

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Rebeca Régia Martins Silva

Sandra Farias Araújo

**SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: estratégias de acolhimento a
pacientes oncológicos**

Maceió - AL

2023

Rebeca Régia Martins Silva
Sandra Farias Araújo

SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: Estratégias de acolhimento a pacientes oncológicos.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^aDr^a Andrea Pacheco de Mesquita

Maceió - AL

2023

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586s Silva, Rebeca Régia Martins.
Serviço social e cuidados paliativos : estratégias de acolhimento a
pacientes oncológicos / Rebeca Régia Martins Silva, Sandra Farias
Araújo. – 2023.
61 f.

Orientadora: Andrea Pacheco de Mesquita.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) –
Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió,
2023.

Bibliografia: f. 59-61.

1. Serviço social. 2. Cuidados paliativos. 3. Oncologia. 4.
Acolhimento. I. Araújo, Sandra Farias. II. Título.

CDU: 364.442.2:616-006

Gostaríamos de dedicar este trabalho aos nossos familiares; por terem nos dado todo o suporte necessário durante nossa graduação, e por acreditarem e sonharem esse sonho conosco.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente não poderíamos deixar de agradecer a Deus e a nossa Universidade Federal de Alagoas UFAL, pelo privilégio de nos proporcionar conhecimento e ensino de qualidade. Somos gratas também aos nossos docentes que foram imprescindíveis para o nosso desenvolvimento e crescimento intelectual na graduação. Docentes que nos ensinaram a refletir de forma crítica e a reconhecer a realidade posta, docentes dedicados e qualificados que estiveram a todo tempo ao nosso lado. Também gostaríamos de agradecer grandemente a nossa orientadora Prof.^a Dr.^a. Andrea Pacheco de Mesquita, que aceitou fazer parte do nosso processo de formação profissional somos gratas pela sua compreensão e empatia nos norteando nessa árdua jornada acadêmica, transmitindo conhecimentos valiosíssimos que levaremos ao longo de nossas vidas.

Também somos gratas à equipe do Serviço Social do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes HUPAA em especial a nossa supervisora de campo Simone Cleide de Jesus, que nos acolheu com tanto carinho, nos acompanhou no período de estágio supervisionado obrigatório I e II, nos transmitindo conhecimento acerca do exercício e atuação profissional enquanto estagiárias do serviço social no âmbito do hospital Universitário e junto aos pacientes oncológicos, e principalmente por esta vivência ter se dado no período da pandemia Covid-19. O que nos trouxe muitos desafios, mas também muito conhecimento.

Eu (Sandra) gostaria de agradecer infinitamente a Deus e a minha amada avó materna Nalme Lopes (*in memoriam*), que orava e acreditava que eu seria capaz, e que ainda em vida pode vislumbrar e se orgulhar da minha conquista de ingressar na UFAL, através da aprovação do ENEM/SISU. Mas, infelizmente não pode estar comigo nesse momento tão esperado e importante da minha vida. Também a minha dupla de TCC Rebeca Régia, pela parceria, companheirismo e de reconhecer verdadeiramente o sentido do que é empatia e sororidade. Além disso, gostaria de agradecer especialmente a minha única filha Sandra Nayara que sonhou comigo esse sonho, que testemunhou meus esforços, lutas e persistência nesse percurso longo que é a vida acadêmica, me apoiando, dando ânimo, força, não me deixando esmorecer frente aos obstáculos e tantas dificuldades físicas, financeiras, psicológicas e emocionais que só nós e Deus sabemos, obrigada filha amada te amo infinitamente.

Eu (Rebeca) sou infinitamente grata a Deus, que com Sua bondade me ajudou a chegar até aqui e concretizar esse grande sonho. Sou muito grata a mim, que nunca desisti do sonho de fazer um curso superior, mesmo depois do casamento e filhos. Não é fácil ser mãe e estudante universitária, a impressão que dá é que não há espaço para as mães no campus, mas perseverarei em concretizar meu objetivo.

As minhas filhas Ellen Karolinne e Emilly Katherine, que sempre foram meu alicerce e mesmo tão pequenas nunca me deixaram desistir. Foram muitos momentos difíceis, mas por vocês filhas eu superei cada obstáculo e enfrentei todas batalhas a mim impostas pensando no nosso futuro. Tudo que estou construindo é para vocês.

A minha mãe, Rita de Cássia, que foi meu braço direito em toda essa caminhada. Cuidou das minhas filhas para que eu pudesse ir às aulas, sempre me dando forças nos momentos que achei que não conseguiria. Eu não tenho palavras para descrever o tamanho da minha gratidão por tê-la ao meu lado me apoiando em todos os meus projetos.

Agradeço ao meu esposo e companheiro Douglas Soares que sempre me incentivou a correr atrás dos meus sonhos, me auxiliando com todo seu amor e companheirismo. Tivemos muitos momentos difíceis durante o período do curso, mas em todos eles você nunca deixou meu sonho de lado. Superamos tantas coisas nesse período e eu sou muito grata por você nunca ter soltado a minha mão.

Agradeço a minha dupla de TCC, Sandra Farias, pela paciência, pelas palavras de conforto em meio a muitos momentos difíceis que passei. Muito obrigada minha amiga, sua parceria foi essencial para que eu não desistisse.

Aos meus irmãos Raquel Sulamita e Nehemias Junior por todo o apoio e incentivo que sempre me deram. Obrigada por serem sempre e incondicionalmente meus companheiros, trazendo mais alegria para minha vida e sempre um porto seguro nos momentos que mais precisei.

Aos meus demais familiares e amigos que de forma direta e indireta compartilharam comigo meus momentos de aflição e me deram forças para que hoje eu chegasse onde estou.

Por fim, agradecemos a banca examinadora, pela disposição e por aceitarem nosso convite, fazendo assim parte dessa nossa trajetória e conquista importantíssima para nós. Agradecemos imensamente a dedicação e carinho de vocês.

RESUMO

Este trabalho que tem como tema Serviço Social e Cuidados Paliativos: estratégias de acolhimento a pacientes oncológicos e têm como objetivo compreender a intervenção de Assistentes Sociais diante dos Cuidados Paliativos direcionados a pacientes oncológico, relacionando os Cuidados Paliativos com o princípio da dignidade da pessoa humana, com o princípio de humanização do SUS e conforme o aparato jurídico-legal da categoria profissional. Como também identificar as possibilidades e limites para a intervenção profissional de Assistentes Sociais em Cuidados Paliativos em oncologia. E Também apresentar estratégias para a intervenção profissional de Assistentes Sociais. E tendo o intuito de apresentar resultados através da pesquisa bibliográfica e documental, de caráter exploratório e com base no referencial histórico crítico. A coleta de dados foi realizada através de fontes digitais em virtude da pandemia de Covid-19 ainda vigentes, a princípio o acesso às fontes bibliográficas ocorreu via bancos de dados e plataformas digitais científicas nos quais selecionamos artigos científicos, e-books, e TCC da área. Em seguida uma pesquisa digital mais específica nas plataformas de dados acadêmicos e posteriormente por fontes físicas. A coleta de dados documentais foi complementada ainda com os dados registrados em diário de campo durante o acompanhamento de ações profissionais de assistentes sociais no atendimento e a observação, como também os dados registrados durante o nosso período de estágio curricular obrigatório foram importantes na apreensão do ponto de vista desses pacientes oncológicos e a respeito do assunto. O objetivo da pesquisa é de compreender essa forma de cuidado inerente aos Cuidados Paliativos, bem como, a atuação e os desafios do Serviço Social neste campo de trabalho e possíveis estratégias nessa forma de cuidar, visto que é um tema pouco abordado. O serviço social no campo dos Cuidados Paliativos tem seu alicerce nos direitos humanos e sociais postos na Constituição Federal de 1988. No contexto dos cuidados paliativos e consequências das modificações na vida cotidiana. Em decorrência da evolução do câncer, muitos pacientes vivenciam situações de intensa vulnerabilidade. E considerando a realidade brasileira se faz necessário o aprofundamento de estudos que tratem dos Cuidados Paliativos e de finitude humana, trazendo ao debate orientações e uma atuação efetiva e crítica acerca dessa temática complexa, sensível e ainda em construção. Os Cuidados Paliativos ainda não são realizados como preconiza a legislação, mas podemos afirmar que são grandes os avanços que o Hospital Universitário-HU vem realizando pelos profissionais e particularmente pelo serviço social. Por fim, este trabalho traz dentre outras reflexões a necessidade de mais estudos acerca da temática.

Palavras-chave: Serviço Social, Cuidados Paliativos, oncologia, acolhimento.

ABSTRACT

This work, which has as its theme Social Service and Palliative Care: welcoming strategies for cancer patients, aims to understand the intervention of Social Workers in the face of Palliative Care directed to cancer patients, relating Palliative Care to the principle of human dignity, with the principle of humanization of SUS and according to the legal apparatus of the professional category. As well as identifying the possibilities and limits for the professional intervention of Social Workers in Palliative Care in oncology. And also present strategies for the professional intervention of Social Workers. And with the intention of presenting results through bibliographical and documentary research, of an exploratory nature and based on the critical historical framework. Data collection was carried out through digital sources due to the Covid-19 pandemic still in force, at first access to bibliographic sources took place via databases and scientific digital platforms in which we selected scientific articles, e-books, and TCC from area. Then a more specific digital search on academic data platforms and later by physical sources. The collection of documentary data was also complemented with data recorded in a field diary during the monitoring of professional actions by social workers in care and observation, as well as the data recorded during our mandatory curricular internship period, which were important in apprehending the point point of view of these cancer patients and about the subject.

The objective of the research is to understand this form of care inherent to Palliative Care, as well as the performance and challenges of Social Work in this field of work and possible strategies in this form of care, since it is a topic that is rarely addressed. Social work in the field of palliative care is based on human and social rights set out in the Federal Constitution of 1988. In the context of palliative care and the consequences of changes in everyday life. As a result of the evolution of cancer, many patients experience situations of intense vulnerability. And considering the Brazilian reality, it is necessary to deepen studies that deal with palliative care and human finitude, bringing to the debate guidelines and an effective and critical action on this complex, sensitive and still under construction theme. as recommended by the legislation, but we can say that the HU has been making great advances for professionals and particularly for social work. Finally, this work brings, among other reflections, the need for further studies on the subject.

Keywords: Social Work, palliative care, oncology, embracement.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
2.HISTÓRIA DA POLITICA SOCIAL NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA, CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	13
2.1 A questão de saúde no Brasil: Da prática liberal à intervenção do Estado.....	15
2.2 A Política de saúde na década de 1980: Construção do Projeto de Reforma Sanitária.....	19
2.3 A Constituição Federal de 1988.....	19
2.4 Sistemas Único de Saúde-SUS.....	19
3.CUIDADOS PALIATIVOS NA INSTITUIÇÃO.....	24
4.SERVIÇO SOCIAL, PARÂMETROS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS.....	31
4.1 Surgimento e desenvolvimento do Serviço Social.....	31
4.2 Parâmetros do Assistente Social na Política de Saúde.....	42
4.2.1.2 Ações socioassistenciais.....	43
4.2.1.3 Ações em equipe.....	43
4.2.1.4 Ações socioeducativas.....	45
5.CUIDADOS PALIATIVOS E SERVIÇO SOCIAL.....	48
5.1 Serviços Sociais nos Cuidados Paliativos.....	52
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7.REFERÊNCIAS.....	59

1. INTRODUÇÃO

Em nosso trabalho de conclusão de curso enfocamos identificar os limites, possibilidade e dificuldades de intervenção dos/as Assistentes Sociais na atuação de cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Relacionando os cuidados com o princípio da dignidade da pessoa humana, como o princípio de humanização do SUS e conforme o aparato jurídico legal da categoria profissional, tentando apresentar novas estratégias à intervenção do Serviço Social em cuidados paliativos amplo, complexo, sensível e pouco debatido.

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (2020), o Cuidado Paliativo é a abordagem que visa à promoção da qualidade de vida dos/as pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, emocionais e espirituais no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida segundo os princípios da Política Nacional de Humanização a que são: inseparabilidade entre atuação e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo aos sujeitos.

O interesse pelo tema nasceu durante o período de estágio supervisionado obrigatório, quando tivemos uma experiência riquíssima no contato com o cotidiano do trabalho do Serviço Social na Clínica oncológica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFA), que atua em conjunto numa equipe multiprofissional cujas ações destinam-se aos usuários/as oncológico, e muitos deles em cuidados paliativos.

Acerca do Momento pandêmico, logo após a conclusão do primeiro período de estágio obrigatório supervisionado I, em 14 de março de 2020, fomos surpreendidos por uma grave crise sanitária o novo coronavírus - nomeado SARS-CoV2 que assolava o mundo inteiro, causando a Pandemia de Covid-19. Os estados e municípios editam decretos relativos à suspensão de aulas e atividades comerciais, em março de 2020, o Ministério da Educação, por meio da Portaria nº 343/MEC orienta a substituição de aulas presenciais por aulas em meios digitais, enquanto perdurar a situação de pandemia. O Ministério da saúde declara Emergência Nacional de Saúde e, a partir daí, restrições de convivência social passam a ser a diretriz para organização da vida em sociedade.

Este trabalho terá o intuito de apresentar resultados através da pesquisa bibliográfica e documental, de caráter exploratório e com base no referencial histórico crítico. A coleta de dados foi realizada através de fontes digitais em virtude da pandemia de Covid-19 ainda vigente, a princípio o acesso às fontes bibliográficas ocorreu via bancos de dados e

plataformas digitais científicas nos quais selecionamos artigos científicos, e-books, e TCC da área. Em seguida uma pesquisa digital mais específica nas plataformas de dados acadêmicos e posteriormente por fontes físicas

A coleta de dados documentais foi complementada ainda com os dados registrados no diário de campo durante acompanhamento de ações profissionais de Assistentes Sociais no atendimento e a observação, como também os dados registrados durante o nosso período de estágio curricular obrigatório foram importantes na apreensão do ponto de vista desses pacientes oncológicos e a respeito do assunto. Com o objetivo de compreender essa forma de cuidado inerente aos Cuidados Paliativos, bem como, a atuação e os desafios do Serviço Social neste campo de trabalho e possíveis estratégias nessa forma de cuidar, visto que é um tema ainda pouco abordado.

O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo trata da Política Pública de Saúde no Brasil, na qual abordamos a trajetória da Política de Saúde no Brasil (BRAVO, 2001), seus antecedentes no que se refere à ação estatal até os dias atuais, discutimos as determinações sócio- históricas na década de 1930, as alterações que ocorreram com o golpe militar de 1964 com a instauração do grande capital e, na saúde, com o “privilegiamento do produtor privado”. Debates Constituição Federal promulgada em 1988, a qual foi inaugurado um novo sistema de proteção social. Também analisamos a Política de Saúde na década de 1990 tensionados por dois projetos em disputa: Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o Modelo Privatista de Saúde.

Dando prosseguimento abordamos de forma sintética o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, p.21), buscando compreender os desafios colocados na efetivação do direito a saúde, proclamado na Constituição de 1988, na perspectiva dos valores afirmados pelo projeto civilizatório do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

E ainda nessa mesma sessão abordamos a Reforma Sanitária, o Projeto de Saúde Privatista articulado ao mercado hegemônico na segunda metade da década de 1990 e a Criação do Sistema Único de Saúde (PAIVA; TEIXEIRA; 2014), onde no retorno ao estado democrático, através da nova carta constitucional de 1988, transforma a saúde em um direito individual, dando origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, e alterando de forma significativa a organização da saúde pública no país.

No Capítulo dois tem-se por objetivo refletir a atuação do/a Assistente social desvelando as singularidades e possibilidade das práticas interdisciplinares com ênfase nas ações interventivas do/a mesmo. E também apresentar o conceito de cuidados paliativos e abordar como se dá esse processo no âmbito hospitalar. E que tem como premissa prestar assistência a pessoas que são acometidas por doenças graves e/ou incuráveis, que estão em estado de progressão a uma doença que ameaça a continuidade da vida; compreendendo, sobretudo, as possibilidades e desafios nessa esfera.

A resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados, possibilita o traçado de um objetivo comum pactuado por todas as instâncias constituintes do Sistema Único de Saúde (SUS), e que apesar de ofertar os cuidados paliativos, necessitava de normativa que reconheça e organize a sua oferta. Também ressaltamos que diante da complexidade de demandas que surgem e de que o tema morte ainda é muito estigmatizado, é de suma importância um trabalho pautado na multidisciplinaridade.

No capítulo três apresentamos os Parâmetros do Serviço Social na Saúde e os cuidados paliativos especificamente, fazendo uma breve discussão sobre a concepção de saúde que a categoria profissional do serviço social defende. Analisando quais as bases do projeto de reforma sanitária, e de como se materializam no Sistema único de Saúde e também os desafios enfrentado. Salientamos o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, e discutimos o trabalho profissional do Assistente Social inserido na equipe multiprofissional.

Por fim, as reflexões finais deste trabalho almejam compreender os Cuidados Paliativos e a prática profissional do/a Assistente Social na área da saúde. Nesta perspectiva compreende-se que, os Cuidados Paliativos exige diversas abordagens durante todo o percurso do/a paciente neste sentido, às demandas são diferenciadas e específicas, ou seja, mais humanizadas. No que refere à prática profissional, o/a Assistente Social inserido/a em uma equipe multiprofissional pode intervir na garantia de direitos entre paciente, família e cuidadores/as. Deste modo, o Serviço Social precisa aprofundar os estudos referentes à área de Cuidados Paliativos, bem como, compreender as contradições que existem entre o capital/trabalho e os reflexos para a saúde, evidenciando com pesquisas, programas, projetos, ações entre outros, de modo que as políticas públicas devem estar preparadas para atender as demandas, tendo em vista o perfil dos/as pacientes oncológicos paliativos.

Com isso, requer da Profissão de Serviço Social construir aportes para as reflexões do exercício profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos, desmistificando o termo Cuidado Paliativo e defendendo a construção de políticas públicas em atenção oncológica.

2. HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA, CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

Nesta seção apresentaremos os aspectos históricos da Política de Saúde no Brasil e buscaremos compreendê-la na atualidade. Na década de 1990, salientamos as tensões e propostas entre dois grandes projetos em enfrentamento: O projeto de Reforma Sanitária - construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, como também o Projeto de Saúde Privatista articulado ao mercado hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde/leis 8.080 e 8.142/90, na política de saúde no Brasil na década de 1990, passou por momentos distintos em relação à Reforma Sanitária. Num primeiro momento, as proposições em saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora neoliberal e, num segundo momento, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contrarreforma na saúde.

2.1 A questão de Saúde no Brasil: da prática liberal à intervenção do Estado.

A questão de saúde no Brasil caracteriza-se nos séculos XVIII, XIX e início do século XX, considerada como antecedentes da ação estatal, que abrange o período de 1930 a 1964. No que Brasil, a intervenção estatal só ocorre no século XX, mais efetivamente na década de 1930. (BRAVO,p.2). No século XVII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicações na nascente movimento operário, surgindo iniciativas

de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir dos anos de 1930. (BRAVO, p.2)

Conforme Braga (BRAGA E PAULA, 1985: p. 41-42) a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, reflexo do avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Diversas tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da união de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1920. (BRAVO, p.3)

Os trabalhadores vinculados aos setores urbanos do complexo exportador foram os mais combatidos politicamente e os primeiros a lutarem pela organização das caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. E os demais só conseguiram após 1930.

A política de saúde formulada no período de 1930 a 1964, através da intervenção do Estado, era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente para a do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá superar o de saúde, no período de 1930 a 1940, foram segundo Braga e Paula (1986 p. 53-55).

Posteriormente ocorreu a organização do Departamento Nacional de Saúde da população, no período de 1945 a 1964, ainda com algumas variações identificadas principalmente nos anos 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias, contudo, não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade, mortalidade infantil, como também a mortalidade em geral.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já esta sinalizada a partir de 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização da política de saúde.

Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros surgem como minoritários e pouco expressivos no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país em 1964. (BRAVO, p.6).

Ainda segundo BRAVO (2001) a Política de Saúde na ditadura militar como modelo de privilégio do produtor privado significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou nosso país. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, ao contrário, foram aprofundados, tornando-se mais complexo e com uma dimensão ampla e dramática.

Em face da “questão social” no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, minimizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

A medicalização da vida social imposta, tanto na saúde pública quanto na Previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor em 1966.

A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares. (BRAVO, p. 7-8)

A Política Nacional de Saúde enfrentou permanentemente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, p.8)

2.2 A Política de Saúde na década de 1980: construção do Projeto de Reforma Sanitária.

Em 1980, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, também experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As problemáticas com a transição democrática ocorreram principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população. (BRAVO, p.8)

A saúde nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para o amplo debate que permeou a sociedade civil. (BRAVO, p.8)

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 de 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 estaduais e municipais, o financiamento efetivo e a democratização do poder local (participação popular nas políticas sociais) através de novos mecanismos de gestão- os conselhos de saúde.(BRAVO, p.9)

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O tema central foi: I a saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania; II Reforma do Sistema Nacional de Saúde; III financiamento setorial. A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1989:50-53), a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

Nesse contexto, de acordo Bravo (2001), O projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 1990 o projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, criado desde a década de 1980 e com o projeto da reforma sanitária.

A partir do exposto, segundo PAIM (2008), identificou-se, ainda em 1990, que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social. O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao/á assistente social, entre outras demandas: seleção

socioeconômica dos usuários/as, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos/as usuários/as dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o/a Assistente Social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas como o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, e alcançar visibilidade necessária para a inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nessa direção.

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação a implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso; a ineficácia do setor público; as tensões com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a organização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor a partir de 1988.(BRAVO, p.12)

A burocratização da Reforma sanitária, segundo Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da Reforma tem dois elementos em tensão: o reformador-imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário- que é a questão sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990. (BRAVO, p.12-13)

Nos anos de 1990, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, e a consolidação do projeto de saúde voltado pelo mercado, influenciado pela política de ajuste Neoliberal. Neste contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A reforma constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não da seguridade, o governo Bresser teve como intenção desmontar a proposta de seguridade social contida na

Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro. (BRAVO, p.13)

A reforma do Estado ou contra-reforma é outra estratégia e parte do pressuposto de que Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença o setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente.(BRAVO,p.13) O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado (Pereira, 1995).

A reforma do Estado segundo Bresser (1997) foi um processo histórico cuja dimensão foi proporcional à da sua crise. Iniciou-se nos anos 1970, explodiu nos anos 80, levou ao ressurgimento do liberalismo, e a uma crítica profunda das formas de intervenção ou de regulação do Estado por parte de alguns grandes intelectuais e de uns poucos políticos neoliberais. Poucos porque os políticos são mais realistas do que os intelectuais. E foi precisamente esse realismo dos políticos e mais amplamente das classes dirigentes a nível mundial que os levou nos anos 1990, a abandonar a idéia do Estado mínimo e a concentrar sua atenção na reforma do Estado.

Segundo o pensamento de Bresser (1997) a reforma do Estado nos anos 1990 é uma reforma que pressupõe cidadãos e para eles está voltada. Cidadãos menos protegidos ou tutelados pelo Estado, porém mais livres, na medida em que o Estado que reduz sua face paternalista, torna-se ele próprio competitivo, e, assim, requer cidadãos mais maduros politicamente. Esta reforma em curso não parte da premissa burocrática de um Estado isolado da sociedade, agindo somente de acordo com a técnica de seus quadros burocráticos, nem da premissa neoliberal de um Estado também sem sociedade, em que indivíduos isolados tomam decisões no mercado econômico e no mercado político. Por isso ela exige a participação ativa dos cidadãos, pois o novo Estado que está surgindo não será indiferente ou superior à sociedade, pelo contrário, estará institucionalizando mecanismos que permitam uma participação cada vez maior dos cidadãos.

O referido plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (PEREIRA, 1995).

No próximo item abordaremos a Constituição Federal de 1988, o que ela representa juridicamente, os seus principais aspectos aprovados com relação à saúde, e os avanços sociais.

2.3 A Constituição Federal de 1988

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços sociais acumulados secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar o serviço público pelas classes dominantes.

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Para Teixeira (1989:50-51), os principais aspectos aprovados na nova constituição foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/não rural;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder públicos sua regulamentação, fiscalização e controle;
- A constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierárquica, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deve ser complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada a subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades prestadoras de serviço serão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

A partir da Constituição Federal de 1988, marco do processo de redemocratização, também foram ampliados os direitos e as garantias individuais. No próximo tópico

mostraremos os avanços obtidos na área da saúde e como esses avanços representaram grandes conquistas para a sociedade brasileira.

2.4 Sistemas Único de Saúde - SUS

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

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

Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988)

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltada para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das “diretas já”, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Algumas destas concepções serão expostas a seguir.

Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente:

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

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência;
- PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA- consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando a saúde do trabalhador; participar na formulação da política e na execução de ações

de saneamento básico; participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente; formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

Quando falamos sobre saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS é o que temos de melhor, reconhecido mundialmente. É a atuação do SUS na a pandemia de Covid-19 se tornou bastante relevante. O SUS enquanto sistema de saúde universal garante a distribuição de medicamentos para doenças crônicas e graves, como também tem definido um calendário nacional de vacinação que protege crianças, adolescentes, adultos e idosos/as de inúmeras doenças evitando a proliferação de pandemias. O SUS é o grande responsável pela atenção básica á saúde e mais uma infinidade de atendimentos relacionados à binomia Saúde-doença os quais trataremos aqui.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Para que isto ocorra é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilização do sistema.

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs que regulamentaram a aplicação desta lei. NOB é a abreviatura de Norma Operacional Básica, que trata da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, e que serão mencionadas em outras partes deste texto. O SUS ao longo da sua

existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez e desfinanciamento.

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Com relação ao Sistema Único de Saúde- SUS, apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. Algumas questões comprometem a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

De acordo com Correia e Bravo (2012), a questão da saúde no Brasil é atravessada por uma tensão histórica: saúde como bem público e saúde como mercadoria, como fonte de lucro, tendência hegemônica, visto que existe uma crescente alocação do fundo público da saúde no setor privado. O projeto do capital (setor privado), que concebe a saúde como mercadoria, tem atacado seu caráter universal, defendendo a focalização da assistência, a precarização do trabalho e dos serviços e sua privatização, impedindo a concretização desse sistema público na sua plenitude e desmontando o SUS por dentro dele mesmo.

Outro aspecto a ser considerado refere-se à remuneração por produção, denunciada a 20 anos como “fator incontrolável de corrupção”. Constata-se que além de gastar mal também se gasta pouco em saúde, comparado com os parâmetros internacionais.

Neste quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de

saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999).

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências à contenção de gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1996).

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no Projeto de Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico.

Vale ressaltar que o Brasil tem o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo, 95% das cirurgias são realizadas pelo Sistema Único de Saúde. Contudo, o esse sistema não é só maravilhas. Ele é desigual, há muita demora na implantação de novas tecnologias. Mas é imprescindível ficar atento a novos decretos que nas entrelinhas podem de alguma forma acabar com o que está disponível. Os últimos anos foram inesperados e trágicos em virtude da Pandemia de Covid19, mas também nos fez valorizar mais a nossa saúde e também o acesso a ela. Não podemos perder de vista, o que já foi conquistado até hoje. O Sistema Único de Saúde – SUS é nosso, é do povo e é preciso mantê-lo vivo.

No capítulo seguinte, iremos abordar o conceito dos Cuidados Paliativos, como se apresenta e se dá o esse processo nas instituições, e a importância de se discutir o tema propondo e identificando os limites e desafios que se apresentam diante das demandas, e em especial as/os pacientes oncológicos.

3. Cuidados Paliativos na Instituição-HUPAA

Nesta seção, se tem por objetivo apresentar o conceito de cuidados paliativos e abordar como se dá esse processo, a partir de nossa observação no campo de estágio HUPAA

e em seguida relacionar a esses cuidados no ambiente hospitalar direcionados a pacientes oncológicos.

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)

O Cuidado Paliativo tem como premissa prestar assistência a pessoas que são acometidas por doenças graves e incuráveis, que se encontra em estado de progressão e essa doença ameaça a continuação da vida. O cuidado paliativo tem essa função porque os/as profissionais dessa área irão cuidar do estado de sofrimento que essa doença está causando. Existem as áreas da medicina que cuidam da saúde, já nos cuidados paliativos cuida-se do sofrimento quando se fica doente se tem o sofrimento físico, emocional, familiar, social e o sofrimento espiritual. Diante de uma doença grave como o câncer necessariamente passa pela mente desse paciente, ponderar sobre o final de sua vida, de qual o sentido de tudo isso, etc. E muitas vezes ela não tem com quem compartilhar esse dilema, não tem com quem cuidar nesse momento, não somente da doença, embora o objetivo seja de cura da doença e/ou controle da mesma.

Cada um tem seu modo de manifestar a doença, são manifestações únicas, e o cuidado paliativo busca fornecer o controle desse sofrimento, promovendo uma melhor qualidade de vida para esses pacientes, junto com mais tempo em alguns casos. Portanto, a instituição mesmo sendo composta por profissionais qualificados para esse tipo de assistência, a constituição de uma equipe especializada proporciona melhores resultados e ajuda a perceber o sujeito em sua integralidade.

O reconhecimento de que o cuidado adequado requer entendimento do homem como ser integral, cujas demandas são diferenciadas, específicas, e que podem e devem ser abordadas conjuntamente, oferece às diferentes áreas do conhecimento a oportunidade e a necessidade de se perceberem incompletas (ANDRADE, 2012)

É importante salientar a importância de se discutir o tema e de se propor a qualidade das equipes multidisciplinares para identificar os limites e dificuldades de lidar com o processo de finitude da vida. A morte é um evento natural da vida que exige dos profissionais em saúde o preparo específico para atender as necessidades dos sujeitos envolvidos de forma integral e humanizada. Conseqüentemente fica evidente que a integralidade não se encerra numa profissão

ou um serviço, ela compreende as práticas profissionais interdisciplinares que articula no campo de promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições (CARDOSO, 2013; NOGUEIRA E MIOTO, 2006).

O Ministério da Saúde compreende os cuidados paliativos como 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 de prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação impecável e do tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018).

A resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados, possibilita o traçado de um objetivo comum pactuado por todas as instâncias constituintes do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ofertar os cuidados paliativos, necessitava de normativa que reconhecesse e organizasse a sua oferta.

O Cuidado Paliativo se propõe em cuidar de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais que interferem na qualidade de vida de um indivíduo portador de doença ameaçadora de morte.

O Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), trabalha com a política de Saúde seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, devendo como princípio fornecer saúde pública, gratuita e de qualidade, a partir de um conceito ampliado de saúde, com base na Lei nº 8.080 90 e Lei nº 8.142 90. Em de 2014 o reitor da Universidade Federal do Alagoas (UFAL), e o presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), assinaram contrato para parceria na administração do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). O ato aconteceu na sede da EBSERH, em Brasília, e contou com a presença do reitor da Universidade Federal do Maranhã, e passando a administrar o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes HUPAA. A ação foi executada de forma conjunta entre a universidade e a empresa. Prevendo a adoção de medidas para a recuperação da infraestrutura física e tecnológica da instituição.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação, criada em 2011 com a finalidade de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais. Atualmente, possui contrato de parceria com 23 das 47 unidades existentes no país. Desde a sua criação, coordena o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf). A mesma é um órgão de apoio

acadêmico da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e desenvolve ações abrangendo as áreas de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Por ser um hospital-escola, têm como atividade primordial a formação e capacitação de recursos humanos aliada a uma assistência integral em saúde, fatores, fatores que vem contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Alagoas. Assim, o HUPAA tem como Missão ser “[...] um Hospital Universitário que se propõe a formar profissionais em saúde, num contexto acadêmico de ensino, produção do conhecimento e assistência, com ênfase em excelência, humanização e compromisso social” (EBSERH, MEC)

Quanto à estrutura e financiamento, o Hospital Universitário-HU é um órgão suplementar da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, que mantém uma relação funcional com o Centro de Ciências da Saúde - CSAU, com ações que abrangem as áreas de ensino, pesquisa e assistência não só à comunidade assistida pelo SUS em Maceió, mas também à pacientes das cidades do interior de Alagoas, sendo por isso, um hospital de referência no Estado.

O corpo funcional do Hospital Universitário-HU é formado por excelentes profissionais do Estado, visando um maior crescimento e desenvolvimento da saúde em Alagoas. Sua força de trabalho é composta de equipes multiprofissionais dos níveis superior, intermediário e de apoio.

Em todos os níveis, no âmbito do HU, tem se desenvolvido a sua real vocação para a assistência de referência, principalmente nas seguintes áreas: atendimento à Gestante de Alto Risco, Unidade de Terapia Intensiva - UTI - Adulta, Unidade de Terapia Intensiva - UTI - Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, Banco de Leite Humano, Hospital-dia – AIDS, Cirurgias por vídeo, Quimioterapia, Gastroplastia, Neurocirurgia e mais recentemente, o Centro de Oncologia (Cacon).

Além de o HUPAA receber os/as alunos/as de graduação dos diferentes cursos da UFAL, que são supervisionados pela Direção de Ensino, que trabalhando com as chefias de Departamentos, Coordenadores de Cursos e Representação Estudantil têm gerado inúmeros benefícios acadêmicos e especialmente sociais, também oferece cursos de pós-graduação. Os Departamentos de Enfermagem e de Clínica Médica oferecem cursos de Enfermagem e Obstetrícia e Dermatologia em nível de pós-graduação stricto sensu, envolvendo 15 (quinze) e 4 (quatro) alunos/as, respectivamente. O programa de Residência Médica do HUPAA, implantado em 1989, e atualmente com 49 bolsas, tem realizado ações desenvolvidas pelos

médicos residentes, que correspondem à prestação de serviço médico à comunidade e ao treinamento prático, supervisionado, visando à formação de profissionais para o exercício da medicina e a residência Multiprofissional.

O Departamento de Tocoginecologia e Pediatria oferecem o Curso de Mestrado em Saúde da Criança, que funciona nas dependências do HUPAA. As atividades de pesquisa realizadas no Hospital também são realizadas com frequência. Inúmeras atividades são incentivadas e outras criadas com o objetivo de propiciar uma crescente profissionalização das atividades de pesquisa desenvolvidas na instituição.

O diretor Dr. Paulo Teixeira inaugurou o Memorial HU, espaço que se propõe a contar a história do hospital fazendo um paralelo com as evoluções médicas e acontecimentos mundiais. Pioneiro no Estado, o projeto chega como um aliado a propagação da educação e da cultura em Alagoas através da interatividade e modernidade. Atualmente, o HUPAA é referência no Estado na prestação do Serviço Único de Saúde (SUS).

O Público alvo atendido pela instituição são pacientes em atendimento/consultados no Hospital que são aqueles que já se consultaram pelo menos uma vez dentro das dependências do HUPAA-UFAL. Estes pacientes recebem o cartão de identificação do hospital com número do prontuário para utilizar os serviços ofertados pelo HUPAA-UFAL; Pacientes externos que são aqueles que chegam ao HUPAA-UFAL com guia de encaminhamento médico de outros Centros/Postos de Saúde para realização de exames no hospital; Usuários SUS que agendam consulta ou exame para fora das dependências do HUPAA-UFAL via sistema de regulação; Comunidade Acadêmica com atividades no HUPAA-UFAL: docentes, discentes e pesquisadores; Profissionais que atuam no HUPAA-UFAL; Cidadãos em geral.

O HUPAA também dispõe de atividades, programas, planos, projetos e serviços implementados pela instituição como o Banco de Leite Humano, Banco de Sangue, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Programa de Controle da Tuberculose – hospital / sistema prisional, Programa de controle e prevenção do tabagismo, Programa de Hanseníase, Programa de Infusões Biológicas, Programa de tratamento de AIDS, hepatites virais e DST's, Serviço de doenças pulmonares crônicas, Serviço Social, Tratamento integral em oftalmologia, banco de olhos, transplante de córnea, Tratamento Multidisciplinar da Obesidade Mórbida, Tratamento para Epilepsia e Vacinação.

A intervenção do Serviço Social na Instituição se dá através de informações seguras aos/as usuários/as sempre levando em consideração os determinantes e condicionantes da política de saúde, permitindo acesso aos direitos de acordo com os parâmetros para a atuação na política de saúde. Cada setor tem sua unidade de Serviço Social. E os/as Assistentes Sociais atuam em diferentes setores: Plantão social, Unidade de Infectologia, Unidade bariátrica, CACON, Maternidade e Pediatria, Clínica médica e Cirúrgica. Têm por objetivo oferecer assistência às demandas dos/as usuários/as, defendendo seus interesses, promovendo orientações socioassistenciais e socioeducativas, ações coletivas com a residência e outros profissionais, e também tem participação na gestão de e na comissão de humanização de forma interdisciplinar. Desenvolve ainda junto a outras equipes profissionais ações que possibilitam o acesso a saúde enquanto direito do/a usuário/a e dever do estado. Conta com o apoio das Residentes de Serviço Social.

Algumas Assistentes Sociais atuam como preceptoras no programa de Residência Multidisciplinar de Saúde do Adulto e Idoso, o qual desenvolve um trabalho multidisciplinar com as áreas profissionais de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, nutrição e Farmácia.

O ano de 2017 é um marco em relação aos Cuidados Paliativos, visto que o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL) institui uma comissão de cuidados paliativos, a qual desenvolve um acompanhamento aos/às pacientes do centro de oncologia desta instituição que assim necessitem. São realizadas atividades de assistência na área ambulatorial, internamento e domiciliar, bem como reuniões semanais com intuito de traçar estratégias direcionadas para cada paciente e capacitação do corpo técnico. Infelizmente as atividades dessa comissão ainda se resumem aos pacientes oncológicos e não é abrangente a todos/as que dela necessitem no hospital.

Para Matsumoto (2012) o Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios, sendo Estes: a) Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; b) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal a vida; c) não acelerar nem adiar a morte; d) Integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente; e) oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; g) abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento do luto; h) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas

estressantes. Durante nosso estágio supervisionado podemos observar através do acompanhamento com a/o Assistente Social alguns desses procedimentos.

O Cuidado Paliativo constitui-se como uma dimensão do cuidado em saúde e, assegura esse tipo de atenção ao/a usuário/a, e proporciona uma assistência qualificada em todo processo terapêutico- seja este cuidado prestado no domicílio ou no ambiente hospitalar. No entanto, condições habitacionais e inexistência de rede de apoio familiar e/ou social fazem com que aproximadamente 70% dos óbitos ocorram em hospitais (CARDOSO, 2013). Assim, percebemos os inúmeros desafios que ainda o HUPAA, a equipe multiprofissional e especialmente o serviço social tem pela frente para conseguir implementar os princípios dos cuidados paliativos em todo o hospital e com todos/as os/as pacientes que dele necessite.

Neste sentido, abordaremos a seguir os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na saúde”, com o objetivo de entender o papel de nossa profissão, reconhecendo as demandas profissionais, as demandas institucionais e como elas se relacionam num processo complexo e contraditório do cotidiano profissional no HUPAA. É através das requisições dos/as usuárias/os ou dos empregadores/as a partir da atenção básica, média e alta complexidade que o trabalho do assistente social torna concreto.

Também abordaremos o surgimento e desenvolvimento do Serviço Social, e a importância da ação profissional na área da Saúde. Quais as bases para sua formação, suas principais tendências e também as transformações e avanços sofridos ao longo dos anos.

4. SERVIÇO SOCIAL, PARÂMETROS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E CUIDADOS PALITIVOS.

Nesta seção a partir de fontes bibliográficas coletadas apresentaremos um panorama do Serviço Social a partir das influências sócio- históricas da época, sua relação com a reforma sanitária, os Parâmetros para a Atuação do/as Assistentes Sociais na área da Saúde e a atuação do Serviço Social junto a pacientes em cuidados paliativos oncológicos.

Sistematizando a concepção de saúde que a categoria profissional defende. Quais as bases do projeto de Reforma sanitária como essas bases se materializam constitucionalmente no SUS e os desafios para materializar essa concepção de saúde defendida pelo Projeto de

Reforma Sanitária. Por fim, analisaremos como essas diferentes concepções de saúde repercutem nas demandas postas para o Serviço social.

4.1 Surgimento e desenvolvimento do Serviço Social

O surgimento e desenvolvimento do Serviço Social no período de 1930 e 1964, como também sua ação profissional na área da saúde, mostram evidências significativas para analisar a atuação do/a assistente social na contemporaneidade.

A profissão surge no Brasil, na conjuntura de 1930-1945, como forma de responder as demandas das refrações da questão social¹. Com influência europeia e apesar de algumas escolas terem surgido pela demanda na área da saúde, não foi que concentrou o maior quantitativo de profissionais. A formação profissional se pautou desde no início em algumas disciplinas relacionadas à saúde. Entretanto sua expansão ocorre a partir de 1945, - o que as/os autores/as denominam de Profissionalização do serviço social -, para atender as exigências/necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil, em função da 2ª Guerra Mundial e as mudanças internacionais que ocorreram. Neste período, a ação profissional em saúde se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os/as Assistentes Sociais. A influência norte - americana, substitui a europeia. O marco dessa mudança acontece no Congresso Interamericano do Serviço Social em 1941. Os/as Assistentes Sociais passaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização, assim na ação profissional, o julgamento moral com a relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico.

Em 1948, surge um “novo” conceito de saúde, com foco nos aspectos biopsicossociais, determinado a requisição de outros profissionais, entre eles o/a Assistente Social, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população principalmente a periférica, este conceito surge de organismos internacionais e há diversos desdobramentos, dando ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar, o que permite suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; também permitiu ampliar a abordagem em

¹ Questão social entendida como contradição, exploração, acumulação e luta de classe que tem sua origem no interior da sociedade capitalista brasileira. Fruto da relação de exploração pelo capital, como também fruto das lutas e resistências da classe trabalhadora. (IAMAMOTO, 2021)

saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criaram-se programas prioritários com segmentos da população dados a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

O/A Assistente Social passa a exercer um trabalho educativo intervindo no modo de vida da “clientela”, no que se refere aos hábitos de higiene e saúde, atuando em programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

A Política Nacional de Saúde se consolidou no país com a ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, que por não ser universal, acaba por gerar contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo.

O/A Assistente Social coloca-se entre a instituição de saúde e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços, benefícios e orientação previdenciária.

Os beneficiários/as passam a custear total ou parcialmente os seus próprios benefícios. Nesta lógica, não há componente distributivista, mas existe a preocupação de favorecer o capital. O que passa a reger os programas assistenciais é o salário social direto, que incorpora o salário a vários serviços que a “coletividade paga” do/a trabalhador/a, visando futuramente sua utilização. O piso salarial é rebaixado à medida que engloba os demais benefícios e o/a trabalhador/a paga serviços pelas deduções salariais diretas, pela elevação do custo de vida, com a contribuição dos empregadores transferida para os preços dos produtos e através dos impostos e taxas recolhidas pelo poder público (IAMAMOTO e CARVALHO, 1982).

Com o Surgimento da “medicina Integral” a “medicina preventiva” em 1950 principalmente nos Estados Unidos, e na década de 1960 a “medicina comunitária”, não tiveram repercussão no trabalho dos/as Assistentes Sociais na saúde no Brasil, eles se mantiveram nos hospitais e ambulatórios. Os centros de saúde contavam para o seu desenvolvimento com médicos, enfermeiros e visitadoras. Os/As Assistentes Sociais só foram absolvidos neste espaço a partir de 1975.

Uma ação que se considera importante para o/a Assistente Social é a viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde. Entretanto, essa atividade só teve maior repercussão na profissão nos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade (DC). O serviço social médico, como era chamado, não atuava com procedimentos e técnicas do DC e sim, com o serviço social de casos. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento”. No pós 1964, o serviço social sofre profundas transformações no trabalho do/a Assistente Social na área da saúde. A profissão no

seu desenvolvimento até os anos 1960, não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional. Alguns Assistentes Sociais com posições progressistas questionavam a direção do serviço social, mas não tiveram condição de alterá-la. Nos anos 1960, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão questionando o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com o respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sócios- políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado (BRAVO, 1996).

Com a modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do serviço social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivada pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalização democrática.

Netto (1996) aponta que o principal veículo responsável pela elaboração teórica do serviço social no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviço Social (CBCISS). Este difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelo processo sócio-político emergentes no pós- 1964– a autocracia burguesa ou ditadura civil-militar.

O Núcleo central dessa perspectiva foi o serviço social como integrador no processo de desenvolvimento, com aportes extraídos do estrutural- funcionalismo norte- americano, sem questionar a ordem sócio-político e sim, com a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica- metodológica “moderna”, mas que conservava as mesmas bases do tradicionalismo.

O serviço social na saúde vai receber 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. E se enfatizou as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com a ditadura civil-militar - o modelo político- econômico implantado no país. (BRAVO, 1996).

Na distensão política, 1974-1979, o serviço social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do

aprofundamento teórico dos/as docentes e do movimento geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção. Ressalta-se como exceção á essa tendência um artigo publicado na Revista Serviço Social e Sociedade, por Nicolletti (1979), que enfoca a planificação em saúde e a participação comunitária, abordando questões presentes no debate do movimento sanitário.

Na década de 1980, houve um aprofundamento da crise econômica no Brasil, um período de grande mobilização política que se evidenciou na ditadura civil-militar, ocasionando um movimento significativo na saúde coletiva que também ocorre no serviço social, ampliando um debate teórico incorporando algumas temáticas, fundamentadas no Marxismo, como estado e as políticas sociais.

Em relação ao modelo de proteção social, a constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, a qual a saúde em conjunto com a assistência social e previdência social integra a seguridade social.

É evidente que esta conquista não foi uma dádiva, na medida em que processos constituintes foram avançando foi visível à polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: Um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (Internacionais) que defendia a privatização dos serviços de saúde; e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da reforma sanitária, e pode ser resumida como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se a eficácia da Plenária; via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e a mobilização da sociedade, e a Emenda popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (TEIXEIRA, 1989; BRAVO, 1996).

Diante dessa conjuntura de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira. O serviço social por outro lado passa por um processo de negação do serviço social tradicional, e com isso uma disputa intensa por uma nova direção a ser dada pela profissão.

O processo de renovação do serviço social no Brasil está articulado às questões impostas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi

realizado um nexos direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na análise de Bravo (1996), esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. Entretanto, é importante identificar como se deu a relação do serviço social com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980.

É impossível falar do serviço social sem se referenciar aos anos 1980. Esta década é fundamental para o entendimento da profissão hoje, pois significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia, no exercício e nas entidades representativas da categoria: a Intenção de ruptura inaugura uma nova lógica dentro da profissão trazendo a perspectiva marxista, a qual realiza uma interlocução com a realidade através da sua teoria social que tem por base a totalidade, as mediações e as contradições.

No entanto, os profissionais defensores dessa vertente em sua maioria estavam inseridos nas universidades, deixando uma lacuna em que esta perspectiva pouco conseguiu atingir os serviços (ou seja, pouco chegou aos profissionais de base) (NETTO, 1993 e BRAVO, 1996).

O serviço social cresce na fundamentação e consolidação teórica mais crítica, porém poucas mudanças se apresentaram no processo de intervenção profissional, pois para se avançar atualmente na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 1980, priorizando a intervenção, trazendo a vertente de intenção de ruptura para o cotidiano, rebatendo a atuação do serviço social na área da saúde - o maior campo de trabalho.

Os avanços apontados são considerados insuficientes, uma vez que o serviço social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com poucas alterações no cotidiano institucional da profissão. Ou seja, continua enquanto uma categoria desarticulada do movimento de reforma sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da reforma sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática da saúde” (BRAVO, 1996).

Para analisar o serviço social nos anos 1990, se faz necessário ter em mente ser este período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, do qual o governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementá-lo.

O projeto político econômico consolidado no Brasil nos anos 1990, o denominado projeto neoliberal confronta-se com o projeto profissional hegemônico no serviço social, desde a década de 1980 e frontalmente com o projeto da reforma sanitária.

A partir do exposto, identificaram-se já nos anos 1990, que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária apresentaram diferentes requisições, bem como diferentes direções políticas para o serviço social (BRAVO, 1998).

O projeto privatista requisitou e vem requisitando, a/o Assistente Social entre outras demandas: seleção socioeconômica dos/as usuários/as, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos/às usuários/as dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Por outro lado, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o/a Assistente Social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. O que delinea outra perspectiva ético-política para a profissão.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é a entidade nacional de representação dessa categoria. E um dos eixos de sua frente foi “trabalho, direito e democracia: a resistência do neoliberalismo”, a qual reafirma a defesa das políticas públicas, sendo o compromisso com a seguridade social pública uma estratégia central. Entretanto, essa luta, precisa acontecer em articulação com outros/as trabalhadores/as, onde os espaços de controle social são fundamentais.

O CFESS na área da saúde, tal qual em áreas das políticas sociais públicas, possui como estratégia o fortalecimento da política pública, na perspectiva da democratização do Estado e da sociedade brasileira. Bem como a defesa intransigente do controle social, imprescindível para assegurar a qualidade dos serviços.

Produções do serviço social sobre a área de saúde visam compreender de que maneira o serviço social vem buscando conhecimento e estratégias sobre a área da saúde, a partir de três dimensões da profissão: No aspecto acadêmico temos as produções de Matos (2000), no aspecto político a produção de Souza (2001), e no aspecto do trabalho as pesquisas de Vasconcellos (1999) e de Costa (1998).

Observa-se nessas produções que o desafio comum entre os/as autores/as é a necessidade de se consolidar a ruptura com o serviço social tradicional. Para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, o qual alicerçou a construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços e cotidiano do exercício do/a Assistente Social.

Ao analisarmos a trajetória do serviço social na área da saúde e, principalmente nos anos de 1990, se identifica alguns desafios que ainda estão postos na atualidade. Vale salientar que no programa de governo do Ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva² em 2002, a saúde é entendida como um direito fundamental, e há um compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Contudo, o ministério da saúde, apontou como principais desafios: a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde cm base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão- atenção; controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica.

Pós- governo Lula, se percebe que as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Na atualidade, os dois projetos existentes na saúde, ainda estão em disputa. O projeto da reforma sanitária e o projeto privatista.

Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência e intenção de ruptura e, não foi por acaso, o serviço social é uma profissão, já em sua maioria intelectual, é também nessa mesma década que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. A crítica à tendência de intenção de ruptura não se apresenta como antimarxista e sim afirmando que o Marxismo não representa respostas para o conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade. Para Netto (1996a), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição Marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas dessa tradição no âmbito do serviço social.

Na saúde, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso entre o estudo teórico e a intervenção pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo na suposta necessidade da construção de um saber

² Atual presidente do Brasil reeleito em 2022 em seu terceiro mandato. O primeiro mandato foi de 2003 até 2006; o segundo de 2007 até 2010; e o terceiro e atual mandato que iniciou este ano de 2023 e vai até 2026.

específico na área da saúde, que caminhe tanto para a negação da formação original do serviço social ou deslança para um trato exclusivo de estudo na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Cabe aqui, tratar três importantes tendências, a primeira é que se constata que alguns profissionais ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificam como assistentes sociais, se auto-representando com sanitaristas. A segunda tendência na atualidade é a de se resgatar no exercício profissional, a intervenção no âmbito das tensões, produzidas subjetivamente pelos sujeitos, denominado como **serviço social clínico**. E por fim, a terceira tendência, de forma gradativa o discurso da necessidade da criação de entidades, fóruns, capacitação e debates, dedicados a produção do conhecimento sobre o serviço social em diferentes áreas de especialização da prática médica.

Cabe ressaltar que o problema não está no fato dos/as profissionais de serviço social buscar conhecimento na área da saúde, e sim, quando este profissional passa exercer atividades que não são de sua competência. Assim, de forma impensada o/a profissional reforça a concepção de que fazer social é exercer um conjunto de tarefas/ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho em saúde. Este consiste apenas na ação direta com os/as usuários/as, o que Netto (1990) denomina de execução terminal das políticas sociais. As novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996), na maioria das vezes não são consideradas nem materializadas.

Outro ponto é a tentativa e obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois a questão não está na busca das teorias, mas sim quando ele se distancia no cotidiano de seu trabalho profissional, que na área de saúde passa pela compreensão dos aspectos socioeconômicos e culturais que interferem diretamente no processo saúde/doença e a busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões. O trabalho do/a assistente social não se reduz exclusivamente nas subjetividades dos/as usuários/as e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre trabalho desenvolvido pelos/as Assistentes Sociais em diferentes especialidades da medicina. Esta perspectiva reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas fragmenta a ação do/a Assistente social na saúde, e que tem se colocado pelas demais profissionais de saúde como necessária sua superação.

Diversos profissionais com base em suas diretrizes ressaltam a importância de formar trabalhadores/as de saúde com visão generalista e não fragmentada. O eixo central do/a Assistente Social na saúde, deve ter a busca criativa e incessante dos conhecimentos e das requisições às incorporando à profissão e em articulação aos princípios dos projetos de reforma sanitária e ético-política do serviço social. E é somente com referência nestes dois projetos que se poderá compreender se o/a profissional está efetivamente atendendo as demandas dos/as usuários/as e respondendo de forma qualificada as necessidades apresentadas por eles/as.

Cabe ao serviço social, articulado com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que trabalho do/a Assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003). Considerando que o Código de Ética do Assistente Social na saúde. Destaca-se entre seus onze (11) princípios fundamentais:

- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- 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;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios desse código e com a luta dos trabalhadores.

Refletir acerca da atuação crítica e competente na área de saúde é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de reforma sanitária;

- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigação sobre temáticas relacionadas à saúde.

Enfim, a construção de um projeto democrático, não é papel apenas de uma categoria profissional, como também não se pode paralisar frente aos desafios e obstáculos presentes na atualidade, considerando pequenas mais importantes possibilidades, atividades e estratégias que podem ser desenvolvida pelos/as profissionais de serviço social. Que cotidianamente são desafiados a reafirmar a defesa da democracia e de políticas públicas, juntamente com outros sujeitos que partilhem destes princípios, frente ao projeto neoliberal.

4.2 Parâmetros dos assistentes sociais na política de saúde

O documento parâmetros para a atuação dos/as assistentes sociais na saúde, e tem como finalidade referenciar a intervenção dos/as profissionais do serviço social na área da saúde. Com o intuito de responder e orientar a categoria acerca das demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e aquelas que são requisitadas pelos/as usuários/as e/ou empregadores/as desses profissionais no setor saúde. Neste sentido, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, e de média e alta complexidade.

Com o intuito de explicitar os parâmetros de atuação profissional no âmbito da saúde, o CFESS (2010) se apropria das definições de Miotto (2006). Para explicitar os Parâmetros de atuação profissional na saúde, é importante caracterizar o entendimento da ação profissional que, segundo Miotto (2006) *apud* Miotto; Nogueira, (2006), se estrutura sustentadas no conhecimento da realidade dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teóricos metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnicos operativos.

É um produto de um grupo de pesquisa instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), cujo nome é “serviço social na saúde”, sendo esse instituído em 2008 e incorporado às discussões do CFESS e dos Conselhos Regionais do Serviço social (CRESS), com o intuito de compreender o papel intervencionista do Assistente Social no setor saúde.

De acordo com CFESS (2010), para que a versão preliminar do documento fosse publicada, foram necessárias as realizações de 52 debates pelo país, espalhados por todas as regiões, bem como consultas às diversas publicações do CFESS e CRESS, abordando as atribuições e competências dos Assistentes Sociais, além do documento do Ministério da Saúde, que a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, que entrou em vigor no dia 6 de março de 1997, passa a considerar o Assistente Social como profissional da saúde, podendo intervir, dentro de suas atribuições, na mesma.

O texto publicado pelo CFESS (2010) reitera que no decorrer se faz importante ressaltar as necessidades de se discutir os parâmetros de atuação dos/as Assistentes Sociais na área de saúde, baseados nos seguintes eixos:

a) o subsídio às lutas pela ampliação da presença desses profissionais nas instituições responsáveis pelas políticas; b) a qualificação do atendimento oferecido à população e as condições de trabalho do assistente social; c) a viabilização, a construção e a oferta de novas políticas determinadas pela conjuntura; d) as referências já existentes nas diretrizes e leis nacionais; e) a superação da lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais CFESS (2010).

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, trazidos pelo CFESS (2010) tem enfoque principal nas expressões da questão social ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e recuperação” (CF, 1988, Art.196). Além de como fatores determinantes e condicionantes da saúde, a alimentação, o saneamento básico, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Para Iamamoto (1982 *apud*. CFESS, 2010), as expressões de questão social devem ser compreendidas do ponto de vista das desigualdades da sociedade capitalista que são expressas por vias da economia, política e cultura, tornando capazes de impactar nas classes sociais.

Os/as Assistentes Sociais atuam em quatro eixos distintos, que devem ser compreendidos de forma articulada a uma concepção de totalidade. Tendo como base o

atendimento direto ao/a usuário/a; mobilização, participação, controle social, investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

4.2.1 Atendimento direto aos/as usuários/as

De acordo com o CFESS (2010), o atendimento direto aos/as usuários/as se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde atuação básica a serviços de média e alta complexidade se estruturando no Brasil, por meio de Unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centro de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja Federal, Estadual ou Municipal. Ele também ressalta que para a realização das ações é fundamental a investigação, o planejamento, a mobilização e a participação social do usuário visando a garantia de direito à saúde, bem como a assessoria para melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço social.

4.2.1.2 Ações socioassistenciais

Segundo Costa (2000 *apud*. CFESS, 2010), a inserção dos/as assistentes sociais nos serviços de saúde é medida pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidade de que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública tem se desenvolvido no Brasil.

De acordo com o CFESS algumas contradições acabam não viabilizando o SUS constitucional, dentre elas temos: a “demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários” (2010). As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por Assistentes Sociais, pois oferecem melhor compreensão acerca das condições de vida dos/as usuários/as e das relações comunitárias. Isso faz com que o/a profissional, tenha elementos para buscar a ampliação dos direitos sociais no que diz respeito ao acesso dos/as usuários/as.

4.2.1.3 Ações em equipe

O/A Assistente Social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de um olhar particular de observação das condições de saúde do/a usuário/a e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos demais trabalhadores/as que atuam na saúde.

De acordo com CFESS (2010), o trabalho em equipe e as atribuições do profissional de serviço social precisam estar especificados e divulgados para os demais profissionais resguardando assim a interdisciplinaridade do trabalho na saúde. Para Yamamoto (2002 *apud* CFESS, 2010) são as diferenças de especificações que permitem atribuir a unidade à equipe, enriquecendo e ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças, o assistente social, ao participar do trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde dos/as usuários/as, o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, requer do Assistente Social a observância de seus princípios éticos políticos, via Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996.

O/A Assistente Social por vezes, tem tido, dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para pontuar suas atribuições e competências face à rotina de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho existente. Entretanto, estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

A humanização é uma temática que aparece com ênfase no final de 1990 e início dos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2001. Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde. No governo Lula (2003), o programa transformou-se em Política Nacional de Humanização, ampliando sua área de ação passando a contemplar a gestão e a atenção. Os/as Assistentes Sociais tem sido chamados para viabilizar junto com outros trabalhadores da saúde esta política. Para tanto é preciso clareza das diversas concepções de humanização, que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde fundamentado em valores como garantia dos direitos sociais e o compromisso social e a

saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão. A humanização tem seu desafio uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos e na construção coletiva do SUS. Para isso se faz necessário à motivação dos/as trabalhadores/as, através de condições de trabalho digno e salários compatíveis. Na defesa do Projeto Ético-Político do Serviço Social o/a Assistente social deve participar da elaboração de protocolos assistenciais e rotina de trabalho investido na educação permanente das equipes para repensar atenção à saúde e as constantes dificuldades apresentadas no processo coletivo de trabalho com participação direta dos/as usuários/as.

A Política Nacional de Humanização não pode estar desligada dos fundamentos centrais da política de saúde e da garantia dos princípios do SUS, e devendo ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária.

Assim, os/as Assistentes Sociais devem ter como parâmetros de ação na equipe de saúde:

- Esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- Elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao/às usuário/as tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- Criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do/a usuário/a-família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;

Cabe salientar, que a humanização tem como desafio uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos e na construção coletiva do SUS. Para isso

é preciso que os trabalhadores estejam motivados, e tenham condições dignas de trabalho e salários compatíveis. Na defesa do projeto-político do Serviço Social o/a Assistente Social deve fazer parte da elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho investido na educação permanente das equipes com intuito de repensar a atenção a saúde e as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho com participação direta dos usuários.

4.2.1.4 Ações socioeducativas

As ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao/à usuário/a, família e população de determinada área programática. Devem se constituir em eixo central de atuação do profissional de Serviço Social e recebem a denominação de educação em saúde. Abrangendo diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

Conforme o CFESS (2010), com relação ao desenvolvimento dessas ações socioeducativas pelos profissionais Assistentes sociais as atividades de destaque são:

- Criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos/às usuários/as, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
 - Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
 - Participar de campanhas preventivas, realizando atividades socioeducativas;
 - Realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- Desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;

- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os/as usuários/as e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- Realizar atividades de grupos com os/as usuários/as e suas famílias, abordando temas de interesse dos/as mesmos/as.

4.2.2 Mobilização, Participação e Controle Social

Estas ações estão voltadas prioritariamente para a inserção dos/as usuários/as, familiares e trabalhadores/as de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos/as usuários/as e trabalhadores/as nos conselhos, conferência e fóruns de saúde e de outras políticas públicas.

Segundo CFESS (2010), a ouvidoria no SUS é uma conexão entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem como meta melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas obrigações estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes.

Outro aspecto importante na mobilização e participação social refere-se à articulação com movimentos sociais, tanto para fortalecer os fóruns e/ou conselhos, como para estabelecer relações com determinadas demandas institucionais. Ressaltando que a participação e o controle social não se dão apenas pela vontade do/a Assistente Social, mas no contexto de correlações de forças. Essas ações são muito importantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e constituem uma contribuição fundamental do/a profissional de Serviço Social.

4.2.3 Investigação, Planejamento e Gestão.

Neste tópico cabe destacar, o processo de descentralização das políticas sociais que vem requisitando aos/às profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela

realização de estudos e pesquisa que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos/as usuários/as e/ou coletividade. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional.

Outra demanda que vem sendo colocada aos/as Assistentes Sociais é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços.

Conforme o CFESS (2010), a reestruturação dos processos de trabalho e das formas de gestão tem impactado as instituições de saúde com uma movimentação dos espaços ocupacionais. Nesta direção diversas formas de terceirização e novos modelos de gestão contidos na contrarreforma do Estado estão sendo propostas. As entidades de Serviço social, coerentes com seu posicionamento ético-político são contrárias a essas proposições.

4.2.4 Assessoria, Qualificação e Formação Profissional

Este tópico pontua que as atividades de qualificação e formação profissional visando o aprimoramento profissional, tendo como meta a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Neste eixo estão envolvidas as ações relacionadas com a equipe de Serviço Social e os demais profissionais de saúde.

Segundo CFESS (2010), a assessoria é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la. A assessoria pode ser prestada a/o profissional, à gestão para a formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. A assessoria pode ser uma contribuição privativa, quando o/a Assistente Social desenvolve assessoria na matéria Serviço Social, o que só pode ser prestada por um/uma profissional graduado/a na área.

Cabe salientar que foi apresentado um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelos/as profissionais de Serviço Social na saúde que podem contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde e na garantia dos direitos sociais, fortalecendo a participação social, fortalecimento das lutas dos sujeitos sociais e fortalecimento do Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro.

Na próxima seção abordaremos os cuidados paliativos e tudo que envolve essa forma de cuidar e evidenciando a importância dessa abordagem diferenciada na fase de palição promovidos por uma equipe multidisciplinar.

5. CUIDADOS PALIATIVOS E SERVIÇO SOCIAL

O início dos cuidados paliativos na perspectiva mundial, surge a partir do movimento hospices moderno, foi implementado na década de 1960, no Reino Unido, visando uma abordagem do cuidado integral e não fragmentado, indo além do ser doente e a cura incessante.

Os hospices abrigavam esses/as andarilhos/as que adoeciam muitas vezes no decorrer da caminhada, como também acolhiam mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. Este tipo de abrigo era fundado e administrado por religiosos, e tinha o objetivo de acolher, proteger e aliviar o sofrimento (ANCP, 2009).

Historicamente, os cuidados paliativos estão relacionados com o termo Hóspede. A palavra hospice se originou na Idade Média e seu surgimento foi influenciado pelas peregrinações dos cristãos na divulgação do cristianismo. Esse termo era utilizado para descrever os abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar desses peregrinos e viajantes.

Os Cuidados Paliativos começaram a surgir no Brasil por volta da década de 1980. Neste período o país vivenciava o final da ditadura militar, onde a política de saúde nessa época era ao modelo hospitalocêntrico e curativo. Os profissionais de saúde tinham sua formação orientada para os aspectos biológicos, de maneira que, a assistência à saúde era aplicada de forma individualizada e fragmentada. Os pacientes, por outro lado, vivenciavam uma morte solitária, sem o amparo de seus familiares e a grande maioria morriam sem saber do seu estado clínico (PEIXOTO, 2009; ANCP, 2009).

O Cuidado Paliativo (CP) é um termo pouco conhecido para grande maioria dos/as profissionais de saúde no Brasil, bem como para, a população em geral, onde desconhecem a existência de programas e serviços de cuidados paliativos em instituições de saúde no país. No qual ao se ouvir falar de uma medida paliativa, tem-se o entendimento de que se trata de uma ação ou medida que na verdade não resolve um determinado problema ou desafio, mas apenas “coloca panos quentes” – e a realidade permanece inalterada (PESSINI, 2005). De

modo que o objetivo primordial dos Cuidados Paliativos é o cuidado do paciente, a palavra paliativa é originada do latim (*palliun*), que quer dizer, proteger, amparar, cobrir e abrigar.

Nos anos de 1990, surgem formas para amparar não só os/as pacientes como também sua família. Uma delas a que mais tem crescido ao longo dos anos em todo o mundo, é a que envolve cuidados paliativos, ou seja, a chama medicina paliativa. Esta nova abordagem nasceu da necessidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes os quais a cura não é possível. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, Cuidado Paliativo podia ser definido da seguinte forma:

O cuidado ativo e total de pacientes cuja doença não responde mais ao controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários. O objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares. (OMS, 1990)

Alguns anos após, mais precisamente em 2002, a OMS reviu e ampliou tal conceito, enfatizando não somente a questão da qualidade de vida, mas também a questão da prevenção do sofrimento. Nessa nova versão, cuidado paliativo passou a ser definido como:

Uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002)

Em geral são aptos para o tratamento paliativos todos os/as pacientes com características tais como: ausência de perspectiva de tratamento curativo; intenso sofrimento (de qualquer natureza); patologias crônicas múltiplas e dependência funcional importante; rápida progressão da doença e expectativas de vida limitada; problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (ANCP, 2020).

Se evidência que uma abordagem diferenciada é fundamental na fase de palição, em que há perspectiva de cura e muito a ser feito pelo/a paciente. Portanto, um dos princípios dos cuidados paliativos, se refere à manutenção da vida com qualidade enquanto ela durar, com controle dos sintomas da dor e o alívio do sofrimento, para oferecer conforto para o/a paciente e contribuir para a preservação de sua autonomia.

De acordo com Pessini, muitas são as comparações atreladas aos cuidados paliativos de maneira equivocada,

[..] confunde-se CP com a indução da morte (eutanásia), ou com a suspensão dos tratamentos. Os CP não apressam a morte, apenas a aceitam como parte inexorável de um processo. Também não se suspende todo o tratamento, apenas os considerados fúteis (distanásia). Cuidar paliativamente requer, muitas vezes, de um tratamento mais ativo, mais abrangente e mais complexo. Não no sentido de sofisticação tecnológica, mas sim no de integração multidisciplinar (PESSINI, 2005, p. 5)

Os Cuidados Paliativos devem começar no momento do diagnóstico e podem ser administrados concomitantemente com terapias direcionadas à doença, que prolongam a vida, facilitando a autonomia do/a paciente e o acesso à informação. Portanto, devem ser iniciados pela equipe de atenção básica e, em seguida, ampliados pela colaboração com uma equipe interdisciplinar de especialistas em cuidados paliativos (NCCN, 2020).

Está provado que os Cuidados Paliativos diminuem os custos dos serviços de saúde e trazem enormes benefícios aos/as pacientes e seus familiares (ANCP, 2018). Portanto, incorporá-lo a rotina dos atendimentos prestados, garante a integralidade do cuidado para com o/a paciente, como também seus familiares e cuidadores, além de diminuir a insegurança e o receio dos/as profissionais da área de saúde sobre a atuação diante da morte e do morrer.

De acordo com Pessini (2005), o conceito de Cuidados Paliativos evoluiu ao longo do tempo, conforme esse modelo de cuidar de saúde, e foi se desenvolvendo em diferentes partes do mundo. Os cuidados paliativos foram definidos para além de órgãos específicos, idade, tipo de doença ou patologia, mas, antes de tudo, tem o objetivo de preservar a vida. Habitualmente, os Cuidados Paliativos-CP eram vistos como apenas aplicáveis quando a morte estava iminente. Entretanto, nos dias atuais eles são aplicados no início do curso de uma determinada doença progressiva, avançada ou incurável. Significa dizer:

[...] fazer tudo o que for possível para o paciente manter a essência de quem ele é, seu senso de identidade, significado e dignidade na última fase da vida e no processo do morrer. Isso pode se conseguir pelo controle dos sintomas, cuidados humanizados, facilitando o relacionamento com as pessoas queridas, focando em questões existenciais que necessitam ser finalizadas e cuidar do legado (o que a pessoa deixa). Portanto, em cuidados paliativos, os objetivos são raramente prolongar a vida, frequentemente proteger a vida, mas, sempre preservar e cuidar da vida (PESSINI, 2010, p. 321)

Para Glajchenet al. (2018), devem-se: atentar para os aspectos sociais do cuidado, observando a facilidade de acesso aos serviços sociais e de saúde; respeitar o paciente e família, resguardando privacidade e confidencialidade; promover comunicação clara e inteligível; verificar a rede de suporte, visando suprir os aspectos emocionais e financeiros; e

avaliar a quantidade de informações disponibilizadas, considerando a capacidade de compreensão de pacientes e famílias.

Considerando o exposto anteriormente, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos ANCP (2020) afirma que há tendência à ampliação dos serviços de Cuidados Paliativos e, conseqüentemente, demanda por profissionais especializados, com regularização profissional, entre eles o/a Assistente Social. Em se tratando da realidade brasileira, faz-se pertinente o aprofundamento de estudos sobre os modelos de Cuidados Paliativos e de fim da vida dispostos na literatura nacional e internacional, com o intuito de estabelecer parâmetros de atuação para o/a Assistente Social em consonância com os atuais Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais e Psicólogos na Política de Assistência Social (CFESS, 2007).

O Ministério da Saúde vem firmando, formalmente, os Cuidados Paliativos no contexto do sistema de saúde do Brasil, através de portarias, como a de janeiro de 2002 GM/MS nº 19, que tem como uma de suas finalidades criar, na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, tendo como objetivos gerais:

- a - articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;
- b - estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;
- c - articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos;
- d - desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativa, dentre outras, à realidade epidemiologia da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos;
- e - desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados s a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria (BRASIL,2012).

A Política Nacional de Cuidados Paliativos foi oficialmente aprovada na 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 31 de outubro de 2018.

A Reunião ordinária da CIT é a maior instância que existe no SUS, onde se tem a presença dos maiores representantes das três esferas constituintes do Sistema Único de Saúde – Federação, Estados e municípios. Essa Resolução é um documento de Estado, pactuado e assinado não só pelo Ministério da Saúde, mas também pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (ANCP, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, a recomendação da 67ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde, faz uma exortação aos Estados membros para que desenvolvam, fortaleçam e implementem políticas de Cuidados Paliativos baseadas em evidências para apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis.

5.1 Serviços Sociais nos Cuidados Paliativos

O serviço social no campo dos cuidados paliativos tem seu alicerce nos direitos sociais e humanos postos na Constituição Federal do Brasil de 1988. Neste contexto dos cuidados paliativos, e frente às modificações na vida cotidiana decorrentes da evolução do câncer, muitos pacientes vivenciam situações de extrema vulnerabilidade. Assim, o/a profissional de serviço social tem como objetivo compreender os cuidados paliativos oncológicos com base nas questões sociais, a partir das diversas situações de vulnerabilidade apresentadas pelos pacientes, que interferem diretamente no acesso e qualidade do acesso a direitos.

Como profissão, historicamente o Serviço Social tem sua atenção voltada para a compreensão da questão social. Em sua trajetória, os profissionais da área têm participado e trabalhado no debate das alternativas de enfrentamento de tais questões, buscando, no âmbito da saúde, atuar de acordo tanto com os princípios discutidos e preconizados pelos/as defensores/as da reforma sanitária como pelos dispostos no Código de Ética que rege a profissão. Neste sentido, Nogueira e Mioto ressaltam o seguinte:

Como se vê, a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no século XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido, é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das

condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade (2006 p.12-13).

O mercado de trabalho dos/as assistentes sociais na área de saúde vem crescendo. Especificamente nos hospitais, esses profissionais são requisitados para o desenvolvimento de diversas atividades, dentre as quais Bravo (2000) destaca as seguintes:

Em geral o assistente social é responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários nas situações relativas à captação de sangue, realização de exames complexos, tratamento fora do domicílio, necropsias, superação de preconceitos/tabus em relação ao tratamento da doença etc. Além destas, são de responsabilidade do assistente social as comunicações em geral. No caso dos hospitais, essas comunicações referem-se a altas, óbitos e/ou estados de saúde do “paciente”, nos centros de saúde e ambulatórios especializados, o assistente social concentra-se nas comunicações sobre resultados de exames, particularmente aqueles que indicam sério comprometimento do estado de saúde, ou doenças transmissíveis, como é o caso da AIDS, ou, ainda, de doenças crônico-degenerativas, como é o caso das neoplasias, leucemias etc. (BRAVO, 2000, p. 52-53)

O processo de trabalho do/a Assistente Social nos Cuidados Paliativos se refere à análise e contexto de vida do usuário, no intuito de refletir sobre suas condições sociais e garantir o acesso aos direitos sociais que influenciam no processo de saúde e doença dos usuários e sua rede de apoio (SILVA, 2016). Nesse sentido, a atuação profissional realiza junto ao/a usuário/a, familiares, rede de apoio e/ou social, instituições e equipe.

Diante disso, faz-se necessário um levantamento socioeconômico com informações acerca da composição familiar, condições de moradia, renda familiar, religião, escolaridade, e rede de suporte social. Estes dados são importantes uma vez que facilita a aproximação da realidade dos/as usuários/as, sendo possível identificar as necessidades sociais.

Portanto, cabem a/o Assistente Social conhecer o/a usuário/a e sua rede de apoio, com o intuito de oferecer orientações que viabilizem acesso aos direitos e políticas sociais, informações. E assim, auxiliar a rede de apoio para que, havendo necessidade, possa ser realizada a articulação, pautando no trabalho de educação em saúde a partir da socialização de informações. Outro aspecto importante é que o/a profissional se constitui como interlocutor/a entre paciente/família e às equipes nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral.

Sobremaneira, cabe reiterar que as necessidades de saúde vão além do nível de acesso aos serviços e tratamentos médicos. São produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural (NOGUEIRA e MIOTO, 2003). Portanto:

As demandas sociais emergem de diferentes formas durante a ação profissional. Assim sendo, as intervenções abrangem desde as mudanças que ocorrem no cotidiano do usuário e de seus familiares devido aos diagnósticos, doenças, tratamento, a dificuldade do acesso ao tratamento médico; até as questões relacionadas aos Direitos Sociais e Proteção Social, as quais muitas vezes, só são identificadas quando a pessoa adocece (NARCISO, 2005. p. 6).

Conforme Cardoso *et al.* (2013), o trabalho multiprofissional com usuários/as que estão em cuidados paliativos requer a integração de saberes e das práticas em saúde, na confluência de que suas demandas - que extrapolam as necessidades clínicas - sejam assistidas. O Serviço Social insere-se no hospital, sobretudo, em ações que fomentam a autonomia dos/as usuários/as no processo terapêutico, oportunizando a reflexão sobre os aspectos que perpassam o seu diagnóstico.

O Serviço Social, como profissão, tem caráter sociopolítico, crítico e interventivo. Utiliza-se de um instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da questão social (desigualdade econômica, política e social, desemprego, situação de vulnerabilidade, adoecimento, violência e outros) e atua numa perspectiva socioeducativa e assistencial, vinculado às políticas sociais visando facilitar a efetivação dos direitos sociais. No âmbito dos cuidados paliativos, a perspectiva do Serviço Social se traduz na garantia deles como direito humano e social. Desse modo, a atuação profissional se centrará não apenas no paciente, mas também em sua família e no cuidador (FROSSARD *et al.*, 2019).

A atuação profissional nos Cuidados Paliativos necessita da aquisição de conhecimentos além dos adquiridos na formação profissional de base. Que foram legitimados como uma disciplina, uma vez que se construíram na busca da unidade de saber. Assim, o campo pressupõe um saber específico, visando às respostas de questões complexas da área em questão e considerando suas dimensões interventivas e as profissões envolvidas.

No Brasil, em decorrência do processo de descentralização dos serviços públicos, tornou-se o maior empregador de profissionais de Serviço Social o setor público em nível municipal (RAICHELIS, 2010). Assim, uma iniciativa a ser destacada encontra-se no âmbito da cidade do Rio de Janeiro, qual seja, a recente promulgação da Lei nº 6.714, de 21 de janeiro de 2020, que institui a Política Municipal de Cuidados Paliativos. Uma de suas diretrizes, situada no art. 4, parágrafo V, propõe a:

Formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Considerando a relação entre trabalho e formação profissional, com ênfase nas diretrizes curriculares, seus princípios norteadores, e da lógica que fundamenta o projeto profissional crítico, chama-se a atenção para o campo dos cuidados paliativos que precisa ser observado por parte dos órgãos representativos do serviço social brasileiro, que requer a presença ativa de lideranças com apoio das organizações, visando ao desenvolvimento de políticas pertinentes na área em foco, em integração com demais categorias profissionais envolvidas.

Na recente publicação *Atribuições Privativas do/a Assistente Social em questão*, o CFESS sinaliza:

A dimensão técnico-operativa (na perspectiva de unidade com as dimensões teórico-metodológica e ético-política) precisa ser assumida como foco de ações, debates, capacitações, discussões em todo espaço coletivo possível, pois é por meio dela que profissionais [...] podem se apropriar de debates centrais da profissão e exercitar algumas mediações entre singularidade, particularidade e universalidade. [...] destacamos como fundamental a discussão sobre a complexidade que envolve a relação profissional, o estudo e a intervenção com famílias (CFESS 2020, p. 77).

É pertinente enfatizar que os/as profissionais fundamentados/as nos parâmetros de atuação do/a assistente social na saúde (CFESS, 2011) desenvolvem as suas ações em diversos serviços ocupacionais, entre eles os serviços destinados aos/às pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos.

Para analisar e discutir os fatores concernentes às populações vulneráveis no contexto do/a paciente oncológico em Cuidado Paliativo, é primordial o entendimento da importância do suporte familiar adequado, já que a família é considerada um núcleo primordial das práticas que moldam a esfera de reprodução social. Para Frossard, é preciso identificar os

[...] fatores que tornam uma pessoa ou população vulnerável, ou seja, em condição de vulnerabilidade intensificada, carecendo, assim, de medidas protetoras especiais, como é o caso de muitos pacientes e de suas famílias inseridos em programas de Cuidados Paliativos (abandono com perda total de laços sociais, insegurança quanto ao futuro, inacessibilidade a serviços, falecimento de indigentes, invisibilidade social e muito longe de uma vida e de uma finitude dignas) (2016, p.11).

Nesse sentido, o/a Assistente Social, como profissional de saúde, possui competências para intervir nos fenômenos socioculturais que contribuem para a melhoria da qualidade de vida de doentes em Cuidados Paliativos oncológicos. A sistematização das experiências vividas no cotidiano dos serviços é tão importante quanto planejar as atividades inerentes às atribuições e competências profissionais, sendo assim, como um dos principais instrumentos para a avaliação do trabalho e compondo uma prática capaz de organizar os processos de trabalho articulado com outras áreas que compõem a seguridade social, por exemplo.

O papel do/a Assistente Social no acompanhamento dos/as pacientes ocorre mediante levantamento do perfil social, orientações sobre o tratamento da doença e promoção de ações educativas. O serviço social compartilha de um trabalho significativo no âmbito de medidas de suporte aos pacientes, principalmente para aqueles que sofrem impactos e mudanças na rotina de vida. Esse trabalho passa a ser ainda mais complexo quando o tratamento não possibilita mais chances de regressão da doença, demandando o tratamento paliativo exclusivo (LIMA, 2015).

Portanto, com base nos parâmetros de atuação do/a Assistente Social na saúde, mas com autonomia e senso crítico sobre o seu fazer profissional, ele desenvolvem as suas ações em diversos serviços ocupacionais, entre eles os serviços destinados ao paciente oncológico. Assim, o campo oncológico e, especialmente, no que diz respeito aos cuidados paliativos, e isso requer práticas interventivas complexas por parte dos assistentes sociais — identificam-se problemas que possam vir a comprometer o tratamento da doença, bem como afetar a vida do paciente e de seus familiares, o que implica um contato sensível e direto com o paciente e sua família a partir de investigações de situações culturais, ambientais, sociais, pessoais, psicológicas e financeiras do/a paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como base a compreensão da intervenção profissional do Serviço Social e cuidados Paliativos: estratégias em acolhimento a pacientes oncológicos e tornou-se um estudo inicial, pois demanda análise mais aprofundada acerca do tema discutido. A motivação para realizar a presente pesquisa se deu no campo de estágio supervisionado I e II, realizado na Clínica oncológica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL,

onde foi possível observar e refletir sobre a atuação do/a Assistente Social no espaço sócio-ocupacional da saúde.

A pesquisa feita desse trabalho de conclusão de curso (TCC), no entanto, não apresenta conclusão, nem poderia, pois cabe ressaltar que a aproximação à temática é de suma importância e trouxeram reflexões e salientam a continuidade de pesquisas futuras. Faz - se necessário, novos estudos relacionados ao tema de cunho investigativo para que dessa forma traga contribuições no âmbito das produções em Serviço Social.

Cabe salientar que, para o desenvolvimento desse trabalho foi imprescindível um breve resgate teórico da Política de Saúde no Brasil, além da contextualização referente a política oncológica, ressaltando a história do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA e explicitando a forma e funcionamento e demandas existentes considerando a complexidade da temática e na incipiência dos estudos no âmbito do Serviço Social, é relevante a construção e efetivação de pesquisas científicas que ampliem o conhecimento acerca dessa temática.

Ao longo da construção do trabalho, enfrentamos inúmeras dificuldades e limitações, entre elas, uma terrível e inesperada crise sanitária que assolou o Brasil e o mundo, a Pandemia do SARS-CoV2 (Covid-19), sendo decretado imediatamente pela organização Mundial da Saúde – OMS o lockdown. E com isso, exigindo de todas as pessoas o uso obrigatório de máscara, o isolamento e distanciamento social imediato. Vivenciamos dias devastadores de muita dor, luta pela vida, e de milhões de vidas perdidas. E ainda ter na medida do possível, estudar de forma remota com o mínimo possível de recursos materiais e com a nossa subjetividade comprometida. E por Consequência, a continuidade do estágio II foi suspensa, por quase dois anos, até que a vacina fosse fabricada e chegasse ao Brasil. Devidamente vacinados mais cercados de limitações e restrições, retomamos o estágio II ainda com muita insegurança, pois além do vírus já existente, passou a circular junto com ele suas sub -variantes.

Posteriormente mas ainda com muita incerteza e insegurança retornamos a academia de forma híbrida, enfrentando períodos curtos, prazos apertados, com discentes e docentes adoecidos e tendo que se afastar de suas atividades mais uma vez.

Diante deste exposto, nos propusemos a trazer algumas sugestões (estratégias) nos Cuidados Paliativos aos pacientes oncológicos, tais como:

- Compreender o processo da doença (câncer) de forma humanizada, respeitando esse indivíduo fragilizado perante a doença;
- Conseguir desmitificar o conceito de Cuidados Paliativos;
- Compreender o/a paciente em sua totalidade, e em sua tomada de decisão, sem impor práticas institucionais coercitivas;
- Tendo em vista as pluralidades de culturas, entendimento e/ou compreensão, entendemos que o comunicar é muito importante na abordagem, isto é, muitos (usuários/cuidadores) não compreendem o que se falou e tem receio de perguntar.
- Quanto ao trabalho profissional, o aprofundamento e ampliação das pesquisas na área de Serviço Social e Cuidados Paliativos;
- Respeito e Humanização no campo profissional;
- Construção e a ampliação de materiais no que se refere o/a Assistente Social nos Cuidados Paliativos, como tese, artigos, livros entre outros;
- Estabelecer debates e construir novas políticas públicas para os cuidados paliativos, como também novos instrumentais voltados para esses cuidados;
- Atualização e aprimoramento profissional nos Cuidados Paliativos;

Todavia, é importante ressaltar que o trabalho profissional do/a Assistente Social nos Cuidados Paliativos possuem limites e possibilidades, tanto no exercício profissional, quanto no acesso a garantia de direitos: - Limites quanto à materialização das políticas públicas já existentes; - Limites físicos, psicológicos, éticos, institucionais quanto à sua prática profissional; - Limites quanto à autonomia, entre outros;

Por fim, a partir desse trabalho, se percebe a importância de compreender todo o processo que envolve os/as usuários/as oncológicos, desde o diagnóstico até o início do tratamento, identificando os obstáculos e dificuldades, e buscando estratégias de acesso ao Sistema Único de Saúde, para uma melhor qualidade de vida.

Além disso, sugerimos uma ampliação do tema, em busca de uma análise e de um ponto de vista específico e que nosso trabalho não conseguiu contemplar. Recomendamos a continuidade dessa pesquisa a outros pesquisadores para futuros estudos sobre a referida temática que necessita ser aprofundada a sua importância para as criação/ampliação de políticas públicas.

7. REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês Souza; DE MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, Rio de Janeiro, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, Rio de Janeiro, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ed. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde**, 1990. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 12, Nov. 2022.

CUIDADOS PALIATIVOS: reflexões acerca da atuação do Assistente Social em âmbito hospitalar. **II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**, Santa Catarina, Outubro 2017.

DE BARROS, Adriellen Gonçalves Leite; DOS REIS, Agnaldo Antunes; DE SOUZA, Ana Kelly Oliveira; PARRAGA, Maria Beatriz Bastos. A família frente ao contexto do diagnóstico de câncer. **Psicologia Hospitalar, Câncer, Família e Aspectos Psicológicos**, Mato Grosso, 2017.

DE CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico**. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, ed. 54, p. 87-96, 2008.

DOS SANTOS, Ericka Almeida. **Cuidados paliativos e serviço social: novos desafios para a atuação profissional**. Orientador: Professora. Dr^a. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva. 2019. 68 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo**. In: ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Revista Temporalis. Ano 02 nº 03 (jan/jul. 2001). Brasília: ABEPSS, Graflina, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Cadernos MARE da reforma do estado**, Brasília, v. 1, p. 58, 1997. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno01.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2022.

SIMÃO, Andréa Branco; DOS SANTOS, Fernanda; OLIVEIRA, Liane de Freitas; DOS SANTOS, Renata Aline; HILÁRIO, Rita Colen; CAETANO, Suélem Cabral. **A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações**. Universidade Católica de Minas Gerais, São Paulo, ed. 102, abr./jun. 2010.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; DE OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, ed. 108, p. 204-218, jan./mar. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. **Ministério da Educação**. Disponível em <<https://ufal.br/institucional/orgãos-de-apoio/academico/hospital-universitário.htm>>. Acesso em 20, Dez, 2022.