos e compromisso ético-político tornam relevante, justificam e legitimam a profissão nesta área.

Palavras-chave: Serviço Social. Política de Saúde. Cuidados paliativos.

ABSTRACT

The present work has as its theme the Social Work and the Brazilian Public Health Policy and object the performance of the social worker in palliative care. According to the World Health Organization - WHO (2002), "Palliative Care consists of assistance provided by a multidisciplinary team, which aims to improve the quality of life of patients and their families, in the face of a life-threatening illness, through prevention and relief of suffering, early identification, impeccable assessment and treatment of pain and other physical, social, psychological and spiritual symptoms". In this sense, the general objective of this work was to understand how the Social Worker works in the palliative care policy. Specifically, to analyze health policy in Brazil and palliative care as a public policy; discuss palliative care; and, finally, understanding the professional difficulties and challenges. The research was of paramount importance for enabling the expansion of knowledge on a subject that is not so debated in professional training, but which is of great relevance to think about the performance of social workers with users and their respective families, through a multidisciplinary team. The study methodology was a systematic and integrative bibliographic review, in order to understand how, in the production of knowledge, the work of social workers in palliative care has been characterized in relation to their action, their difficulties and their challenges. For that, we used two databases, the Institutional Repository of the Federal University of Paraíba (UFPB) and Google Scholar, selecting academic works through two associated keywords, "Social Service" and "Palliative Care". The inclusion criterion was to be a bibliographic and/or documental study with field work or experience report. The time frame was from 2016 to 2023, as it is a subject that is still recent, with insufficient academic work found in years prior to the chosen ones. The results of the study indicated the following aspects: the social worker works in a multidisciplinary palliative care team; its action can enable access to assistance and social security rights; he has the ability to identify the multiple expressions of the social question, through knowledge, investigation and analysis of the reality experienced by patients and family members; Dialogue between family members and the multidisciplinary team plays a fundamental role, as well as the sharing of information that materializes through guidance and referrals; its greatest difficulty is that users do not have access to social rights in other social policies; and the challenge is to overcome conservatism while maintaining the commitment of its performance linked to the Political Ethical Project of Social Work. In terms of a final consideration, we conclude that the social worker works in palliative care through a multidisciplinary team, having as its main competence the availability of information for access to social rights, with emphasis on Social Security and Social Assistance Policies, since the understanding of the expressions of the social issue that pervade the lives of users and their families, the use of technical-operative instruments and ethical-political commitment make the profession relevant, justify and legitimize in this area.

Keywords: Social Service. Health Policy. Palliative Care.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 – Trabalhos acadêmicos da análise bibliográfica..... | 51 |
|--|-----------|

LISTA DE SIGLAS

ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HU/UFSC – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensões

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP – Projeto Ético Político

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| CAPÍTULO 1 – BREVES APONTAMENTOS DA CONJUNTURA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL..... | 15 |
| CAPÍTULO 2 – A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA | 27 |
| CAPÍTULO 3 – CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE . | 37 |
| CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DAS DISCUSSÕES ACADÊMICAS SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS | 50 |
| 4.1 Concepções de cuidados paliativos | 52 |
| 4.2 Atuação do Assistente Social nos cuidados paliativos | 55 |
| 4.3 Dificuldades e desafios dos assistentes sociais nos cuidados paliativos ... | 59 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 66 |

INTRODUÇÃO

A seguridade social compreende um avanço significativo para o Brasil como resposta as lutas sociais e garantia de direitos em consonância com a proteção social, composta pelo tripé saúde, assistência social e previdência. Com isso, iremos nos deter na política da saúde e suas transformações que perpassaram grande processo histórico para sua consolidação e avanço.

A concepção de saúde foi se modificando ao longo do tempo, com avanços e desafios devido ao processo de industrialização que alterou o cenário brasileiro, surtos de doenças começaram a aparecer, exigindo medidas cabíveis para resolução do problema da saúde em resposta as lutas sociais por melhores condições de vida e trabalho (CARLA, 2018).

O processo da reforma sanitária que ocorreu no contexto da ditadura militar, no início da década de 1970 foi um movimento social liderado por profissionais e pela sociedade engajados na luta pela saúde, esse movimento impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que contou com a participação da sociedade civil envolvendo profissionais da saúde, usuários, intelectuais e membros de partidos políticos em que se propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARLA, 2018).

Dessa forma, a política da saúde tem como um marco constituinte a criação do SUS regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080, que tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização política administrativa. Com isso, tratar da política da saúde possibilita abordar a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais que conforme a Constituição Federal de 1988, no artigo 196, assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Sabemos que no Brasil o direito à saúde por meio do SUS proporcionou avanços em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção e um maior acesso a serviços públicos. Para tal, é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros. A constituição vai definir que a gestão do SUS seja tripartite, com os Estados e Municípios no planejamento e controle dos programas e ações e o

Governo Federal na fiscalização, financiamento e coordenação dos recursos (BRASIL, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades. As discussões que giram em torno desse completo bem-estar é marcada por diversos embates no que diz respeito a como se pensa a saúde muitas vezes numa dimensão biológica, para isso, se faz necessário compreender que o processo saúde-doença depende da articulação de diferentes determinantes da saúde, tais como evidências estruturais quanto as condições de vida e de trabalho, assim como condições culturais, ambientais, etc. (DALMOLIN *et al.*, 2011).

O conceito de saúde veio se modificando ao longo do tempo, caracterizando-se por um processo que envolve aspecto social, político e econômico. A principal proposta da Reforma Sanitária foi a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia de direitos sociais. Nesse sentido a concepção ampliada de saúde considera melhores condições de vida e de trabalho (PEREIRA; GARCIA, 2012). E para aqueles que já estão em processo de adoecimento os cuidados paliativos se diferencia da medicina curativa e foca no cuidado integral ao indivíduo por meio da prevenção e controle dos sintomas provocados por doenças graves que ameaçam a vida e também leva em conta outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Desse modo, o tema central deste trabalho são os cuidados paliativos que se definem, segundo conceito proposto em 1990 e revisado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a

[...] assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

É de suma importância pensar os cuidados paliativos dentro da política da saúde. O meu interesse pela temática surgiu na vivência de estágio supervisionado em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, no Hospital Lauro Wanderley, na área de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com pacientes críticos.

O que me impulsionou a estudar a temática foi diante da minha observação dos Cuidados Paliativos no ambiente do estágio. Os cuidados paliativos para determinado usuário se dá através de reuniões com os familiares dos mesmos, tendo em vista o contexto da UTI que trata de pacientes críticos, que por vezes, em sua maioria, não respondem por si, logo, os familiares são informados do tratamento e solicitados a autorizar a realização de cuidados paliativos.

Diante dessa realidade foi observado como o Serviço Social integrante das equipes multiprofissionais de saúde, poderá conduzir as relações entre usuários e familiares de cuidados paliativos na potencialização da perspectiva do direito, seja no que diz respeito a qualidade de vida, respeito as crenças e vontades relacionadas a condução do tratamento, respeitando as individualidades e direitos.

Foi observado também a necessidade de romper com o prática rotineira, acrítica e burocrática da profissão e buscar a contribuição profissional para a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais e na consideração das dimensões subjetivas vividas pelos usuários. Uma problemática existente é a de que por muitas vezes, por falta de compreensão dos demais profissionais acerca das reais atribuições da profissão, acaba resultando em práticas imediatistas e fragmentadas, que dificulta a rede de assistência à saúde em seu atendimento de forma integral e de qualidade.

Em relação aos cuidados paliativos a atuação profissional deve ser orientada pela discursão dos determinantes em saúde na dimensão universalista e democrática. Por isso questionamos as competências profissionais direcionadas aos níveis de atenção paliatista no acolhimento e acesso aos direitos sociais que requer um olhar mais humanizado sob a integralidade dos serviços disponíveis, viabilizando a efetivação do objetivo dos cuidados paliativos, que é a garantia de qualidade de vida em seus aspectos físicos, sociais, emocional e espiritual.

Nesse sentido o objetivo geral do trabalho é compreender como se dá a atuação do Assistente Social na política de cuidados paliativos, tendo como objetivos específicos compreender a política de saúde no Brasil e especificamente os cuidados paliativos como política pública; discutir os cuidados paliativos; compreender as dificuldades e desafios profissionais.

Com isso, o trabalho é de suma importância para melhor compreender os determinantes em saúde em cuidados paliativos, destacando a relevância dos assistentes sociais e sua intervenção com os usuários e seus respectivos familiares. Além disso, conhecimento das especificidades do trabalho em prol de um atendimento de maior qualidade, refletindo as possibilidades e limites da atuação profissional. O presente trabalho busca, portanto, agregar a profissão uma maior busca de conhecimento da temática para sua efetiva atuação frente a área da saúde possibilitando um arcabouço crítico da realidade e sua investigação no que se refere aos usuários, o conhecimento de seus direitos e a prestação de informações e orientações imprescindível ao cuidado, integrando um atendimento de rede.

Em termos metodológicos, o estudo buscou compreender como tem se caracterizado na produção do conhecimento a atuação dos assistentes sociais em cuidados paliativos em relação a sua ação, suas dificuldades e seus desafios, para tanto foi realizada revisão de literatura para a construção dos três primeiros capítulos e revisão bibliográfica sistemática e integrativa em material biobibliográfico selecionado no Repositório Institucional da UFPB e no Google Acadêmico, com a utilização de duas palavras-chaves de forma associadas, “Serviço Social” and “Cuidados paliativos”, possibilitando entender as contradições do exercício profissional do assistente social nos cuidados paliativos, a partir do que se tem produzido.

Foram selecionados 9 trabalhos, sendo 1 TCC, 7 artigos e 1 dissertação. O critério de inclusão foram trabalhos acadêmicos que além dos estudos bibliográficos e documental apresentavam trabalho de campo ou relatos de experiência. Para análise construímos uma ficha de leitura com quatro indicadores, a partir dos objetivos geral e específicos. Após a leitura de todos os textos, procedemos a organização, a classificação e a sistematização do dados, realçando convergências, divergências e aproximações nos trabalhos analisados.

Para apresentação dos resultados, a monografia foi estruturada em quatro capítulos. No primeiro abordamos a conjuntura histórica da política de saúde no Brasil, compreendendo como foi criado o SUS. No segundo capítulo, apresentamos como se deu a inserção do Serviço Social na política de saúde brasileira e os desafios contemporâneos da profissão no SUS. No terceiro

capítulo, tratamos dos cuidados paliativos, apresentando sua trajetória e desenvolvimento. No quarto e último capítulo, discorremos sobre a metodologia e os resultados encontrados na análise das discussões acadêmicas sobre a atuação do assistente social nos cuidados paliativos, dando relevo as concepções de cuidados paliativos, as ações, as dificuldades e desafios profissionais. Nas considerações finais relatamos os principais resultados e contribuições do estudo monográfico.

CAPÍTULO 1 – BREVES APONTAMENTOS DA CONJUNTURA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo tem por objetivo abordar a política de saúde no Brasil com aspectos que marcaram a saúde em diferentes épocas, e com isso evidenciar como esta política pública se desenvolveu. Essa discussão é central para esse trabalho, pois possibilita compreender os impasses e desafios que a política de saúde enfrenta até os dias atuais, para isso um capítulo que abrangesse o contexto histórico e como a saúde foi tratada até chegar aos significativos avanços que a consolidaram como direito de todos e dever do Estado.

Em 1500, os portugueses ao invadirem o Brasil encontram uma população indígena e seminômade. Nesse período, doenças e epidemias foram disseminadas entre colonos, população indígena e negra. Como então a questão da saúde era tratada? Com saberes populares. Dentre as doenças que a população sofria estavam a febre tifoide, sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, malária, disenteria, gripe, trazidas pelos colonizadores europeus. As condições de saúde da população negra eram precárias devido os riscos aos quais eram expostos no processo de trabalho.

A Igreja Católica, por meio das Santas Casas de Misericórdia, iniciou o atendimento médico individual aos pobres, com a presença da filantropia, entretanto, não havia modelo de atenção à saúde nesse período. As chamadas boticas dos jesuítas foram as primeiras farmácias a funcionar nas Santas Casas da Misericórdia (EDLER, 2010), dedicadas ao tratamento de enfermos onde se buscavam medicamentos.

No final do século XIX, a população brasileira se encontrava com graves problemas de saúde e uma vida insalubre, com riscos diante das péssimas condições sanitárias nos centros urbanos, bem como a diversos surtos epidêmicos que estavam aparecendo (PONTE, 2010). Essa época foi marcado pela transição do período agrário para o momento fabril, com a chegada do capitalismo. É nesse quadro de urbanização crescente que se agrava as infraestruturas básicas, acentuando as péssimas condições de higiene e exigindo, segundo Ponte (2010), uma reestruturação da máquina estatal no que diz respeito à saúde pública. A medicina passa, portanto, a ganhar forte poder

de intervenção na sociedade se diferenciando dos cuidados populares (curandeiros, parteiras, rezadeiras, entre outros).

A questão da saúde necessitava transformar-se em questão política com maior intervenção estatal e com a criação de novos aparelhos que contemplasse os assalariados urbanos (BRAVO, 2009). Para os sanitaristas da época, os problemas se encontravam na falta de controle sobre a comercialização de alimentos e a ausência de hábitos de higiene. Buscou-se “ajustar” o controle dos fluxos para enfrentamento das epidemias. A política da saúde aparece nesse sentido, no governo de Oswaldo Cruz, onde se tinha como proposta “arrumar” o quadro da saúde no Brasil, culminando na revolta da vacina.

As reformas urbanas e sanitárias atraíram grande oposição, a lei da vacinação obrigatória infringia, para muitos, o direito à privacidade e se configurava como abuso de poder. A revolta da vacina que ocorreu durante o século XX foi um movimento originário de manipulações políticas por segmentos da elite brasileira e o uso de autoridades efervescentes nos conflitos de visão de mundo em face dos descontentamentos dessa elite com os rumos assumidos pela República. A obrigatoriedade da vacina gerou reações violentas em defesa da privacidade, pela qual o uso da autoridade se fez para as vacinas serem realizadas (PONTE, 2010).

A Liga Pró-Saneamento do Brasil, criada em 1918, por Belisário Penna, tinha como objetivo principal instituir uma política nacional de saneamento (PONTE, 2010). Grande parte da liderança da Liga denunciava a questão insalubre da população diante da ausência do poder público, além de identificar que o poder das elites locais era um grande empecilho em relação aos problemas brasileiros, inclusive nas questões da saúde. A liga tinha como objetivo propor a criação de um organismo nacional que implementasse programas públicos de atenção à saúde.

Não obstante a oposição despertada, a ideia da necessidade de coordenação das ações de saúde consegue se impor como uma questão relevante na agenda nacional. Na realidade, os sanitaristas alcançaram relativo sucesso na sua pregação em favor de uma maior participação do Estado, no sentido de conferir à população condições de saúde e educação como forma de promover o progresso da nação. Suas argumentações conseguiram deslocar a atenção, antes centrada nas questões raciais, para a necessidade de comprometimento do Estado em áreas até então relegadas a segundo plano (PONTE, 2010, p. 97).

A chegada da gripe espanhola em 1918 foi um marco nas discussões em torno da ampliação do poder federativo na área da saúde. Essa epidemia ressaltou a importância e necessidade de se ter um maior nível de coordenação e controle das questões que ultrapassavam a esfera local (PONTE, 2010). Diante disso, em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que aderiu a necessidade de intervir de forma rápida frente as situações de emergência.

De acordo com Ponte (2010), os cuidados estatais com a saúde pública no país foram intensificados no século XX quando o Estado passa a se responsabilizar pelo combate aos males que dificultavam o desenvolvimento do setor agroexportador comprometendo a ordem econômica vigente, com isso, os surtos de doenças epidêmicas que existiam era uma grande problemática para a economia.

As precárias condições de saúde das populações rurais também se tornou um grande obstáculo para o desenvolvimento do país (LIMA; KROPF, 2010). A reforma de Carlos Chagas foi um marco importante na questão da saúde no Brasil, ele foi um médico e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz que procurou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central no combate as endemias rurais (BRAVO, 2006).

Diante desse quadro agravante de surto de doenças, a partir da segunda década do século XX os trabalhadores passaram a reivindicar a instituição de organismos de seguridade social, como aposentadorias e pensões. A própria questão da saúde se configurou como uma nova vertente da assistência médica no Brasil para os trabalhadores associada ao previdenciário.

O que se vê por conseguinte é uma separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado da medicina previdenciária (PONTE, 2010). Essas duas vertentes da saúde vão servir como base futuramente para criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), a partir da sanção da Lei Elói Chaves em 1923, foram o embrião do esquema previdenciário (BRAVO, 2006). Elas se destinavam a fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social ao trabalhadores e seus dependentes por meio da troca mensal de pagamentos efetuados pelos trabalhadores. As CAP eram financiadas por empresas e empregados, dentre os benefícios existentes estavam: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos;

aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2006).

De acordo com Reis (2010), a era Vargas compreende ao governo do político gaúcho Getúlio Dornelles Vargas, que se inicia em 1930 e termina em 1945, e se divide em três períodos distintos: governo provisório (1930-1934), governo constitucional (1934-1937) e Estado Novo (1937-1945). Foi então no primeiro governo de Vargas que se constituiu um arcabouço institucional no âmbito da saúde pública que consolida as bases do sistema público de saúde no Brasil (FONSECA, 2010).

A partir da década de 1930, novas mudanças ocorrem devido o processo de industrialização e da redefinição do papel do Estado, bem como do surgimento de políticas sociais que respondessem as demandas na área da saúde. Diante da intensificação do capital industrial houve uma aceleração da urbanização e ampliação da massa trabalhadora com muitas questões insalubres de trabalho e precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2006).

A política de saúde formulada nesse período era organizada em dois setores já ditos anteriormente: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO, 2006). A medicina previdenciária agregava forças políticas que tinham como centralidade os interesses dos sindicatos, partidos políticos, empresários, ou seja, da elite brasileira. Caracterizava-se como essencialmente hospitalar, empresarial e curativa. A saúde pública por sua vez ficou responsável por atendimento emergencial centrado na criação de condições sanitária mínimas para a população (BRAVO, 2006).

Existiram significativos avanços no sentido de que o sistema previdenciário se tornava cada vez mais decisivo nas negociações sindicais e nas disputas político-partidárias em acordo com o clima democrático e o crescimento do movimento social e político dos trabalhadores, o sistema teve um novo desdobramento durante o primeiro governo de Vargas quando houve um processo de rompimento com o padrão básico de organização das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) e são criados então os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) (REIS, 2010).

O acesso aos serviços eram restritos aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho, mas existia um grande número de pessoas

desempregadas que acabavam sendo excluídas do sistema de previdência, cabendo a eles os serviços oferecidos por prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas de caráter assistencialista (REIS, 2010).

O Ministério da Educação e Saúde (MESP) do governo de Vargas atuou como instrumento burocrático na estrutura de serviços em todas as regiões do Brasil prestando atendimento as classes, inclusive atendimento a área rural, essa atenção demandava a garantia do governo central nas regiões remotas do país. De acordo com Reis (2010), fazia-se necessário uma atuação que reforçasse os interesses políticos do governo federal. Com isso, prestar uma atenção de forma mais abrangente a toda população brasileira demandava a presença do governo central em todas as regiões (REIS, 2010).

Esse abrangente complexo institucional foi formado a partir da separação das atribuições de dois ministérios criados ainda em fins de 1930: o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Nesse último estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. No MESP, atrelada à educação, ficou a saúde pública, ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária (FONSECA, 2010, p. 137).

Em 1941, sobre o regime do Estado Novo foram colocados em enfoque a centralidade da participação federal na gestão da saúde. Também ocorreram investimentos na formação e especialização de profissionais da área que tinha como intuito reforçar as diretrizes burocráticas na política de saúde. Diante disso, o governo realizou medidas que potencializasse essa especialização nas ações de saúde pública (FONSECA, 2010).

Portanto, as mudanças realizadas gradativamente no campo da saúde pública, a partir da criação do MESP em 1930, acompanhavam um duplo movimento. Internamente, associavam-se ao contexto político e ao projeto ideológico do novo governo, enfrentando as condições específicas da realidade brasileira e os interesses em jogo na área de atuação do ministério. No plano externo, adaptavam-se, em muitos aspectos, às propostas então debatidas em fóruns internacionais, preconizadas e aplicadas em particular nos Estados Unidos, e incorporavam as prioridades de ação pública em saúde defendidas em conferências e congressos patrocinados pela Oficina Sanitária Pan-Americana (como era denominada então a Organização PanAmericana da Saúde) (FONSECA, 2010, p. 143).

De acordo com Fonseca (2010), esse processo de estatização da saúde pública que se intensificou com a burocratização do Estado, a partir da decretação do Estado Novo, imprimiu às ações de saúde uma ênfase

nacionalista que se sustentava nos princípios de centralização, coordenação e normatização. É possível observar que foi se consolidando bases para expansão dos serviços de saúde no Brasil. O governo de Vargas, portanto, contribuiu para a institucionalização de diversos serviços de saúde mais amplos no atendimento as populações (FONSECA, 2010).

A partir da década seguinte esse processo passaria a ser questionado indicando a necessidade de resgatar o papel do município na gestão pública, tal concepção de organização dos serviços de saúde pertencia aos ideais do sanitarismo desenvolvimentista que defendia uma íntima relação entre desenvolvimento econômico e saúde. O auge desse movimento foi a III Conferência Nacional de Saúde em 1963 (FONSECA, 2010).

O golpe militar de 1964 redefiniu as forças políticas de poder, retrocedendo às medidas centralizadoras. De acordo com Fonseca (2010), nesse novo cenário político a relação entre União, estados e municípios, entre poder local e governo central, novamente seria repensada e redesenhada, gerando críticas que posteriormente culminaria na criação do Sistema Único de Saúde.

A ditadura, significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática (BRAVO, 2006, p.6).

O Estado passou a utilizar sua força na intervenção repressão-assistência, de forma ampliada, burocratizada e modernizadora com o intuito de regular a sociedade por meios repressivos suavizando as tensões, dando legitimidade para o regime ser propagado e servindo aos interesses de acumulação do capital. A unificação da previdência social, na junção dos IAP em 1966, teve como características centrais: papel interventivo do Estado na sociedade, os trabalhadores fazendo pressão no jogo político e sua exclusão na gestão da previdência ficando estes apenas como financiadores (BRAVO, 2006).

Foi implantado nessa época um modelo de privilegiamento do produtor privado que contou com os seguintes aspectos: extensão da cobertura previdenciária; prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; criação do complexo médico-industrial; interferência estatal na

previdência; organização médica sobre os moldes capitalistas (BRAVO, 2006). Prevaleceu a medicina previdenciária.

O início da transição para o regime democrático se dá com a ascensão do General Ernesto Geisel na presidência da república, em 1974. De acordo com Bravo (2006), a política social até 1979 teve uma maior abrangência no enfrentamento da “questão social” diante da crescente reivindicações e pressões por parte da população nas tensões que existiam em relação a ampliação dos serviços, disponibilidade de recursos financeiros e os interesses das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico, bem como a emergência do movimento sanitário. A questão da saúde era tratada de acordo com os interesses da previdência social, por meio de ações curativas comandadas pelo setor privado.

A década de 1980 foi marcada pela construção do projeto da reforma sanitária que intensificou o fortalecimento dos movimentos sociais organizados. A saúde contou com maior participação dos sujeitos sociais nas discursões das condições de vida da população e das ações governamentais. A questão da saúde passou a ser tratada como uma dimensão política onde houve maior participação da população, dentre elas os profissionais da saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos e os movimentos sociais, todos esses, em busca de uma maior democratização e participação (BRAVO, 2006).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 9).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como pontos fundantes a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. A conferência foi um marco no processo de formulação de um modelo de saúde pública universal que visava romper com a dicotomia entre a saúde pública e a medicina curativa individual, bem como a privatização que até então caracterizava o sistema de saúde brasileiro. Contou com a participação da

sociedade civil, profissionais da saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços públicos (LIMA, 2010).

Outro aspecto relevante foi a modificação do conceito de saúde que agora seria compreendido por diversos determinantes, tais como alimentação, habitação, educação, meio ambiente, renda, trabalho, emprego, lazer, dentre outros. A questão da saúde passou a abranger a sociedade como um todo e suas reivindicações, propondo não somente a criação do SUS, mas também a reforma sanitária.

Diante das lutas do movimento sanitário, após vários acordos e pressão popular, o texto constitucional passa a atender as reivindicações do movimento tendo a saúde como direito universal e dever do Estado; regulação, fiscalização e controle por parte do poder público as ações e serviços de saúde; a constituição do SUS com uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral contando com a participação da sociedade civil (BRAVO, 2006).

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2006, p. 9-10).

O SUS concretizou um marco importante na universalização do acesso, fundamental e democrático a saúde como direito de todos em suas necessidades. A descentralização foram formas de viabilizar esse acesso universal articulados com os processos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde (MATTA, 2010). Sua base legal está estabelecida em três documentos:

1 – a Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, em especial na seção II, artigos 196 a 200; 2 – a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional (Brasil, 1990a); e 3 – a lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b) (MATTA, 2010, p. 246).

Dentre os princípios do SUS destacamos: a universalidade, que no artigo 196 da Constituição Federal afirma que a saúde é direito de todos e dever

do Estado, ou seja, garante que todos os cidadãos tenham acesso a saúde, expressando a defesa do direito à vida e a igualdade de acesso a direitos; a equidade, que significa tratar desigualmente o desigual, reconhecendo a pluralidade e diversidade humana; e a integralidade, que prioriza as ações preventivas e de promoção, considerando as pessoas como um todo e levando em conta todas as suas necessidades (MATTA, 2010).

Nos anos 1990, o SUS passou por inúmeros desafios diante do contexto da política de ajuste neoliberal, nesse sentido, o governo teve como intenção desmontar a proposta de seguridade social contida na Constituição de 1988:

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (BRAVO, 2006, p. 13).

No contexto neoliberal houve redução dos direitos sociais e trabalhistas. No que diz respeito a saúde e educação houve um sucateamento, ficando vinculadas a interesses estatais de mercado. Com relação ao SUS, houve divergências em seus princípios, pois a equidade passou a ser ameaçada na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais, bem como aos demais princípios (BRAVO, 2006).

Embora tenha acontecido avanços significativos para o SUS, o mesmo ainda enfrenta desafios que se perpetuam até a atualidade. As legislações apresentam avanços no âmbito da saúde como direito diante das próprias reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, entretanto, são muitos os embates para sua efetivação com o início da ofensiva neoliberal no Brasil (BARBOSA, 2019). A política de ajuste neoliberal resulta no desfinanciamento da saúde pública com vista a promover a saúde privada, o que difere da visão do SUS (CASTRO; ANDRADE, 2014).

O percurso da política de saúde nos anos 1990 expressou diversas tensões entre a agenda da reforma sanitária e a agenda de reforma do Estado contrário a lógica de proteção social, agravando as desigualdades sociais e, conseqüentemente, aprofundando antigos e novos problemas na área da saúde.

O início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva trouxe expectativas no que diz respeito a inflexão de desenvolvimento e de proteção social (MACHADO *et al*, 2011). Uma das primeiras mudanças é Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que tinha como princípio a regionalização do SUS, com regulamentação federal e estadual, consolidada em 2001 e 2002 com a Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção a Saúde e os Pactos pela Saúde. O governo de Lula também foi marcado pelo compromisso e fortalecimento de programas/políticas em saúde, como por exemplo: Estratégia Saúde da Família (ESF), Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e farmácia popular. Dessa forma, é possível observar os avanços para a população, mesmo sobre hegemonia do neoliberalismo (OLIVEIRA; BACKSCHAT; 2019).

No governo de Jair Messias Bolsonaro, eleito em 2018, houve uma radicalização e ofensiva da política ultraneoliberal no país que afetaram os direitos sociais, dentre eles a saúde, e liberdades democráticas. Merece destaque o anúncio em março de 2020 da OMS da disseminação do novo Coronavírus no mundo, reconhecido como uma pandemia, tendo no Brasil inúmeros registros de morte causados pelo Covid-19. Situação agravada frente ao posicionamento do Presidente da República e outros grupo que incentivaram a população a não seguir as medidas de proteção com o isolamento e distanciamento social recomendados pela OMS (BRAVO; MENEZES; 2021).

Ficava evidente a importância de se ter uma vacina contra o Covid-19 e é somente em 1 de dezembro de 2020 que foi apresentado pelo Ministério da Saúde um plano nacional de vacina, o que demonstrou a dificuldade e fragilidade na prioridade de proteção para população brasileira. A pandemia reforçou a necessidade de fortalecer o SUS em todas as áreas, porém ainda dentro de um quadro ultraneoliberal onde as lutas contra a privatização e os retrocessos tiveram que ser mais intensas (BRAVO; MENEZES; 2021).

Dentre os desafios que o SUS enfrenta podemos falar a respeito da oferta de diversos programas, projeto e políticas que ainda se tornam precárias para a população brasileira, podemos citar também os problemas referentes a implementação, implantação, financiamento e gestão do SUS, bem como a dificuldade de alguns gestores na promoção da integração de estados,

municípios e as redes assistenciais estatais, o que ocasiona problemas a comprometer os princípios da universalidade e integralidade (SILVA, 2015).

Ao se pensar em SUS nos dias de hoje é possível observar de forma quase unânime as situações de longa espera de fila, acesso, infraestrutura inadequada, dentre várias outras necessidades da população que, em sua maioria, não são atendidas (SILVA, 2015). Sendo assim, todos esses aspectos materializam o mau funcionamento do SUS e estão dentro da lógica do neoliberalismo.

O neoliberalismo e seus pressupostos apontam para o fim da saúde como direito de caráter público, universal e igualitário, substituindo tal por propostas de saúde de baixo custo destinadas a quem puder pagar por tais serviços, com isso, fica evidente como o SUS passa a ser ameaçado pela lógica de mercado e privatização, onde a participação do Estado perpassa por contradições, transferindo para a sociedade civil a responsabilidade de prover o bem-estar da população (ALVES; SILVA; 2011).

Foram introduzidos mecanismos que de certa forma dificultaram a ampliação e construção de uma seguridade social ampla e pautada nos direitos dos cidadãos por meio de privatizações de bens e dos serviços públicos. Com isso, podemos afirmar a proposta do Estado neoliberal está pautada no nível mínimo de atenção, deixando “na mão” do setor privado, filantrópico ou voluntário, anulando o Estado que deveria ser o provedor e condutor dessas áreas (ALVES; SILVA; 2011).

O ideário neoliberal representa o projeto privatista, que mesmo diante dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988, ainda se faz forte o caráter excludente que ameaçam as propostas do Movimento Sanitário que luta por uma saúde pública e universal. As medidas privatistas consolidam a redução das responsabilidades estatais, ampliando a lógica de mercado do capital (ANDRADE, GAMA; 2013)

Nesse sentido, compreende-se que o Estado deve ser o responsável pela garantia universal e igualitária dos diversos serviços que promovem o bem-estar social da população, sendo bem diferente do neoliberalismo que está pautado na privatização dos serviços e que representam uma redução das responsabilidades estatais. Logo, esse contexto neoliberal atinge diretamente a

política de saúde no Brasil, em um cenário contraditório de disputas na qual o Estado tem um papel importante (ALVES; SILVA; 2011).

CAPÍTULO 2 – A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Compreendemos no capítulo anterior aspectos conjunturais e históricos da política de saúde no Brasil, observando seus avanços e desafios. Sabemos que a saúde é uma área onde diversos assistentes sociais estão inseridos, com isso é de suma importância entender a sua atuação desde as primeiras aproximações até os dias atuais, onde o profissional atua na perspectiva de garantia de direito na promoção de saúde e defesa ao acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Castro e Andrade (2014), o debate do exercício profissional do assistente social está centrado na compreensão da sociedade capitalista na produção das relações sociais e para entender sua inserção na saúde é necessário falar da década de 1940, que discutiremos a seguir.

Nesse período, o Serviço Social teve sua inserção na área da saúde como profissão institucionalizada, contudo, a prática profissional estava voltada para adequação dos indivíduos frente a ordem vigente da época. E como se dava essa prática? Ela estava posta para o controle e combate as reivindicações da classe trabalhadora, a responsabilidade profissional era a de vigilância de saúde do proletariado e de suas respectivas famílias (CASTRO; ANDRADE; 2014).

Segundo Bravo e Matos (2006), o assistente social passou a exercer um papel de cunho educativo com intervenção normativa no modo de vida dos indivíduos, no que diz respeito aos hábitos de higiene e saúde e também atuou nos programas prioritários das normatizações da política de saúde.

Houve, portanto, maior expansão do Serviço Social na área da saúde, e foi justamente nesse setor que ocorreu maior espaço para os assistentes sociais, isso se dá diante das condições que foi se configurando no seio da profissão diante da conjuntura da época, bem como em relação ao conceito elaborado no ano de 1948 no que diz respeito aos aspectos biopsicossociais que exigiam a atuação de outros profissionais na área da saúde, dentre eles o/as assistentes sociais (CASTRO; ANDRADE; 2014).

De acordo com Castro e Andrade (2014), a reprodução dessa prática profissional perdurou por mais duas décadas quando se deu de frente com

questionamentos sobre as bases de fundamentação da profissão, foi aí então que inicia-se uma tentativa de mudanças nas bases investigativas e interventivas do Serviço Social.

A partir da década de 1960, o Serviço Social passa a se modificar no questionamento do seu viés conservador, esse processo de crítica ocorreu durante o regime militar. Nesse período, o Serviço Social passou pelo período de renovação da profissão que se deu em três direções: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura (BRAVO; MATOS, 2006). Sob a direção modernizadora:

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária-maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (BRAVO; MATOS, 2006, p. 31).

Na década de 1970, a saúde pública teve como marco a concepção de saúde ampliada, que possibilitou por consequência o avanço dos assistentes sociais no campo da saúde, visto que agora o processo saúde/doença tinha outros determinantes além da enfermidade, tais quais condicionantes sociais e situações que se relacionam a esse processo (FERREIRA; NABOZNY, 2020). Houve ainda nessa época:

[...] o marco da crise estrutural do capital em que a fusão entre capital industrial e financeiro associada com a mundialização do sistema capitalista decorreu da reorganização global e propiciou um sistema em que a superprodução se tornou permanente, ao mesmo tempo que disseminou antagonismo e disparidade nas sociedades (FERREIRA; NABOZNY, 2020, p. 101).

Nesse mesmo período, o Brasil passava pelo regime da ditadura militar com um governo repressivo que não correspondia as necessidades dos sujeitos, intensificando a desigualdade e precárias condições de vida. Houve um crescente descontentamento por parte dos indivíduos que passaram a se expressar por meio de manifestações e movimentos sociais, lutando sobretudo pela participação inclusiva dos sujeitos nas ações da agenda pública. Dessa forma, foi impulsionado no país a luta pela garantia de direitos sociais que culminou com um movimento que merece destaque, o Movimento Sanitário, pela qual se reivindicava a saúde pública para todos (FERREIRA; NABOZNY, 2020).

Na década de 1980, ocorreram diversas modificações no cenário da assistência pública à saúde no Brasil, diante do processo de democratização política que o país passava, e também a “crise fiscal” do Estado, a atenção de saúde estava pautada em ações meramente curativas e também contava com a ascensão de novos atores sociais no cenário político. Foi nesse contexto que surgiram novas condições para a emergência do Movimento Sanitário que trazia a saúde com um novo enfoque pautado em determinantes sociais, históricos, e econômicos e também promovia a maior participação social nas decisões sobre a saúde (NICOLAU *et al.*, 2007).

A trajetória da saúde pública carecia ainda de atenção integral e a prática do assistente social na época estava pautada sobre uma ação interventiva com uso de técnicas burocráticas e normatizadoras para viabilizar benefícios, ao mesmo tempo também participava de espaços com discursões que almejassem o rompimento com práticas executivas e imediatistas (FERREIRA; NABOZNY, 2020).

Nesse sentido, a aproximação do Serviço Social com o Movimento Sanitário, que se deu na década de 1980, foi por meio de seu contato com a tradição marxista, sob a intenção de ruptura que buscava romper com o tradicionalismo que vinha desde a gênese da profissão, pois essa tradição buscava compreender a dinâmica da sociedade de maneira macroestrutural. Essa aproximação foi marcada por novas posições críticas frente à saúde com apresentações em Congressos e ações em conjunto diretamente com os Conselhos de Saúde (BRAVO; MATOS; 2004).

Diante desse contexto, o Serviço Social recebeu forte influência do Movimento Sanitário. A conjuntura contava com aspectos que envolviam a crise do Estado Brasileiro, precária atenção à saúde, do movimento de ruptura com a política de saúde que estava vigente e o andamento da construção da reforma sanitária. A profissão, portanto, passava por intensa disputa por uma nova direção profissional que fosse orientada pelo romper com o Serviço Social tradicional para um prática cada vez mais crítica (BRAVO; MATOS; 2004).

A categoria profissional demonstrava ter cada vez mais discussões acerca do seu espaço no mundo do trabalho, o assistente social se reconheceu enquanto mediador no embate que envolvia as classes sociais e estabeleceu consigo um compromisso cada vez mais forte com os trabalhadores, propondo

também o Projeto Ético Político (PEP) com práticas democratizantes (FERREIRA; NABOZNY, 2020). Portanto, a década de 1980 é fundamental para compreender o Serviço Social até os dias atuais, pois significa os avanços até hoje entendidos no seio da profissão e sua interlocução com a tradição marxista.

Inúmeros foram os desafios que a profissão enfrentou em defesa da qualificação profissional, sistematização da prática interventiva, realização e participação em eventos da categoria. É nessa década que avança a ofensiva neoliberal no país no que diz respeito ao processo de contrarreforma com ideias privatistas e focalização das políticas públicas, trazendo, por consequência, novas demandas ao assistente social e impactos pelas mudanças no mundo do trabalho, frente aos usuários atendidos, contratos terceirizados e a precarização do trabalho (BARBOSA, 2019).

De acordo com Bravo e Matos (2006), o projeto da reforma sanitária passou por embates diante da sua luta, ficou evidente no país uma maior tendência a contenção de gastos por parte do Estado com a racionalização de oferta e a descentralização e inserção do poder central. A partir disso, fica evidente dois projetos políticos em pauta na saúde que é o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (CFESS, 2010, p. 26).

As inovações que perpassaram a saúde no Brasil significou a superação do modelo centrado na doença e buscou um novo modelo de atenção à saúde, voltado para a sua promoção, é nesse contexto que foram exigidos um maior trabalho multiprofissional e com isso o assistente social passou a ter seu maior espaço na área da saúde, onde o profissional deveria ser orientado por práticas cada vez mais democráticas para atuar frente as múltiplas expressões da questão social. A partir disso o profissional de Serviço Social passa a ser contratado cada vez mais na saúde (MARTINI, et al, 2013).

Todas as mudanças ocorridas na profissão do Serviço Social se veem concretizadas no Código de Ética profissional de 1993, com a sua aproximação com a classe trabalhadora, bem como a defesa dos direitos humanos, equidade e justiça social, e na prática profissional no âmbito da implantação do SUS a

prática profissional se volta para reorganização dos serviços de saúde, na defesa de ações de integralidade, intersetorialidade e no controle social que legitima o que a saúde defende em seus princípios (CASTRO; ANDRADE; 2014).

Dessa forma temos que o projeto da reforma sanitária se aproxima com o projeto ético-político da profissão do Serviço Social, tendo relação com os princípios e diretrizes do SUS em prol dos interesses dos indivíduos na busca de democratização do acesso aos serviços de saúde contando com o atendimento humanizado e estratégias de saúde com a realidade (CFESS, 2010).

Diante do Projeto Ético Político profissional, o Serviço Social passa a promover reflexões cada vez mais críticas dos usuários nos processos de saúde, afim de politizar as ações e contribuir para o fortalecimento e defesa do sistema de saúde igualitário e universal como perspectiva de direito social (CASTRO; ANDRADE; 2014).

Segundo Castro (2018) apesar dos desafios que se consolidaram e se perpetuaram na saúde no país observa-se a ligação entre o Projeto Ético-Político e a Reforma Sanitária através dos mesmos princípios de defesa que ambos tem, bem como, aportes e referencias metodológicas que os dois projetos fizeram como parte do processo de redemocratização do Brasil. Projetos esses que mostram as suas lutas e resistências na organização da classe trabalhadora a favor e defesa da democracia e da participação social.

É importante ressaltar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social assim como o Projeto de Reforma Sanitária permanece em construção até os dias de hoje fortemente tencionado pelos rumos neoliberais da sociedade e uma nova reação conservadora, nesse contexto avançar na luta pela efetivação da saúde pública de qualidade requer o resgate do caráter político e ideológico do Projeto de Reforma Sanitária. É inegável que existe um potencial revolucionário nas características do Movimento Sanitário, pois possui uma capacidade transformadora que ultrapassa o âmbito da saúde e aponta para mudanças societárias, portanto o Movimento de Reforma Sanitária não se limita a instituição do SUS, mas assim como o Projeto Ético-Político que tem como princípios fundamentais entre outros o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, busca a criação de uma nova ordem societária, uma sociedade sem classes e sem interesses antagônicos (CASTRO, 2018, p. 13).

Logo, podemos dizer que o Serviço Social tem papel fundamental na efetivação da política de saúde uma vez que somos marcados por um cenário de desigualdade de acesso aos direitos e precariedade dos serviços, assim os assistentes sociais atuam nas expressões da questão social, e com o projeto

ético-político se tem uma profissão que luta na defesa do SUS como um sistema de acesso universal, igualitário e gratuito.

O processo de implantação do SUS perpassa por inúmeros desafios e debates diante do seu contexto de defesa da universalidade, equidade, integralidade, participação popular e dever do Estado. Em relação ao Serviço Social, faz-se necessário compreender os embates contemporâneos da profissão no projeto privatista de cuidados em saúde de direção neoliberal e no projeto da reforma sanitária, ambos em disputa no SUS, bem como os desafios para a materialização do projeto ético-político da profissão.

O Serviço Social se insere nesse contexto como profissão que atua na perspectiva de direito e na viabilização da promoção à saúde e ao acesso aos serviços de saúde, que então se tornam como base do exercício profissional nessa área implicando o fortalecimento da saúde pública universal. O profissional passa a ter sua atuação sob o processo do desvelamento das questões em relação a saúde/doença. Dessa forma, se faz importante destacar que a prática profissional é orientada com base no Código de Ética Profissional que objetiva o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, afim de promover a criticidade dos sujeitos e viabilizar os direitos. Diante disso, a profissão enfrenta inúmeros desafios no âmbito da saúde que será discutido a seguir (CASTRO; ANDRADE; 2014).

A prática profissional dos assistentes sociais busca cada vez mais serem orientadas na perspectiva de garantia de direitos, buscando materializar no SUS os instrumentos que permeiam o sistema de saúde promovendo condições que possibilitem aos usuários o acesso a tais direitos (CASTRO; ANDRADE; 2014).

Existe no Brasil dois projetos societários contraditórios. Um defende que o Estado deve suprir as necessidades da população atuando em investimentos na perspectiva da emancipação dos sujeitos e outros que defende um Estado mínimo de direito, com redução de investimentos e atuação que perpetua por consequência a pobreza e exclusão social, denominado como projeto político-econômico neoliberal (CASTRO; ANDRADE; 2014).

Os avanços das medidas neoliberais e a retração do Estado na área social, contribui para o retrocesso no país frente ao financiamento da política de saúde. A ideologia neoliberal é regida na lógica de Estado mínimo e reforça

consigo a privatização do sistema e conseqüentemente gera diminuição de investimentos na área da saúde pública. Diante disso, é refletido como o papel do/a assistente social é afetado nesse contexto, apresentando consigo desafios a profissão que já historicamente vem e continua defendendo a ampliação da proteção social atuando com medidas de combate a cortes de direitos sociais (IVAM *et al.*, 2019).

Trazendo esse contexto para a saúde e o debate que o Serviço Social enfrenta, essa política de ajuste neoliberal resulta no desfinanciamento da saúde pública. Nesse sentido, o trabalho do/a assistente social que luta pelo direito e repudia qualquer forma de exclusão, se vê nesse entrave na perspectiva de enfrentamento das contradições capitalistas na luta pela viabilização do SUS como direito. Sendo assim, viabilizar o direito a saúde entra em consonância com o projeto Ético-político da profissão que está diretamente articulado com as defesas do projeto da Reforma Sanitária (CASTRO; ANDRADE; 2014).

A contrarreforma da saúde que está pautada em medidas neoliberais agravam ainda mais as expressões da questão social. Os entraves que o SUS enfrenta, seja em suas longas esperar em filas, precarização do trabalho, e até mesmo o não atendimento de forma adequada aos usuários são formas de inviabilização do acesso à saúde (IVAM *et al.* 2019).

Diante desse quadro o/a assistente social frente a realidade e suas contradições analisa a realidade e viabiliza mediante as demandas postas pelas expressões da questão social medidas que possam enfrentar tais demandas postas no âmbito da saúde, logo, tendo como questão a redução dos investimentos os assistentes sociais são desafiados a ter uma profissão cada vez mais crítica que possa questionar as medidas neoliberais (IVAM *et al.*, 2019). Sendo assim, entra em discussão justamente a importância de reafirmar o projeto da Reforma Sanitária ligada a democracia com a defesa da universalidade do acesso à saúde.

Outro ponto a ser destacado é acerca da participação da comunidade, pois indica a capacidade de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo (NOGUEIRA; MIOTO; 2006). A participação da comunidade é um fator que teve grande relevância na reforma sanitária expressando a defesa de democracia no acesso aos direitos de saúde, bem como, capacidade decisória.

O conceito de participação da comunidade foi se resignificando como controle social, após uns anos esse conceito se inverteu, assim o controle social passou a ser controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercida por meio de instrumentos democráticos como Conselhos e Conferências de Saúde. Nesse sentido, é possível observar a relação do controle social com os pressupostos do Código de Ética e o Projeto Ético Político que é explícito na defesa da cidadania e democracia de serviços, programas e políticas sociais, como também em relação a prática profissional orientada ao dever junto com os usuários/as de contribuir para participação da população nas decisões institucionais (NOGUEIRA; MIOTO; 2006).

Diante do quadro apresentado, reafirma-se o trânsito existente entre os princípios contidos tanto na Constituição Federal e legislação relativa ao campo da saúde como no Código de Ética dos assistentes sociais, profissionais que na prática cotidiana buscam continuamente ampliar e garantir direitos quanto aos serviços e ações de saúde à população (NOGUEIRA; MIOTO; 2006, p. 10).

Com isso a profissão defende as propostas da reforma sanitária que afirmam a formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que visem a garantia e direito de melhores condições de vida e saúde de toda população de forma igualitária com o intuito de promover a equidade e justiça no acesso ao trabalho sob a perspectiva da melhora da renda e garantia das condições de segurança e acesso à educação, moradia, trabalho, lazer e serviços em saúde.

É por meio dessas medidas que pode-se lutar na tentativa de frear o avanço do projeto privatista no país, possibilitando aos usuários serem sujeitos da própria história, com isso, o/a assistente social prossegue na luta, mesmo que frente a dificuldades, de frente as demandas impostas ter como norte de implementação de políticas públicas o projeto da Reforma Sanitária (IVAM, et al, 2019).

Sabemos que o sistema de saúde deveria contar com as reais necessidades de forma abrangente da população articulando ações intersetoriais com as demais políticas sociais, seria dessa forma que passaria a melhor compreender as condições de vida e de trabalho e as doenças relacionadas, superando a ideia da doença está centrada somente na enfermidade, logo, é importante considerar a saúde como resultante da qualidade geral de vida (IVAM, et al, 2019).

É nesse sentido que emergem as contradições inerentes as tensões entre as ações tradicionais da saúde e as novas preposições do SUS que determinam por consequência o âmbito de atuação dos assistentes sociais, dentre essas tensões podemos citar o histórico déficit de oferta de serviços no âmbito da saúde, inovações gerenciais, tecnológicas e técnicos-políticas e a adaptação dos usuários a estrutura do SUS (COSTA, 2000).

Um dos maiores embates que o Serviço Social enfrenta no âmbito do SUS é que diante do processo de reorganização do mesmo, este constitui como maior ênfase das demandas do Serviço Social, isto é, atender as necessidades da população de forma eficaz, contudo, passando por contradições inerentes do sistema de saúde pública no Brasil. Assim, de acordo com Costa (2000), dentre as principais contradições podemos citar a baixa qualidade de serviços em saúde, efetividade de mecanismos de controle e acompanhamento requeridos pelo processo de reorganização do SUS e administração da demanda reprimida.

Os desafios do assistente social no âmbito da saúde vão desde a atuação para atender as necessidades da população até a mobilização a participação social da comunidade no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e promoção em saúde e sua articulação com as demais políticas sociais e setoriais.

De acordo com Costa (2000), todas as tensões inerentes ao sistema implicaram um redimensionamento das atividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais. A crítica que o autor faz está referente a que muitas demandas diante da ampliação do espaço ocupacional dos assistentes sociais tendem a ser muitas vezes práticas rotineiras da instituição dentre as quais estão “triagens socioeconômicas, os aconselhamentos e encaminhamentos voltados para o ‘ajustamento’ das necessidades dos usuários ao modelo em curso.”

Dessa forma, podemos afirmar que a população mais pobre é a que mais é afetada, pois vivem em territórios mais vulneráveis, sofrendo assim com o desmonte dos direitos sociais, como a saúde. Frente a todos esses desafios contemporâneos que o/a assistente social enfrenta cabe ao profissional fortalecer as lutas sociais e a classe trabalhadora apoiando os movimentos sociais e mobilizações na resistência de políticas públicas, que é o caso do SUS (IVAM *et al.*, 2019).

A redução de investimentos no SUS também afeta diretamente no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais, diante da precarização das condições de trabalho e a insuficiência e qualidade de serviços prestados pelo SUS que atinge os usuários.

Mediante tudo que foi discutido, é nesse cenário que atua o assistente social pela luta e defesa da garantia de direitos e autonomia dos sujeitos. Para isso ser possível é imprescindível a consonância com o projeto ético-político da profissão que reforça e defende a luta contra o sistema capitalista e suas contradições sob a lógica neoliberal que aprofunda por consequência a questão social. Outro desafio a ser superado que perpassa por lutas é o profissional de Serviço Social está articulado com a sociedade na construção de estratégias no combate e resistência ao desmonte da saúde pública e universal e ter como norte o projeto da Reforma Sanitária. Para isso o profissional deve estar articulado aos movimentos sociais e sociedade civil afim de superar os desafios impostos no SUS (IVAM *et al.*, 2019).

CAPÍTULO 3 – CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No presente capítulo iremos abordar os debates e a contextualização dos cuidados paliativos no Brasil como política pública no SUS, e por fim, a atuação dos assistentes sociais nessa área como profissional integrante da equipe multiprofissional.

Nas últimas décadas tem aumentado a incidência do câncer e outras doenças crônicas que trazem consideráveis mudanças na qualidade de vida. Contudo, o avanço da medicina busca proporcionar um aporte terapêutico que ajude na longevidade dessas pessoas. Mesmo diante dos esforços, a morte ainda continua sendo uma certeza. Os usuários que se encontram com uma doença ameaçadora de vida ficam expostos a métodos muitas vezes invasivos e de alta tecnologia, que acabam ignorando o sofrimento do usuário e não tratando os sintomas mais prevalentes, sendo o principal a dor. Com isso, os Cuidados Paliativos entram como alternativa mais viável nesse processo de alívio da dor e prolongamento da qualidade de vida (ANCP, 2012).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012), os Cuidados Paliativos tiveram sua origem no Movimento *Hospice*, que ocorreu na década de 1960 como um movimento voltado para a assistência de pacientes com doenças terminais e avançadas, o cuidado *hospice* consistia em locais apropriados para receber tais pacientes. Esse movimento esteve ligado ao cristianismo, sendo o termo utilizado para descrever hospedarias que eram motivadas por uma visão religiosa cristã diante do conforto espiritual que era oferecido, sendo um dos principais objetivos oferecer cuidados espirituais aos pacientes, como uma forma de conforto e alívio (FLORIANI; SCHRAMM, 2010). Na Europa foram surgindo alguns centros de caridades que atendiam e abrigavam órfãos, pobres e doentes, o tratamento da doença estava na perspectiva da espiritualidade sobre a tentativa de controlar a dor (ANCP, 2012).

Considera-se que o movimento de *hospices* se difundiu pelo mundo por meio da iniciativa da enfermeira, médica e assistente social, Cicely Saunders, considerada uma das pioneiras dos Cuidados Paliativos que dedicou sua vida ao trabalho para alívio do sofrimento humano. Um fato de suma importância e determinante em sua carreira foi um paciente chamado David Tasma, onde ela teve longas conversas em seu processo de adoecimento, visitando-o até a

morte, e ao morrer ele deixou uma herança para ela, com isso ela teve o sentimento e ponto de partida para uma nova forma de cuidar. Foi a partir dela que esses cuidados se difundiram pelo mundo com o objetivo de proporcionar uma assistência total e individualizada no cuidado de pacientes com doenças avançadas (PAIVA *et al.*, 2022).

Em 1967, Cicely Saunders criou o “St Christopher’s Hospice” que permitiu a assistência a doentes e abertura do desenvolvimento de pesquisa e ensino, e era composto por uma equipe multiprofissional (ANCP, 2012). Tal assistência estava centrada no controle da dor e alívio dos sintomas pela qual se dirigia a totalidade do indivíduo, e não a sua doença.

Cicely Sauders descreve que a origem do Cuidado Paliativo se deu em um estudo sistemático com 1.100 pacientes com câncer avançado, que constatou efetiva melhora e alívio da dor quando os pacientes passaram a ter um esquema de administração regular das drogas analgésicas, cuidando, portanto, da dor (ANCP, 2012). Diante da repercussão, outros profissionais de diversos países após passarem pela experiência no St Christopher’s Hospice levaram a prática de Cuidados Paliativos para seus países.

Dessa forma, o movimento de *hospices* foi desenvolvido a partir de uma filosofia de cuidados específicos que estavam pautados em aspectos psicossocial e espiritual, privilegiando a comunicação, tomada de decisão e apoio aos familiares envolvidos no processo, foi a partir disso que o cuidado integral e individualizado no mundo se estendeu para o cuidado de paciente com doenças avançadas (PAIVA *et al.*, 2022).

Em 1982, o Comitê de Câncer da OMS, criou um grupo de trabalho para definir políticas para alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, com isso, o termo Cuidados Paliativos que já era utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS. Segundo a OMS em 1990 e redefinidos em 2002:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

O foco dos Cuidados Paliativos não está centrada na doença a ser curada ou controlada, mas sim no o indivíduo, com respeito ao seu tratamento,

preconizando atenção individualizada ao usuário e à sua família, buscando o controle dos sintomas e prevenção do sofrimento (MACIEL, 2008).

Segundo Maciel (2008), a primeira definição de 1990 estava equivocada, pois definia Cuidados Paliativos apenas como cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de alcance de cura, o que demonstrava a falência de um tratamento, com isso, a definição do conceito foi superada e atualizada. Mesmo assim, até hoje se torna dúvida de muitos a respeito de compreender que os cuidados paliativos se resumem apenas aos cuidados da fase final de vida, ou até mesmo quando “não há mais o que fazer”.

Com isso, é de suma importância desmistificar esse discurso dentro dos Cuidados Paliativos, pois o mesmo não é um processo que acelera a morte do usuário, muitas pessoas, inclusive na área da saúde, tendem a associar os Cuidados Paliativos como alternativa onde não será feito mais nada que possibilite cura da doença. Embora a doença seja ameaçadora à continuidade de vida, o tratamento curativo não impede uma abordagem paliatista, com isso, a prioridade é garantir um dignidade, conforto e qualidade de vida para o paciente.

Com o avanço dos Cuidados Paliativos, os especialistas passaram a tratar os pacientes que tinham doenças que colocassem suas vidas em riscos independentemente do prognóstico, o foco dos Cuidados Paliativos não fica centrado apenas a doença, mas sim no paciente e suas demandas, que por sofrerem com problemas graves de saúde e tratamentos difíceis de encarar, precisam de suporte (VARELLA, 2021). Logo, podemos dizer que a concepção em Cuidados Paliativos supera a dimensão de pacientes fora do alcance de cura, pois eles não são vistos como quando não há mais o que ser feito, mas são vistos de forma mais humanizada, tratando o indivíduo em seus diversos aspectos no processo de doença prevenindo e aliviando o sofrimento.

Portanto, Cuidados Paliativos não consiste em retirar tratamentos médicos, nem negar ao usuário o que a medicina e demais ciências proporcionam, mas sim ajuda a pensar em tratamentos proporcionais no sentido de oferecer benefícios e malefícios a serem evitados em cada fase da doença (como a exemplo de tratamentos que intensificam a dor do usuário e se tornam invasivos dentro do quadro da doença).

Na fase da doença em que ela progride e conseqüentemente se torna ameaçadora de continuidade de vida, os Cuidados Paliativos crescem significativamente no tratamento com a necessidade de profissionais capacitados na atuação de alívio dos sintomas, que vão além de sintomas físicos, os aspectos espirituais são levados em conta como importante (MACIEL, 2008).

Na fase de adoecimento, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis aqueles usuários indicados para tal, mediante as demandas e atenção específica a ele e seus familiares, respeitando a individualidade, crenças e história do mesmo, dessa forma, a prevenção se torna um norte nesse processo capaz de então reduzir a necessidade de intervenções drásticas, como por exemplo uma sedação terminal ou sedação paliativa (MACIEL, 2008).

Diante de uma doença avançada, os maiores sintomas físicos relatados são os desconfortos e para isso os Cuidados Paliativos irão atuar para alívio destes com procedimentos que proporcionem um bem-estar físico, tais quais podemos citar: controle de sintomas, amenizando a dor e efeitos colaterais que passam a ser gerenciados; atendimento psicológico; remédios para amenizar dor, dentre outros.

Definido o que são Cuidados Paliativos, é de suma importância destacar os princípios que os regem, quais sejam: promove o alívio da dor e de outros sintomas que sejam estressantes para o usuário; reafirma a vida e vê a morte como processo natural, o que não significa banalizar a fase terminal de vida, mas sim compreender o processo de adoecimento discutindo junto com o usuário e familiares o processo de sua finitude e a melhor forma de viver o tempo que lhe resta; não pretende antecipar a morte, propõe medidas de melhoria de condições da qualidade de vida no entendimento de que nenhum tratamento deve gerar desconforto ao usuário; leva em conta aspectos psicossociais e espirituais do usuário, por essa razão é de suma importância a atuação de uma equipe multiprofissional pela qual desempenha papéis específicos e promove a totalidade desse tratamento; oferece um sistema de suporte que auxilia ao usuário a viver ativamente quanto possível, dentre as quais a equipe paliativista não poupa esforços em busca do bem-estar físico e mental do mesmo, evitando a exposição do mesmo a sedações pesadas, exceto em alguns casos; oferece um sistema de suporte aos familiares que serão acompanhados e

compreendidos em todo o processo de adoecimento, mantendo com eles um canal de comunicação (MACIEL, 2008).

Ao se tratar de doença grave e progressiva significa que os Cuidados Paliativos podem e devem ser reivindicados. Com isso, o tratamento a dor e ao desconforto gerado por uma doença ameaçadora é imprescindível, a exemplo de pacientes com câncer em que a notícia muito abala o mesmo e os seus familiares, exigindo suporte emocional para enfrentar o período de adoecimento, logo, todo o apoio familiar se torna de suma importância nesse período. Os Cuidados Paliativos ainda tem como objetivo proporcionar tais vínculos familiares por meio de uma comunicação efetiva e afetiva (MACIEL, 2008).

O objetivo dessa assistência visa justamente o devido conforto no processo de adoecimento e na fase final de vida, reiterando a importância de nesse processo o lugar da escuta ser evidenciado, e assim, as vontades do usuário serem respeitadas:

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto (ANCP, 2012).

Se tratando dos serviços em Cuidados Paliativos no Brasil, a história ainda é recente, iniciado na década de 1980, mas foi a partir da década de 1990 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados. Um dos serviços que merecem destaque é o Instituto Nacional de Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, destinado exclusivamente aos Cuidados Paliativos com diversas especialidades (HERMES; LAMARCA, 2013).

Antes disso, em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) que teve diversos integrantes que se interessavam pelo assunto e que propunham a divulgação da filosofia de Cuidados Paliativos no país. Em 2000, foi criado também o Programa do Hospital Servidor de São Paulo que tratou de pacientes com câncer, e posteriormente, em 2003 criou uma enfermaria de Cuidados Paliativos (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em 2005, foi criada a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP), e junto com ela os Cuidados Paliativos deram um salto significativo no Brasil. Com a ANCP houve o avanço da regularização profissional paliativista brasileiro, onde se estabeleceu critérios de qualidade e contribuição com o ensino, pesquisa e qualificação profissional. Houve também significativos avanços no que diz respeito a definições do que é e o que não é Cuidados Paliativos. A ANCP também ajudou a elaborar duas resoluções importantes que regulam a prática médica ligada a Cuidados Paliativos (ANCP, 2023).

A ANCP conta hoje com mais de 3.500 associados, diretoria nacional e regionais eleitas e um site ativo que produz conteúdos e vídeos. Também promove diversos eventos científicos. A sua sede está localizada no bairro Cerqueira César, Rua Artur de Azevedo, 289, na cidade de São Paulo. A ANCP é uma associação científica onde trabalham profissionais de nível superior, técnico e acadêmico que se interessem pelo desenvolvimento científico, ensino e implementação dos Cuidados Paliativos no país. Ela é a principal entidade de representação multiprofissional da prática em cuidados paliativos no país (ANCP, 2023). Seu objetivo principal é contribuir para o ensino, pesquisa e otimização dos Cuidados Paliativos.

Outro marco importante para os Cuidados Paliativos foi a criação da Resolução nº 41, de 31 de dezembro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a sua organização no SUS. Essa resolução busca oferecer cuidados paliativos de qualidade para toda a Rede de Atenção à Saúde, baseado em evidência, conforme defende a OMS.

Depois de uma longa caminhada, fruto do trabalho conjunto entre a ANCP, o Ministério da Saúde (entidade que representa a Federação), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, entidade que representa os Estados), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, que representa os Municípios), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e dezenas de profissionais e instituições que são lideranças nacionais e internacionais em Cuidado Paliativo, foi publicado no Diário Oficial da União do dia 23 de novembro de 2018 a Resolução nº 41 da COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) (ANCP, 2018).

A Resolução estabelece que os Cuidados Paliativos deverão fazer parte de cuidados integrados ofertados pelas redes ou sistemas de atenção à saúde (RAS), aborda que a organização do mesmo deverá ter como objetivos a

integração na rede de atenção à saúde, com vista a melhor qualidade de vida dos sujeitos, bem como o incentivo ao trabalho em equipe multidisciplinar, dentre vários outros aspectos (ANCP, 2018).

Os Cuidados Paliativos se baseiam em princípios, que inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano e também a assistência aos familiares tanto no processo de adoecimento, quanto no período de luto, prestando todo suporte necessário (ALVES *et al.*, 2019). Os profissionais atuam de forma conjunta para cuidar do sofrimento de usuários e seus familiares, é uma filosofia de cuidado, mas também é uma técnica específica que envolve cuidar da dor, falta de ar, fadiga ou quaisquer sintomas, além do espiritual.

Eles são realizados em diferentes cenários, como hospitais, ambulatórios ou a domicílio. Em relação ao domicílio, conhecido como *home care*, o mesmo possibilita ao usuário um maior convívio com seus familiares e evitam procedimentos desnecessários (que vão causar mais dor), diminuindo ainda o risco de infecção que o ambiente hospitalar pode gerar, além de médicos e enfermeiros paliatistas, outros profissionais também participam dessa rede integrada de cuidados, dentre as quais: fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros (ANCP, 2018).

Os pacientes que já estão no processo de finitude, em que não há mais possibilidade de intervenção terapêutica para modificar o curso da doença, não justifica que permaneçam no hospital, muitas vezes sendo submetidos a medidas que só vão lhe causar mais dor, mais sofrimento. O ambiente hospitalar tem restrições, que dificultam, por exemplo, a convivência mais intensa com seus entes queridos. Em casa, eles podem vivenciar esse processo ao lado da família, em um espaço afetivo. É uma morte mais naturalizada. Mas com a garantia de ter todo suporte de assistência médica e de uma equipe multifuncional preparada para mitigar o sofrimento dele nesse momento, evitando intervenções desnecessárias e com foco na qualidade de vida do paciente (S.O.S. Vida em Brasília, 2021).

Fica evidente a importância da formação de uma equipe multiprofissional nesse processo que vise o cuidado humanizado pautado na escuta e acolhimento cuidando de aspectos físicos, mental, espiritual e social. O paciente que está com uma doença que ameaça a vida deve ser assistido integralmente e isto requer uma união de responsabilidades que se resolvam em conjunto. A compreensão dos determinantes em saúde proporciona a equipe uma atuação ampla e diversificada.

A equipe multiprofissional é composta por médico, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, dentista e capelania. Cada profissional é responsável por compreender e atuar nas demandas dos pacientes, então é elaborado um plano de cuidado individual para minimizar os efeitos e impactos que a doença faz em todos os âmbitos, desde o físico, até o social e espiritual, e assim permite um maior acolhimento e conforto para o paciente, e que também envolve os familiares (CASTILLO, *et al.*, 2021). A seguir falaremos de forma breve como cada profissional atua.

O médico cuida dos processos terapêuticos para o alívio dos sintomas físicos, intermedia demandas entre paciente/famíliares/equipe multiprofissional, acompanha todas as fases da doença e o plano de cuidado; o enfermeiro fica responsável por administrar medicações, realiza também medidas de higiene e conforto e realiza intervenções para diminuir a dor; o psicólogo dá todo suporte necessário ao paciente e familiares por meio da escuta qualificada e empatia nesse processo que muito se torna difícil e conflituoso e também atua em todo suporte no processo de luto; o fisioterapeuta atua com condutas terapêuticas específicas para cada paciente; o nutricionista avalia o estado nutricional e toda a dieta para o paciente com foco no bem-estar; o fonoaudiólogo avalia a função de deglutição atuando para melhor conforto do paciente; o dentista cuida da saúde bucal e intervém com métodos de higiene oral; a capelania tem como função cuidar do conforto espiritual do paciente e seus familiares, respeitando as suas crenças; e por fim o assistente social identifica as demandas do paciente e seus familiares dentro do seu contexto social auxiliando no suporte e fortalecimento da rede de cuidado e apoio, com ampla comunicação e informações acerca de documentações, auxílio-doença, seguro, entre outros (CASTILLO, *et al.*, 2021).

A equipe multiprofissional atua em conjunto nos Cuidados Paliativos, tendo como ponto fundamental e central o cuidar do paciente levando em conta todos os aspectos que o envolvem, compreendendo suas demandas e atuando de forma que contribuía para bem-estar físico, social, mental e espiritual do paciente e sua rede de apoio. Compreendido isso, iremos na relação Cuidados Paliativos e Serviço Social, aprofundando acerca de como a profissão atua.

Embora o acolhimento e escuta sejam características do trabalho dos profissionais, conhecer a situação socioeconômica do paciente, os serviços

disponíveis e as redes de suporte se tornam fundamentais, e é nesse aspecto que podemos falar do Serviço Social como profissional integrante da equipe multiprofissional junto aos cuidados paliativos.

Enquanto membro da equipe multiprofissional, o Serviço Social atende as demandas que envolvem esse processo de adoecimento, como bem destacado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), na resolução nº 557/2009, ao afirmar que a atuação se dá conjuntamente com outros profissionais buscando compreender o indivíduo em sua totalidade, contribuindo para o enfrentamento das expressões da questão social (CFESS, 2009).

O Serviço Social vai atuar nos Cuidados Paliativos buscando conhecer e apreender os familiares e usuário e suas respectivas demandas, observando quais possíveis intervenções serão possíveis realizar frente as expressões da questão social que serão compreendidas nesse processo. Para isso ser possível é necessário traçar um perfil socioeconômico com informações prestadas.

Conhecer o seio familiar do paciente é fundamental, pois nem sempre o usuário terá familiares “presentes”, ou uma rede de suporte emocional, social e financeiro, para isso é importante uma escuta qualificada. Compreender a composição familiar irá possibilitar para o Assistente Social oferecer subsídios para os familiares frente as necessidades do paciente. O local de moradia também será importante para entender sobre a rede de suporte social, percebendo quando existe precariedade e podendo então encaminhar para recursos da região, providenciar transportes, e etc. (ANDRADE, 2012).

As informações sobre formação, profissão e situação empregatícia do paciente é de suma importância para compreender principalmente quando o usuário é o mantenedor da família, a situação financeira também possibilita entender parâmetros para solicitações futuras e entender sobre os vínculos estabelecidos do paciente, onde as redes de suporte são fundamentais. Conhecer a instituição pela qual trabalha possibilitará ao Assistente Social encaminhar para serviços disponíveis no intuito de garantir atendimento preciso ao usuário (ANDRADE, 2012).

O conjunto Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), apoiou a elaboração do documento Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS,

2010) para orientar a intervenção do assistente social no âmbito da saúde, nele se encontra quatro eixos norteadores: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (FROSSARD *et al.*, 2020, p. 9), que iremos abordar a seguir.

Segundo Frossard *et al.* (2020), as requisições para o assistente social em Cuidados Paliativos são: atendimento direto aos usuários, socializando com os pacientes sobre os direitos do mesmo, prática interdisciplinar, construção do perfil social dos usuários, avaliação socioeconômica, levar em conta prioridades relacionadas ao plano de cuidado, facilitar o acesso dos usuários aos serviços disponíveis em toda rede de suporte e intervenção profissional no âmbito; mobilização, participação e controle social, organizando redes de serviços, bem como apoio familiar e a representatividade e participação do Serviço Social nos comitês do órgão oficial dos Cuidados Paliativos; investigação, planejamento e gestão, no que diz respeito a atuação do assistente social no planejamento de cuidados, elaborar, organizar e normatizar a intervenção profissional no desenvolvimento de protocolos assistenciais e gestão em Cuidados Paliativos; e por fim, qualificação e formação profissional com por exemplo, pós graduação, cursos especializados, residência, mestrado, doutorado, dentre outros.

Outro ponto a ser destacado sobre o Serviço Social em cuidados paliativos diz respeito a análise das diferentes nuances sob a condição de vida do usuário (princípio dos cuidados paliativos). Ao compreender que o assistente social deve seguir os princípios do Código de Ética, destacamos o primeiro princípio que considera o “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a elas inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 2012, p. 23), ou seja a escuta, acolhida, o respeito as individualidades do usuário em Cuidados Paliativos se tornam ferramentas essenciais no resgate da autonomia dos mesmos, e o quinto, “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 2012, p. 23) é nesse ponto que o assistente social vai identificar as demandas necessárias e encaminhar para serviços necessários, bem como, orientar e facilitar os direitos do paciente.

Sendo assim, junto com outros profissionais, o assistente social vai atuar na atenção integral ao usuário (que vai além de sintomas físicos) respeitando e compreendendo a dignidade e bem estar daqueles que estão enfermos. A dor total é definida pela dor física, emocional, espiritual e social, sendo essa última objeto em questão para o serviço social intervir.

Segundo (FROSSARD *et al.*, 2020, p. 8) a dor social é reconhecida pela dimensão social das relações humanas, assim, quando o usuário é acometido pela doença ele fica limitado de exercer sua sociabilidade, ou seja, de nutrir suas relações sociais. Tal limitação primeiro é gerada pela dor física, que afeta diretamente a vida social, que acaba acentuando as expressões da questão social, compreendendo toda a complexidade do ser e o que o envolve. A dor social vem do medo, isolamento, maior dificuldade de comunicação e com isso uma certa perda social junto aos seus familiares, e também perdas econômicas.

A dor compreendida como essencialmente subjetiva, ainda que provocada por aspectos objetivos, como desemprego, ausência de renda, diagnóstico crônico, dificuldade de acesso ao tratamento de saúde apropriado e outros, expressa a questão social e contribui para o surgimento e agravamento da dor. Os elementos causadores de vulnerabilidade ganham maior intensidade diante da presença de um quadro de doença crônico-degenerativa, em que tudo o que foi problema vivenciado pela pessoa no decorrer de sua vida, de ordem econômica, emocional, física e/ou social, na fase da finitude se agudiza, exigindo do próprio paciente e de sua família a reorganização necessária para contorná-lo. Assim, entender a dor social implica uma visão do todo ao aproximar os diferentes aspectos da vida do paciente e de sua família (FROSSARD *et al.*, 2020, p. 8-9).

De acordo com Frossard *et al.* (2020, p. 7), existem três núcleos a serem compreendidos para apreender as expressões da questão social nos Cuidados Paliativos: qualidade de vida dos pacientes, redes de cuidados e os direitos sociais. A identificação destes possibilita reconhecer os limites da família na prestação de cuidados utilizando de avaliação e comunicação aberta com todos os envolvidos verificando sempre a rede de suporte e avaliando a quantidade de informações disponibilizadas, tendo em vista a importância da compreensão por parte do usuário e sua família.

Mediante a análise econômica e social do usuário e seus familiares, o assistente social atua frente as demandas impostas na ênfase de facilitar o acesso a informação e a garantia dos direitos, dentre as quais podemos destacar: auxílio doença, aposentadoria por invalidez, Benefício de Prestação

Continuada (BPC), entre outros. Com isso, podemos dizer que a prática profissional deve ser orientada pelo projeto ético-político com base nas dimensões ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica.

Nesse sentido, o profissional de Serviço Social atua para que haja comunicação entre as demandas sociais dos usuários e seus respectivos familiares, compreendendo a totalidade do ser, e o seu processo de adoecimento que, como já discutido anteriormente, envolve diversos fatores. O assistente social busca compreender a realidade social do usuário e seu núcleo familiar com o intuito de viabilizar o acesso a direitos. As orientações prestadas são de suma importância, pois direcionam não só o paciente, mas principalmente os familiares.

Durante o tratamento paliativo os usuários junto com seus familiares passam por inúmeras dificuldades, seja aquelas de enfrentar o processo doloroso da doença, até mesmo preocupações práticas da vida diária. Sob esse contexto, o/a assistente social atua com diversificadas demandas familiares que exigem providências, orientações e encaminhamentos, amenizando dificuldades que surgem durante o tratamento paliativo, sob a ênfase familiar, social e financeira, atua também como interlocutor entre paciente, família e equipe multiprofissional (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

É no contato com a família que o assistente social identifica demandas, tais como: situações econômicas diversas, desavenças familiares, moradia insalubre, dificuldades de compreensão quanto ao quadro do paciente/ente familiar, dificuldade de acesso a serviços, sempre se atentando aos aspectos sociais do cuidado, resguardando a privacidade e confidencialidade do paciente e seus familiares, promovendo também uma comunicação inteligível. O Assistente Social também atua em participação conjunta com a equipe de saúde em ações socioeducativas em diversos programas. Sendo assim, diversas demandas são postas para o assistente social acionar os recursos existentes e para o atendimento integral as famílias necessita-se a promoção de políticas intersetoriais (SILVA, 2010).

Souza e Gileá (2020, p.13-14) analisaram 7 etapas para as ações do Serviço Social em Cuidados Paliativos, que foram discutidas anteriormente no presente trabalho, porém iremos destacar de forma sistemática:

1ª. etapa – Acolhimento social individualizado ao paciente e familiar à beira leito e ambulatorial: acolhimento enquanto ferramenta de intervenção para todo atendimento realizado; 2ª. etapa – Intervenção social para identificação de demanda: utilização da entrevista para coleta de informações pessoais, familiares e conjunturais importantes; 3ª. etapa – Reunião Multidisciplinar Familiar: objetiva inserir os familiares a nova realidade de vida do paciente de Cuidados Paliativos; 4ª. Etapa – Socialização de direitos do paciente em Cuidados Paliativos (Saúde, Assistência, Previdência, Trabalhista): visando facilitar o acesso a benefícios e direitos; 5ª. etapa – Alta Responsável: alta médica e alta social deve acontecer concomitantemente; 6ª. etapa – Atendimento social após notificação de óbito: apoio necessário para o enfrentamento da questão e 7ª. etapa – Projeto Carta de Condolências: promover o conforto e o cuidado após a morte e favorecer o fechamento de um ciclo e a despedida da equipe em relação aos familiares. Esta síntese foi realizada, pois dos artigos revisados esse foi o que abordou de uma forma mais prática e instrutiva a atuação do Serviço Social no Cuidados Paliativos.

O trabalho cooperativo interdisciplinar e multiprofissional é fundamental para o Serviço Social. A resolução nº 557/2009, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) traz que:

[...] conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua 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 (CFESS, 2009, p.1).

Desse modo, foi possível observar a importância do trabalho multiprofissional e como o Assistente Social inserido nesse âmbito busca compreender o indivíduo em sua totalidade mediante a escuta qualificada, em que observa e compreende as demandas de cada usuário e seus respectivos familiares, prestando orientações e informações necessárias para encaminhamentos a serviços necessários na perspectiva de facilitação ao acesso de direitos sociais que possam contribuir para o bem-estar físico, emocional e social dos envolvidos.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DAS DISCUSSÕES ACADÊMICAS SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O presente capítulo apresenta a revisão bibliográfica sistemática e integrativa realizada com o objetivo de trazer as diferentes contribuições de autores sobre o tema estudado. A seleção dos trabalhos acadêmicos, tais como artigos científicos, teses e dissertações, foi realizada em duas bases de dados, no Repositório Institucional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e no Google Acadêmico, através de duas palavras-chaves associadas, “Serviço Social” and “Cuidados Paliativos”.

No Repositório Institucional da UFPB foram encontrados 492 trabalhos. Lemos o título e o resumo de todos para analisar se estavam de acordo com o objeto de estudo, sendo então selecionados 6 trabalhos, quais sejam: 3 TCC, 1 dissertação e 2 artigos. Os não selecionados se tratavam de trabalhos sobre outros profissionais da equipe multiprofissional, dentre eles: fisioterapia, enfermagem, psicologia e outros.

No Google Acadêmico foram encontrados aproximadamente 4.480 resultados. Com a leituras dos títulos, verificamos que apenas 22 trabalhos abordavam o objeto de estudo, a saber: 2 TCC, 2 dissertações e 20 artigos. Aqueles que não contemplavam a proposta do trabalho eram sobre cuidados paliativos em específico de outras profissões da saúde e suas perspectivas, outros resultados também tratavam dos cuidados paliativos e Serviço Social em Portugal.

Dos 28 trabalhos selecionados verificamos que a maioria eram de pesquisa bibliográfica, nesse sentido, optamos por aqueles que além dos estudos bibliográficos e documental apresentavam trabalho de campo ou relatos de experiência, a fim de evidenciar elementos da atuação profissional do assistente social nos cuidados paliativos, a partir da análise daqueles que imergiram ou vivenciaram o cotidiano de trabalho. Ao total foram selecionados 9 trabalhos, todos do Google Acadêmico, sendo 1 TCC, 7 artigos e 1 dissertação. A seguir apresentamos tabela com as principais informações da bibliografia analisada:

TABELA 1 – TRABALHOS ACADÊMICOS DA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

| Plataforma/ ano/ modalidade | Título | Autor(es) |
|---|--|--|
| Google Acadêmico/ 2019/ Artigo | Serviço Social e cuidados paliativos: um relato de experiência a respeito do entrave ao acesso a direitos sociais | Juliena Taissa Coelho de Souza |
| Google Acadêmico/ 2017/ Artigo | Trabalho do assistente social em equipes multiprofissionais de cuidados paliativos | Mabel Gonçalves da Silva Lucia Conde de Oliveira |
| Google Acadêmico/ 2019/ Artigo | A dimensão técnico operativo do Serviço Social em cuidados paliativos: relato de experiência profissional em um hospital referência em oncologia do estado do Pará | Juliena Taissa Coelho de Souza Thalita Mayan Esquerdo Andrade Fernanda Sena Rodrigues Girdênedede Lopes Lemos Ana Lídia Brito Sardinha |
| Google Acadêmico/ 2019/ Artigo | O Serviço Social e a integralidade dos cuidados paliativo | Clarisse Mendes Rocha Thalita Mayan Esquerdo Andrade |
| Google Acadêmico/ 2019/ Artigo | Serviço Social e cuidados paliativos | Patrícia Barreto Cavalcanti Clara Isabel Nóbrega Saturnino Ana Paula Rocha Sales de Miranda |
| Google Acadêmico/ 2023/ Artigo | Os cuidados paliativos como campo de atuação do assistente social | Emmanuel Barbosa do Nascimento |
| Google Acadêmico/ 2017/ artigo | Cuidados paliativo: reflexões acerca da atuação do Assistente Social em âmbito hospitalar | Sheylla Beatriz Cabral Manuela Darosci Aline Aparecida Marques Scheila Rodrigues Silveira |
| Google Acadêmico/ 2021/ Dissertação | Serviço Social e cuidados paliativos: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão | Francilene Gomes Nunes Moura |
| Google Acadêmico/ 2017/ Trabalho de conclusão de curso | Serviço Social e cuidados paliativos: análise da experiência realizada no hospital de apoio de Brasília | Amanda França Fonseca |

Para análise procedemos com uma ficha de leitura com os seguintes indicadores: 1) Concepções de Cuidados Paliativos; 2) Atuação do Assistente Social nos Cuidados Paliativos; 3) Dificuldades e desafios profissionais; 4) Estratégias de enfrentamento dos assistentes sociais. Após a leitura de todos os textos, organização e sistematização das informações, apresentamos os

resultados identificados em nossa pesquisa a partir dos objetivos traçados, realçando convergências, divergências e aproximações nos trabalhos analisados.

4.1 Concepções de cuidados paliativos

Após a leitura dos 9 trabalhos selecionados foi possível observar que a maioria relatavam experiências de assistentes sociais em programas de Residência Multiprofissional em hospitais nos cuidados paliativos, outros trabalhos abordavam experiência obtida em Estágios Supervisionados em Serviço Social.

Os artigos compreendem a saúde enquanto direito socialmente garantido pela Constituição Federal do Brasil (CF) de 1988, que traz o conceito de saúde ampliada, e considera as determinações sociais, políticas e econômicas como constituintes do processo saúde-doença, levando em conta fatores ambientais, biológicos, sociais, psicológico e espiritual (SOUZA, 2019).

Na maioria dos artigos analisados aparece a definição de Cuidados Paliativos segundo a Organização Mundial da Saúde:

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

Uma das problemáticas existentes do que são cuidados paliativos é quando o entendimento se dá de forma limitada e muitas vezes pautada no senso comum, diante da compreensão quando “não há mais nada o que fazer pelo paciente”, definição equivocada, visto que os cuidados paliativos são na verdade a busca pela melhoria da qualidade de vida do paciente. Silva e Oliveira (2017) trazem essa discursão quando mesmo diante de muitas normativas e avanços sobre os cuidados paliativos ainda existem inúmeros desafios para sua efetivação.

Em um dos artigos, as autoras trazem entrevistas realizadas no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) com os profissionais e residentes de Serviço Social que atuavam na UTI e em demais clínicas e

ambulatórios do HULW, em equipes multiprofissionais. Transcrevemos duas abaixo:

[...] eu entendo que são medidas que são tomadas no âmbito terapêutico para definir um tipo de assistência a ser dada ao paciente, de acordo com o que foi decidido pela equipe médica, se aquele paciente deve ou não estar dentro de critérios para o estabelecimento de Cuidados Paliativos (Assistente Social 02 *Apud* CAVALCANTI et al., 2019, p. 11).

De maneira geral, [...] no senso comum, eu percebo como uma maneira de proporcionar ao paciente uma morte digna, um final de vida digno, amenizando as dores, dando maior conforto, deixando a família próxima, fazer essa transição com o máximo possível de conforto, de afago, de dignidade, de amor (Residente 01 *Apud* CAVALCANTI et al., 2019, p. 11).

Dessa forma, de acordo com as autoras, foi possível observar uma visão limitada a usuários em estado terminal, e também a centralização do médico, centralizado no saber. Em outras falas também foi observado pela perspectiva dos entrevistados uma visão de bem-estar e qualidade de vida, levando em conta acesso a diversos serviços e outras questões que influenciam a vida do usuário (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

Quatro trabalhos trazem os cuidados paliativos como destinados a pacientes fora do alcance de cura. No decorrer das nossas discussões optamos por não usar o termo “terminalidade” e “longe de alcance de cura”, por se assemelhar muito a quando se trata de pacientes que “não há nada o que fazer”, o que implica numa concepção de cuidados paliativos restrita, uma vez que se associa somente a doença, e não leva em conta a articulação do processo saúde-doença que envolve diferentes determinantes, como por exemplo, evidências estruturais de condições de vida e trabalho, condições culturais, sociais, ambientais, entre outros.

Em relação as atuações profissionais, especificamente ao assistente social, entra em discursão como o exercício profissional se daria na perspectiva de que “não teria mais o que fazer pelo usuário”, sendo assim, ficaria o questionamento se a prática não ficaria restrita ao momento do luto e orientações acerca de auxílio funeral.

Sendo assim, a utilização de “terminalidade” ou de “doenças progressivas” e “doença ameaçadora de vida” (opção que fizemos em nosso estudo), não se trata apenas de termos diferentes e sim de concepções divergentes de cuidados paliativos, pois ao dizer que os cuidados paliativos está

dirigido a pacientes sem cura, demonstra uma falência de um tratamento. Embora a doença ameace a continuidade da vida, o tratamento curativo não impede uma abordagem paliatista com prioridade a garantir uma dignidade e conforto de vida para o usuário. Dessa forma, a concepção de cuidados paliativos defende a humanização, tratando o usuário em seus diversos aspectos e demandas prevenindo e aliviando sofrimentos, e com isso, a equipe multiprofissional, dentre eles, o assistente social, vai atuar nos diversificados determinantes que implicam ao usuário nesse processo.

Sardinha *et al.* (2019) traz que os cuidados paliativos abordam as necessidades e demandas devido ao aumento do adoecimento pelos processos crônicos e degenerativos, mediante estágio progressivo e ameaçador de vida. Logo, seu conceito vem sendo construído ao longo do tempo. Em 2012, a World Health Organization (WHO) definiu os Cuidados Paliativos como:

Uma abordagem multidisciplinar que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares no enfrentamento dos problemas associados a doenças ameaçadoras, através da prevenção e alívio do sofrimento e dor, com identificação precoce dos sintomas, avaliação, tratamento e cuidados psicossociais e espirituais (WHO, 2012).

Segundo Rocha *et al.* (2019) os cuidados paliativos é reconhecido como uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente sem possibilidade de cura, prevendo o controle de sintomas de sofrimentos físicos, emocionais, espirituais e social. É oferecido a indivíduos com doenças degenerativas sem perspectiva de cura. Dessa forma fica entendido as divergências entre os trabalhos analisados sobre o uso de doenças terminais, sem perspectiva de cura e aqueles que optam por usar doenças ameaçadoras de vida e doenças progressivas, uma vez que ao focar somente na doença e morte isola os princípios que os cuidados paliativos defendem acerca de integrar aspectos sociais, psicológicos e espirituais do paciente, bem como que o cuidado paliativo não é acelerar a morte, mas sim trata do usuário em suas particularidades sociais, físicas, psicológicas e espirituais, ou seja, ainda que passando por um processo saúde-doença difícil, este tem o direito de ter uma vida digna.

Em todos os trabalhos ficaram evidente a concordância de que os cuidados paliativos demanda uma equipe multiprofissional, porém um dos trabalhos nos chamou atenção. Trata-se de um artigo sobre a atuação do

Assistente Social no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). As autoras afirmaram que neste Hospital os cuidados paliativos se constitui em uma área de especialização médica com um programa de residência específico que é composto somente por médicos e residentes em medicina. Ou seja, o hospital não oferece, nem demanda equipe multiprofissional dedicada aos cuidados paliativos (CABRAL *et al.*, 2017).

Isso vai ao contrário do que os cuidados paliativos defende como parte constitutiva dos seus pilares, pois para uma assistência integral é imprescindível uma equipe multiprofissional que atue na qualidade de vida dos usuários e seus respectivos familiares, por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos, pois de acordo com a definição da OMS já dita neste trabalho, os cuidados paliativos requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas relacionados a diversos determinantes, como físicos, psicossocial e espiritual, compreendido enquanto direito socialmente garantido pela Constituição Federal do Brasil (CF) de 1988 que traz justamente o conceito de saúde ampliada.

4.2 Atuação do Assistente Social nos cuidados paliativos

Todos os trabalhos analisados trazem a atuação de assistentes sociais em cuidados paliativos a partir dos parâmetros de atuação do CFESS. Souza (2019) traz que os parâmetros para atuação do assistente social na saúde é norteadas por quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Silva e Oliveira (2017) contribui que para o Serviço Social é indispensável perceber as particularidades da realidade dos usuários e de seus respectivos familiares, assegurando junto com a equipe multiprofissional e os familiares uma melhor qualidade de vida em todos os estágios do adoecimento. Entre as principais atribuições dos assistentes sociais está: conduzir as relações entre usuários, familiares e demais membros da equipe multiprofissional, potencializando a perspectiva de direito, no que diz respeito à qualidade de vida em todos os aspectos, pela qual envolve crenças e

vontades relacionadas à condução do tratamento de sua vida (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

O assistente social vai atuar diretamente identificando questões referentes a direitos sociais, benefícios e serviços disponíveis, visando a garantia do acesso, dentre as quais podemos destacar: providencias legais, auxílio doença/aposentadoria por invalidez, Benefício de Prestação Continuada (BPC), quando necessário realização de encaminhamentos, entre outros (SOUZA, 2019).

Em um dos artigos foi realizada entrevistas com assistentes sociais em um hospital, e entre as falas das entrevistadas foi possível observar que as mesmas entendem as suas atuações pautada na viabilização de direitos, do contato com a família e realizações de encaminhamentos para a rede socioassistencial, percebendo o indivíduo em sua totalidade. As entrevistadas mencionam a avaliação social como imprescindível para analisar aspectos como renda familiar, condições de habitação, observando dentre demais fatores da dinâmica familiar e possíveis demandas para encaminhar para rede sociassistencial, e também orientações para todo suporte necessário ao usuário (SILVA; OLIVEIRA, 2017).

Souza (2019) aponta que o alívio do sofrimento para o paciente em cuidados paliativos não implica só as medicações e intervenções hospitalares, mas sim a ampliação de diversas dimensões objetivas e subjetivas, sendo então o assistente social profissional habilitado para realizar encaminhamentos que visem o acesso a direitos em todas as áreas da seguridade social (SOUZA, 2019).

Uma autora traz experiência de campo no Hospital de Apoio em Brasília e constata que diante do perfil dos usuários, pouco ou nada conhecem dos seus direitos, principalmente os previdenciários, com isso é possível afirmar que esse problema não é novidade no seio da profissão, visto que encontramos diariamente na prática profissional situações como essas, pois os usuários muitas vezes não teve acesso à educação, trabalho formal, entre outros. Os assistentes sociais buscam traçar o perfil dos pacientes para auxiliar a garantir seus direitos e benefícios. Outro aspecto relevante do artigo foi o resultado das demandas postas, visto que em sua maioria eram situações de vulnerabilidade e risco social, diante disso, a intervenção realizada pelos assistentes sociais era

por meio da inserção destes em políticas e serviços públicos, a fim de fortalecer suas relações e vínculos familiares e sociais (FRANÇA, 2017).

Foi possível observar também na grande maioria dos trabalhos, o destaque ao âmbito familiar em cuidados paliativos. Como então o assistente social atua nesse sentido? Segundo Souza (2019) atua buscando compreender quem e como são os membros da família, entender como se dá a dinâmica de cuidado frente ao adoecimento (para observar possíveis casos de negligência), quais recursos financeiros, se o paciente é o mantenedor da casa, compreender as dinâmicas sociais e emocionais. Tais apontamentos permitem então para o assistente social uma prática profissional orientada pela integralidade e visando a garantia de direitos.

Silva e Oliveira (2017), trazem considerações semelhantes ao dizer que a família é muito importante nesse processo, pois o seu conhecimento significa um melhor cuidado ao usuário, e enfatiza que uma das práticas profissionais está voltada a reuniões com os familiares, onde são passadas as devidas orientações e também possibilita o lugar de escuta e acolhimento, pois é um momento em que as famílias são escutadas e são entendidas suas respectivas demandas – processo esse também que é feito no momento do luto, junto com a equipe multiprofissional.

A família tem papel centralizador no desenvolvimento do trabalho, visando a sensibilização do seu papel dentro e fora do contexto familiar, a fim de evitar que não aconteçam situações de ausência do acompanhante por tempo significativo ou até mesmo o abandono do paciente na clínica. Esta responsabilização do cuidado é compartilhada nas reuniões mensais com os cuidadores pela equipe em que cada profissional dá orientações sobre demandas solicitadas (ROCHA; ANDRADE, 2019, p. 04).

A partir desse olhar ampliado será possível observar possíveis casos de negligência. Cavalcanti *et al.* (2019) apontam que além identificar também violência e exploração econômica de usuários, ou até mesmo de cuidadores e com isso a necessidade da inserção em rede de proteção social.

Em alguns trabalhos os autores abordaram as múltiplas expressões da questão social como objeto de investigação e intervenção profissional. Fonseca (2017) afirma que o Serviço Social atua nas expressões da questão social, que são aprofundadas na medida em que o capitalismo avança, atuando, sobretudo, na garantia de direitos e autonomia. Já Moura (2021) diz que os assistentes sociais são requisitados quando ocorrem “problemas” que trazem

impactos e interferências no funcionamento da rotina institucional ou na rotatividade de internações, porém diante da fala da autora fica a problemática de quais limites o assistente social tem na “resolução de problemas” para não cair no imediatismo de uma prática burocrática da instituição, e até mesmo chamado a resolver todos e quaisquer problemas que muitas vezes não é competência do Serviço Social. Souza (2019) traz que a materialização da questão social está na fome, desemprego, violências, adoecimento, acesso restrito aos serviços de saúde, entre outros.

Moura (2021) ainda ressalta que as intervenções profissionais são orientadas a partir do projeto ético político, defendendo a universalização do acesso a bens e serviços relacionados as políticas e programas sociais, bem como a ampliação e consolidação da cidadania e democratização da participação política dos indivíduos.

Souza (2019) e Sardinha *et al.* (2019) tratam da dimensão técnico-operativa da profissão que é estabelecida no nível do cotidiano relacionando-se com a instrumentalidade enquanto capacidade profissional de responder as demandas sobre uma dimensão crítica, uma vez que está perpassada por determinações que são históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa e que se articula as dimensões teórico-metodológica e ético-política. Por isso, é levado em conta aspectos objetivos e subjetivos da saúde para poder melhor compreender as particularidades dos cuidados paliativos.

Foi observado que somente um artigo traz que o Serviço Social atua na “dor social”, mas não traz o conceito definido, logo, fica entendido que as dores sociais são expressões da questão social, reconhecida pela dimensão social das relações humanas, assim, quando o paciente é acometido pela doença ele fica limitado de exercer sua sociabilidade, ou seja, de nutrir suas relações sociais. E a dor social acaba sendo provocada por aspectos objetivos, como por exemplo: desemprego, dificuldade do acesso ao tratamento em saúde, falta de acesso a serviços, entre outros. Assim, compreender a dor social implica conhecer os diferentes aspectos da vida do paciente e seus familiares (FROSSARD, *et al*, 2020). Sardinha *et al.* (2019) afirma que o Serviço Social se insere no trato às “dores sociais”, que se configuram como uma postura de construção da contra hegemonia e atendimento aos princípios que são estabelecidos no código de ética profissional.

4.3 Dificuldades e desafios dos assistentes sociais nos cuidados paliativos

Diante da análise dos trabalhos foi possível observar diversas dificuldades e desafios que perpassam a profissão de Serviço Social. Alguns autores concordam que existem entraves no que diz respeito aos direitos não serem viabilizados. Sabemos que as orientações para os usuários acerca dos direitos sociais, principalmente os assistenciais e os previdenciários, é uma prática profissional de extrema importância e muitas vezes os direitos não são concedidos. Dessa forma, os artigos trouxeram as dificuldades encontradas para o acesso ou não a tais direitos. Na análise de Souza (2019, p. 8):

[...] foi possível inferir que os profissionais de saúde (dentre eles o Assistente Social) são confrontados diariamente com as múltiplas expressões da questão social, apresentadas por demandas emergenciais dos usuários, dentre eles o não-acesso aos direitos sociais (SOUZA, 2019, p. 8).

Dentre os motivos que são apresentados como entraves para o não acesso de usuários a direitos assistenciais e previdenciários está o funcionamento e gerenciamento da política de seguridade social que é alvo de ataques, sucateamento e precarização, que gera por consequência grande espera para concessão aos usuários, e nos cuidados paliativos esse problema ainda se agrava quando há a morte do paciente e tais direitos não foram concedidos. O não acesso em seu processo de adoecimento acaba agravando ainda mais o sofrimento tanto do paciente, quanto dos familiares. Isso demonstra o intensificador de empobrecimento que é gerado justamente pela ineficiência de políticas públicas (SOUZA, 2019).

Outra dificuldade evidenciada foi o desconhecimentos das ações que o Serviço Social desempenha. Nascimento (2023) aponta que é percebido uma falta de conhecimento dos familiares e pacientes e sobretudo profissionais da saúde sobre o papel do assistente social na equipe de cuidados paliativos. Alguns artigos vão trazer essas questões retratando sobre a baixa articulação existente em equipe multiprofissional, e baixa discussão da temática no processo formativo, e que a aproximação com os cuidados paliativos só se dá por meio da prática nos serviços, e destaca que é preciso um domínio das dimensões que compõem a profissão para que possa ser realizado um cuidado ético no que tange a materialização do Projeto Profissional para uma assistência adequada

ao paciente em cuidados paliativos e seus respectivos familiares (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

Cavalcanti *et al.* (2019) afirmam que existe um incipiente preparo na formação profissional do Serviço Social para a intervenção em cuidados paliativos, e que pode resultar em práticas imediatistas e fragmentadas, pautadas em uma burocratização da instituição. Nesse sentido, a aproximação com os cuidados paliativos só se dá na própria necessidade do exercício profissional na área da saúde.

A baixa articulação entre a equipe multiprofissional prejudica diretamente os pacientes, e para isso é necessário a realização de capacitações sobre a rede de assistência à saúde, pois assim como o assistente social, outros profissionais da saúde também poderão compreender as mais diversas situações que são postas no cotidiano, tais como fragilidades nas redes de serviços, precarizações, entre outros (ROCHA; ANDRADE, 2019). O assistente social se depara com a ineficiência de uma rede articulada nos setores da seguridade social, visto que nos cuidados paliativos existe o sofrimento do usuário e seus familiares, e quando por um exemplo uma aposentadoria é negada ou fica em análise por muito tempo gera uma preocupação a mais nesse processo (SARDINHA, *et al.*, 2019).

Dentre as diversas demandas impostas dentro dos cuidados paliativos, o assistente social se defronta muitas vezes com dificuldades burocráticas e de precarização do seu trabalho, e por vezes demandas são levadas ao assistente social que não compete a sua atribuição (ROCHA; ANDRADE, 2019). Além disso existe um grande processo de precarização nas instituições e conseqüentemente gera dificuldades para os assistentes sociais encaminharem os usuários à rede socioassistencial. Silva e Oliveira (2017) explicam que diante de um contexto neoliberal as políticas estão cada vez mais focalizadas e restritas e acentuando as expressões da questão social.

Moura (2021) e Sardinha *et al.* (2019) trazem que no cotidiano profissional o assistente social corre o risco de assumir uma postura funcionalista, dada a inexistência de condições de trabalho para um atendimento individual e coletivo, por falta de salas de atendimento e de espera. As autoras também apontam que o Serviço Social se depara com rotinas de trabalho

mecanizadas e burocráticas por terem que lidar com demandas impostas ao trabalhador e que muitas vezes acabam tendo respostas práticas e imediatas.

Em um Hospital de Referência Oncológica, as autoras trazem relatos de experiência, e afirmam que apesar do hospital contar com uma equipe extensa, as ações ainda estão pautadas no modelo médico-hegemônico, o que contribui para práticas fragmentadas onde as ações profissionais ficam submetidas ao parecer médico, reiterando a subalternização da profissão. Dessa forma, as autoras perceberam que muito deve ser realizado para a superação do modelo desfocado e fragmentado de assistência que se intensifica nos cuidados paliativos (ROCHA; ANDRADE, 2019).

Somente um texto trouxe que a procura por direitos por parte dos pacientes e familiares se tornam muitas vezes secundárias, ou seja, aliada ao fato de que eles estão passando por um processo de agravamento da doença, a busca por direitos acaba sendo “deixada de lado” comparados a necessidade de cuidado imediato ao seu ente querido. As autoras afirmam, portanto, que a referência e contra-referência que é um grande instrumento de controle social, acaba sendo pouco identificada no contexto de cuidados paliativos.

É necessário que o assistente social compreenda e conheça a realidade social de forma crítica. Dessa forma, é preciso romper com as bases conservadoras. Como profissão, o Serviço Social emerge na sociedade burguesa para responder as expressões da questão social, sendo assim, a atuação deve ser voltada por uma dimensão investigativa e interventiva, chamada a atuar no planejamento, na execução e avaliação das políticas sociais (SILVA; OLIVEIRA, 2017). Em um dos artigos, as autoras trazem que existe um conflito entre profissionais críticos e aqueles que ancoram suas práticas profissionais em fundamentos funcionalistas, e sabemos que o projeto ético-político profissional busca justamente se contrapor a estas práticas (SARDINHA *et al.*, 2019).

Rocha e Andrade (2019) chamam a atenção sobre a importância do embasamento teórico no cotidiano que faz refletir acerca da realidade, bem como a definição do objeto de ação, instrumentos e técnicas. Muitas vezes, os profissionais por falta de conhecimento teórico, reproduzem interesses institucionais que não levam em conta o projeto ético-político e a garantia de direitos dos usuários.

O assistente social deve, portanto, conhecer bem suas atribuições para ir além da órbita de apoio e lugar de escuta, distinguindo a prática tradicional da socioeducativa, para assim evitar práticas que sejam alheias ao Projeto Ético-Político Profissional. Outro fator importante é romper com ações de tarefas imediatas e ir em direção a uma atuação consciente que exige a compreensão do que são cuidados paliativos e quais competências são atribuídas ao assistente social e ter um cuidado ético, bem como, um trabalho consciente com os usuários e seus respectivos familiares (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

E por fim, foi possível observar que a atuação do assistente social em cuidados paliativos vai possibilitar, nesse processo tão difícil, um campo de diálogo entre os usuários e seus familiares, respeitando suas individualidades, vontades e crenças, permitindo também ao assistente social a capacidade de intervir na realidade dos usuários de forma a garantir qualidade de vida por meio de ações com a rede de serviço com intuito principal viabilizar a integralidade do acesso à assistência à saúde.

É por meio da integralidade e de uma prática interdisciplinar que o usuário poderá ter uma melhoria das suas condições de vida, principal objetivo do cuidado paliativo. Sendo assim, o exercício profissional tem como estratégia de intervenção nos cuidados paliativos uma prática orientada com elementos constitutivos da democracia. E por meio do conhecimento das políticas públicas instrumentalizar ações que possibilitem aos usuários o acesso dos seus direitos (ROCHA; ANDRADE, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou uma aproximação do que são cuidados paliativos e como se dá a atuação dos assistentes sociais nesse âmbito. Para isso, tivemos inicialmente como estudo apontamentos da conjuntura histórica da política de saúde no Brasil e compreendemos os avanços e desafios que se perpetuam até os dias atuais.

Tratando-se da política de saúde, sabemos que é uma área em que muitos profissionais de Serviço Social estão inseridos, atuando na perspectiva de garantia de direitos na promoção da saúde e defesa ao acesso aos serviços, e com isso observamos também que existem diversos desafios que a profissão enfrenta. Evidenciamos assim como se deu a inserção do Serviço Social na política de saúde no país e a importância do Projeto Ético-político da profissão, visto que essa compreensão nos permite entender os espaços sócio-ocupacionais que o profissional vai atuar, especificamente nessa pesquisa, nos cuidados paliativos.

Em seguida tratamos dos Cuidados Paliativos no Brasil e como ele surgiu. Por fim, como se dá a atuação dos assistentes sociais nessa política. Dessa forma, concluímos que os cuidados paliativos está destinado a pacientes que se encontram com uma doença progressiva que ameaça a continuidade de vida, e para isso, o tratamento paliativo se resume a pessoa, as suas demandas, e não tão somente a um modelo centrado na doença, ou seja, são levado em conta a totalidade do ser, em diversas dimensões: físicas, espirituais, sociais, psicológicas, culturais. Os cuidados paliativos promove a qualidade de vida dos usuários, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Logo, temos que o usuário precisa ser assistido de forma integral, e isso requer uma união de responsabilidades profissionais, é nesse ponto que está a importância da equipe multiprofissional, que atuam de maneira conjunta em suas especificidades.

Se tratando do assistente social como parte integrante dessa equipe multiprofissional em cuidados paliativos tivemos como resultados no estudo bibliográfico que a atuação do profissional é norteadas pelos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, e também a partir do Projeto Ético Político profissional.

Foi destacado quais as competências e atribuições do assistente social nos cuidados paliativos, dentre as quais destacamos a viabilização de direitos assistências e previdenciários, bem como a identificação das múltiplas expressões da questão social no contato com os usuários e seus respectivos familiares, compreendendo suas demandas e necessidades e realizando os encaminhamentos necessários para a rede socioassistencial e intersetorial.

Nesse sentido, é de suma importância o diálogo, a escuta qualificada, a avaliação econômica e social da família, para entender a realidade dos mesmos. Um dos artigos trouxe também a “dor social” como uma das expressões da questão social, visto que o paciente ao se encontrar com uma doença grave fica incapaz de exercer sua sociabilidade.

Durante o desenvolvimento da pesquisa pudemos analisar as diversas dificuldades e desafios que o Serviço Social enfrenta em sua atuação nos cuidados paliativos: o não acesso aos direitos assistências e previdenciários demonstra a precarização da seguridade social e um limite posto ao assistente social. Outro ponto a ser destacado é acerca do alto desconhecimento, tanto dos próprios assistentes sociais, quanto de outros profissionais e usuários acerca de quais as reais atribuições nos cuidados paliativos, pois esse desconhecimento pode até mesmo levar ao assistente social a práticas profissionais burocráticas, fragmentadas e imediatas da própria instituição.

É necessário, portanto, um maior aporte das competências e atribuições que compete a profissão, sobre um viés crítico, rompendo com o conservadorismo. Em relação a outros profissionais e os usuários, algumas estratégias podem ser usadas, como palestras que tenham a equipe multiprofissional presente, para entender qual papel do assistente social (momento também em que será compreendido a prática profissional de outros profissionais), diálogos, salas de espera com os usuários, etc. Além disso, existe um grande processo de precarização nas instituições e conseqüentemente gera dificuldades para os assistentes sociais encaminharem os usuários à rede socioassistencial.

Dessa forma, observamos que os objetivos do estudo foram alcançados, sendo a principal conclusão a compreensão de que o assistente social atua nos cuidados paliativos por meio de equipe multiprofissional, tendo como competência a viabilização de informações para acesso a direitos sociais,

com destaque para as Políticas de Previdência e Assistência Social, pois a compreensão das expressões da questão social que perpassam a vida do usuário e familiares, a utilização de instrumentos técnico-operativos e compromisso ético-político tornam relevante, justificam e legitimam a profissão nesta área.

O presente trabalho busca agregar a profissão uma maior busca de conhecimento dessa temática, visto que os cuidados paliativos não são tão discutidos na formação acadêmica, e na maioria das vezes só é visto no âmbito do estágio ou quando profissional passa a atuar na área. Com isso, o estudo sobre o tema irá nos possibilitar um arcabouço cada vez mais crítico e práticas profissionais orientadas pelos parâmetros de atuação.

Por fim, é necessário que esse debate seja cada vez mais ampliado, pois a própria produção científica ainda se mostra insuficiente, pois conhecendo mais sobre os cuidados paliativos, e conhecendo as atribuições e competências, poderá ter sua intervenção planejada por meio do acolhimento, escuta, diálogo, reconhecimento e reflexão crítica da realidade do usuário e seus familiares e estando, sobretudo, articulado com o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético Político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Análise situacional e recomendações da ANCP para reestruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo: ANCP, 2018. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf. Acesso em: 07 jan. 2023.

ALVES, D. I.; *et al.* **Os desafios contemporâneos ao(a) assistente social na política de saúde**. *In: III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*, 2019, Florianópolis – 13 e 14 de novembro de 2019. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202552/Dums_et_al_Os_desafios_contempor%C3%A2neos_AS_pol%C3%ADtica_sa%C3%BAde.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 03 jan 2023.

ALVES, M. M.; SILVA, A. T. M. F.; A influência do Estado neoliberal no sistema único de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. **Perspectivas online**, volume 1, número 1, p. 48-51, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/NOTE/Downloads/511-Texto%20do%20artigo-1591-1-10-20140905.pdf>. Acesso em 16 dez 2022.

ALVES, R; *et al.* Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. **Psicologia: ciência e profissão**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NSScM87z94MQRGL8RPtBGzJ/?lang=pt>. Acesso em 04 jan 2023.

ANDRADE, K. R; GAMA, J. R. M. **Política de saúde e o contexto neoliberal: aspectos da formação/atuação do/da assistente social na residência multiprofissional em saúde**. *In: VI Jornada internacional de políticas públicas*, São Luiz – Maranhão 20 a 23 agosto 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impassesedesafiosdaspolicasdasseguridadesocial/pdf/politicaesdaudeeocontoneoliberal.pdf>. Acesso em 16 dez 2022.

ANCP. **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em 03 jan 2023.

BARBOSA, V. C. Serviço Social e saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista em pauta**, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2019 - n. 44, v. 17, p. 240 - 254. Disponível em: [file:///C:/Users/NOTE/Downloads/45242-155024-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/NOTE/Downloads/45242-155024-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 20 dez 2022.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In: MOTA, A. E. et al. (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Cortez Editora, p. 197-217. 2006.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde da atual conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas da frente nacional contra a privatização da saúde. **Revista Humanidades e Inovação**. v.8, n.35, p. 144-156. 2021.

BRAVO, M. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Cortez Editora. 2006.

CABRAL, B. S.; *et al.* **Cuidados Paliativos**: reflexões acerca da atuação do Assistente Social em âmbito hospitalar. *In*: **II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**, Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Desktop/TCC%20-%20Google%20academico/ARTIGO/2017...pdf. Acesso em 27 abril 2023.

CARVALHO, R. ALVES, C. ARAÚJO, R. **POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL**: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. *In*: **III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

CASTRO, E. L. **Reforma Sanitária e Renovação do Serviço Social no Brasil**: duas faces de um mesmo processo societário. *In*: **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 2 a 7 de dezembro 2018, Vitória - ES. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Downloads/ekeys,+REFORMA+SANIT%C3%81RIA+E+RENOVA%C3%87%C3%83O+DO+SERVI%C3%87O+SOCIAL+NO+BRASIL+DUAS+FACES+DE+UM+MESMO+PROCESSO+SOCIET%C3%81RIO.pdf. Acesso em 17 dez 2022.

CASTRO, J; ANDRADE, L. Serviço Social e o SUS: desafios na prática do assistente social. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v. 13, n. 1 (17) p. 111-126 jan./jun. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Downloads/cmrodrigues,+revista+17+pdf+Jamile+Castro.pdf. Acesso 15 dez 2022.

CAVALCANTI, P. B.; SATURNINO, C. I. N.; MIRANDA, A. P. R. S. SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v. 18, 1-28, e019005, 2019. Disponível em: file:///home/chronos/u-85bb23970c047c20fe313500c41688f773fd47c6/MyFiles/Downloads/e019005Patricia.pdf. Acesso em: 24 abril 2023.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde CFESS-CRESS**. Brasília, 2010. Disponível em: http://cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 01 dez 2022.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Cortez Editora, 2006.

Cuidados Paliativos. **Instituto Nacional de Câncer – INCA**. 16 nov set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da,a%20vida%2C%20por%20meio%20da>. Acesso em 17 nov. 2022

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, jun 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200023>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/NJb3hzFmZwKrnqnBDGnLv3L/?lang=pt>. Acesso em 25 nov. 2022.

FERREIRA, I. Z.; NABOZNY, L. Serviço Social e Saúde: a profissão entre a década de 1970 até a crise sanitária pandêmica. **Revista Hydra**, v. 4, n. 8, setembro de 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/NOTE/Downloads/amandacarvalho,+4.+Servi%C3%A7o+social+e+sa%C3%BAde.pdf>. Acesso hoje 03 fev 2023.

FONSECA, Amanda França. **Serviço Social e cuidados paliativos**: análise da experiência realizada no hospital de apoio de Brasília. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – curso de Serviço Social – Universidade de Brasília UNB. Disponível em: <file:///C:/Users/NOTE/Desktop/TCC%20-%20Google%20academico/TCC/2017.pdf>. Acesso em 29 abril 2023.

FORTES, Mariângela. Capacitação para apoios do controle social. **Conselho Saúde**. 2013. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em 20 nov. 2022.

FROSSARD, A. G.; SCHAEFFER, M.; SIMÕES, A. G. **Competências do Serviço Social em Cuidados Paliativos**: notas preliminares. 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/NOTE/Downloads/servi%C3%A7o%20social%20e%20cps%20novo%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/NOTE/Downloads/servi%C3%A7o%20social%20e%20cps%20novo%20(2).pdf). Acesso em 02 fev 2023.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde, FIOCRUZ, RJ, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 03 jan 2023.

MACHADO, C. V.; BATISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. **Políticas de Saúde nos anos 2000**: a agenda federal de prioridades. Março, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MhPC6fgZ5x7JKNTWWrcTfWp/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun 2023.

MACIEL, Maria *et al.* **Cuidado Paliativo**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MARTINI, D.; *et al.* **A inserção do assistente social na área da saúde**: uma reflexão sobre o município de Florianópolis. *In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais*, Florianópolis, de 22 a 24 de agosto 2013. 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 15 dez 2022.

MERELES, Carla. A história da saúde pública no Brasil e a evolução do direito à saúde. **Politize**, 23 abr. 2018. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em 17 nov. 2022.

MOURA, Francilene Gomes Nunes. **Serviço Social e Cuidados Paliativos**: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes

especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão. 2021. Dissertação de pós-graduação (políticas públicas) – curso de Serviço Social – Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Desktop/TCC%20-%20Google%20academico/DISSERTA%C3%87%C3%83O/2021.pdf. Acesso em 28 abril 2023.

NASCIMENTO, E. B. Os cuidados paliativos como campo de atuação do assistente social. **Revista de Casos e Consultoria**, V. 13, N. 1, e13130798, 2022. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Desktop/TCC%20-%20Google%20academico/ARTIGO/2023.pdf. Acesso em 26 abril 2023.

NOGUEIRA, V. M. R. N.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais *In*: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Cortez Editora, 2006.

OLIVEIRA, D. A.; BACKSCHAT, T. M. S. **Sistema Único de Saúde: avanços e retrocessos na saúde pública**. 2019. Disponível em: http://anais.unespar.edu.br/ender_semage/data/uploads/v3/politicas_publicas/artigos/sistema-unico-de-saude-avancos-e-retrocessos-na-saude-publica.pdf. Acesso em 07 jun 2023.

PAIVA, C. F.; SANTOS, T. C. F.; COSTA, L. M. C.; ALMEIRDA, A. J. **Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil**. *In*: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) **Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 41 a 49 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>.

PEREIRA, P. GARCIA, V. Serviço Social e Saúde – processos de trabalho e gestão. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 21, n. 1, p. 125-151, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Downloads/2439-Texto%20do%20artigo-8639-1-10-20180504.pdf. Acesso em 20 nov. 2022.

PONTE, Carlos; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ROCHA, C. M.; ANDRADE, T. M. E. **O Serviço Social e a integralidade dos cuidados paliativos**. *In*: **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Desktop/TCC%20-%20Google%20academico/ARTIGO/2019...pdf. Acesso em 24 abril 2023.

SCHRAMM, F. R; FLORIANI, C. A. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, julho 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/GBPNNCRyLb69gZX8ppXpKPR/?lang=pt>. Acesso em 13 fev 2023.

SILVA, Franciele. **Serviço Social na saúde: os desafios para garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários**. Santa Catarina, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Downloads/unoesc-Franciele-Silva.pdf. Acesso em 15 dez 2022.

SILVA, M. G.; OLIVEIRA, L. C. Trabalho do Assistente Social em Equipes Multiprofissionais de Cuidados Paliativos. **Sociedade em Debate**, 23(1): 437 - 466, 2017. Disponível em: 1434-Article Text-2758-1-10-20200116.pdf. Acesso em 20 abril 2023.

S.O.S Vida em Brasília. **Cuidados paliativos em casa naturaliza processo de finitude e atenua sofrimento**. Brasília, 2 agosto 2021. Disponível em: <https://sosvida.com.br/blog/cuidados-paliativos-casa/>. Acesso em 17 fev 2023.

SOUZA, C. C. O.; GILEÁ, J. Cuidados Paliativos: o papel do assistente social na equipe multiprofissional. *In: Revista Scientia*, Salvador, v. 5, n. 3, p. 59-76, set./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/scientia/article/view/8785/6375>. Acesso em 19 fev 2023.

SOUZA, J. T. C. **Serviço Social e cuidados paliativos: um relato de experiência a respeito do entrave ao acesso a direitos sociais**. *In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019. Disponível em: 1434-Article Text-2758-1-10-20200116.pdf. Acesso em 20 abril 2023.

SOUZA, J. T. C. *et al.* **A dimensão técnico operativa do Serviço Social em cuidados paliativos através de relato de experiência profissional em um Hospital referência em oncologia do estado do Pará**. *In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019. Disponível em: file:///C:/Users/NOTE/Desktop/TCC%20-%20Google%20academico/ARTIGO/2019.....pdf. Acesso em: 21 abril 2023.

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