



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA

**O TRABALHO DESENVOLVIDO PELAS ASSISTENTES
SOCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
A EXPERIÊNCIA EM LONDRINA**

Londrina
2021

ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA

**O TRABALHO DESENVOLVIDO PELAS ASSISTENTES
SOCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
A EXPERIÊNCIA EM LONDRINA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mabel Mascarenhas Torres

Londrina
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

M838 Moreira, Alexsandra Aparecida de Jesus.
O trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais em cuidados paliativos : a experiência em Londrina / Alexsandra Aparecida de Jesus Moreira. - Londrina, 2021.
164 f. : il.

Orientador: Mabel Mascarenhas Torres.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2021.
Inclui bibliografia.

1. Serviço social - Tese. 2. Cuidados paliativos - Tese. 3. Trabalho de assistente social - Tese. 4. Trabalho em rede - Tese. I. Torres, Mabel Mascarenhas. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA

**O TRABALHO DESENVOLVIDO PELAS ASSISTENTES
SOCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
A EXPERIÊNCIA EM LONDRINA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Mabel Mascarenhas
Torres
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a Dr^a Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Dr^a Argéria Maria Serraglio Narciso
Universidade Estadual de Londrina – UEL/
Hospital Universitário Regional Norte do
Paraná

Londrina, 29 de novembro de 2021.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu pai João Luiz Moreira (*in memoriam*), por todo ensinamento e amor dedicado a esta filha. "Tem que planejar, as coisas têm que ser planejadas".

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas merecedoras de agradecimento. Início agradecendo a DEUS pela a oportunidade do estudo e de manter o mínimo de sanidade mental neste período acadêmico aliado ao contexto pandêmico, foram muitas e dolorosas perdas

À minha mãe Nair pela presença e apoio, sem ela seria difícil chegar até aqui.

Agradeço a minhas amigas irmãs Silvana, Alessandra e Andrea que me apoiaram e entenderam os momentos de afastamento. A vida não me deu irmãos de sangue, mas como é dito em Provérbios 12:24, "Há amigos mais chegados que irmãos."

À Jakeline Márcia dos Santos, por vivenciar comigo o cotidiano acadêmico e de trabalho e também me apoiar e acalmar nos momentos de surto.

À minha orientadora, Dr^a. Mabel Torres Mascarenhas pelo carinho e compreensão no processo de orientação e construção desta dissertação. Seus ensinamentos serão para a vida.

Agradeço à professora Dr^a Líria Maria Bettiol Lanza e à Dr^a Argéria Maria Serraglio Narciso que aceitaram compor a banca deste trabalho contribuindo para sua construção e meu aprendizado.

Às assistentes sociais participantes desta pesquisa, pela receptividade e disponibilidade em contribuírem partilhando os seus conhecimentos mesmos em um contexto de isolamento e distanciamento sanitário.

Agradeço à Rosangela Aparecida de Souza Costa, Andrea Bruna Viana e a Dirlene Pereira (Dik) pelo incentivo e apoio.

Ao meu esposo e companheiro Marcos Vinicius que a vida fez nos reencontrarmos após 12 anos seguindo caminhos diferentes. Habibi obrigado pelo carinho, amor e compreensão.

NÃO DEIXE PARA QUANDO MORRER

Não deixe para quando morrer deixar seus bens.
Suas coisas partilhem.
Use junto, desfrute com seus amados,
Seu tempo,
Sua cadeira favorita,
Seu sapato.
Do prato favorito, divida o último pedaço.
Distribua mais seu abraço,
Alargue seu sorriso.
Não deixe para quando morrer.

Alexsandra A. J. Moreira

ENQUANTO HOVER SOL

Sérgio Britto

Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida

Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós
Algo de uma criança

Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol
Ainda haverá
Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol

Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando
Que se faz o caminho

Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo
Em cada um de nós
Aonde Deus colocou

Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol
Ainda haverá
Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol

Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol
Ainda haverá
Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol

Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol
Ainda haverá
Enquanto houver Sol
Enquanto houver Sol

MOREIRA, Alexsandra Aparecida de Jesus. O trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais em cuidados paliativos: a experiência em Londrina. 2021. 164 f. Mestrado (Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

Esta dissertação apresenta resultados da pesquisa cujo objeto foi o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos. O problema pesquisado se apresenta pelo questionamento: como se expressa o trabalho em rede desenvolvido pelas assistentes sociais nas equipes de cuidados paliativos? Para atingir o objetivo geral, que é conhecer como se expressa o trabalho em rede constitutivo do trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos, desenvolvemos os objetivos específicos, a saber: identificar ações e atividades desenvolvidas no trabalho do assistente social em cuidados paliativos; reconhecer demandatários e demandas apresentadas ao trabalho do assistente social em cuidados paliativos; identificar ações desenvolvidas com a rede de saúde, e socioassistencial, ações intersetoriais; e conhecer competências da assistente social em cuidados paliativos. Para alcançar os objetivos elencados construímos um caminho metodológico, destacando a realização da revisão de literatura, acessando livros, periódicos, produções acadêmicas, possibilitando aprofundamento dos conhecimentos sobre a política de saúde, cuidados paliativos e o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos. Identificamos legislações, normativas, resoluções, portarias e diretrizes referentes à área da saúde direcionadas aos cuidados paliativos. A análise da legislação, associada a revisão de literatura, subsidiou a elaboração de conhecimento acerca do problema da pesquisa, e construção dos resultados alcançados. A pesquisa de campo foi desenvolvida no universo de hospitais e outros serviços de saúde de Londrina, cuja característica é manter no quadro de funcionários assistentes sociais atuando em cuidados paliativos. Identificamos 07 (sete) Hospitais e 03 (três) serviços de internação domiciliar, com 11 (onze) assistentes sociais atuando em cuidados paliativos, das quais 07 (sete) aceitaram participar da pesquisa, apresentando sua experiência profissional. Para coleta de dados, utilizamos como instrumento a entrevista semiestruturada a partir de roteiro versando sobre o trabalho em cuidados paliativos. As entrevistas realizadas nos meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021, respeitaram o contexto pandêmico. Deste modo, as assistentes sociais decidiram a modalidade para realização das entrevistas: modalidade presencial ou meio remoto utilizando a plataforma *Google meet*. Todas as entrevistas foram gravadas com anuência das entrevistadas que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados indicam que ações desenvolvidas pelas assistentes sociais se caracterizam pelo trabalho com a equipe de cuidados paliativos. Ações de orientação executadas pelas assistentes sociais, direcionadas aos pacientes e familiares desmistificam a percepção que cuidados paliativos é abreviar a vida. Outro conjunto de ações relaciona-se ao cuidado familiar, luto, dúvidas e incertezas perante a terminalidade da vida. Identificamos também a importância do conhecimento das assistentes sociais acerca das condições objetivas de vida dos pacientes e familiares e como este conhecimento subsidia decisivamente o trabalho da

equipe de cuidados paliativos. Destacamos também a importante articulação realizado pelas assistentes sociais junto a equipe de cuidados paliativos, a rede de serviços de saúde e a socioassistencial, de modo a subsidiar o trabalho em rede e a construção de ações intersetoriais. Assim é importante sinalizar que o trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos não está circunscrito ao espaço hospitalar, mas esborda para ações que possibilitam coletivizar demandas decorrentes da terminalidade da vida.

Palavras-chave: Serviço Social. Cuidados Paliativos. Trabalho de Assistente Social. Trabalho em rede.

MOREIRA, Alexsandra Aparecida de Jesus. The work developed by social workers in palliative care: the experience in Londrina. 2021. 164 f. Master's Degree (Post-Graduation in Social Work and Social Policy). State University of Londrina, Londrina, 2021.

ABSTRACT

This work presents the results of the research whose object was the work of social workers in palliative care. The researched problem is presented by the question: how is the network work developed by social workers in palliative care teams expressed? To reach the general objective, which is to know how the network work constituting the work of social workers in palliative care is expressed, we developed the specific objectives, as follows: to identify actions and activities developed in the work of social workers in palliative care; to recognize the demands and demands presented to the work of social workers in palliative care; to identify actions developed with the health care and social assistance network, intersectoral actions; and to know the competencies of social workers in palliative care. To achieve the listed objectives, we built a methodological path, highlighting the literature review, accessing books, journals, academic productions, enabling a deeper knowledge about health policy, palliative care, and the work of social workers in palliative care. We identified legislations, norms, resolutions, ordinances, and guidelines related to the health area that are directed to palliative care. The analysis of the legislation, associated with the literature review, subsidized the knowledge elaboration about the research problem, and the construction of the results achieved. The field research was developed in the range of hospitals and other health services in Londrina, whose characteristic is to keep in the staff social workers working in palliative care. We identified 7 (seven) hospitals and 3 (three) home care services, with 11 (eleven) social workers working in palliative care, of which 7 (seven) accepted to take part in the research, presenting their professional experience. For data collection, we used as instrument the semi-structured interview based on a script about the work in palliative care. The interviews were carried out in December 2020 and January 2021, respecting the pandemic context. Therefore, the social workers decided on the method for conducting the interviews: in face-to-face or remotely using the Google meet platform. All interviews were recorded with the consent of the interviewees, who signed an informed consent form. The results indicate that the actions developed by the social workers are characterized by the work with the palliative care team. Guidance actions performed by social workers, directed to patients and family members demystify the perception that palliative care is to abbreviate life. Another set of actions is associated with family care, mourning, doubts and uncertainties in the face of the terminality of life. We also identified the importance of the social workers' knowledge about the objective life conditions of the patients and their families and how this knowledge decisively subsidizes the work of the palliative care team. We also highlight the important articulation performed by the social workers along with the palliative care team, the network of health services and social assistance, in order to subsidize the efforts of the network and the construction of intersectoral actions. It is also important to mention that the work of social workers in palliative care is not circumscribed to the

hospital space, but overflows into actions that make it possible to collectivize demands arising from the terminality of life.

Keywords: Social Service. Palliative Care. Social Work. Networking.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição das normativas da OMS, CFM, legislações do ministério da saúde sobre Cuidados Paliativos e afins	67
---	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro Referencial 1** – Distribuição da rede hospitalar e serviços de atenção domiciliar localizados no município de Londrina por natureza, nível de complexidade e especialidade25
- Quadro Referencial 2** – Distribuição dos hospitais e serviços que mantém em seu quadro funcional assistentes sociais e tem instituído ações e/ou equipes de cuidados paliativos..27
- Quadro Referencial 3** – distribuição da rede de cuidados paliativos em Londrina: atendimento hospitalar e atenção domiciliar68
- Quadro Referencial 4** – Distribuição das atividades realizadas pelas assistentes sociais com os pacientes e familiares97
- Quadro Referencial 5** – Distribuição da unidade de acordo com o desenvolvimento do trabalho em Cuidado Paliativo.....104
- Quadro Referencial 6** – Distribuição dos profissionais que atuam nas equipes de cuidados paliativos105
- Quadro Referencial 7** – Distribuição dos mandatários do trabalho da assistente social em cuidados paliativos.....116
- Quadro Referencial 8** – Distribuição das demandas recorrentes apresentadas ao assistente social em cuidados paliativos117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALCP	Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COE	Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CP	Cuidados Paliativos
CRAS	Centro Referência de Assistência Social
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
DOM	Serviço de Atendimento Domiciliar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EC	Emenda Constitucional
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
FUNEAS	Fundo Estadual de Atenção em Saúde
GRASS	Grupo de Assistentes Sociais da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HZN	Hospital Zona Norte
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idoso
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ISCAL	Irmandade Santa Casa de Londrina
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PNH	Política Nacional de Humanização

SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SARV-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO: PARA QUE PESQUISAR O TRABALHO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS?	19
1.1 PESQUISAR É PRECISO: APRESENTAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	23
CAPÍTULO 2 - POLÍTICA DE SAÚDE: PERSPECTIVA DOS CUIDADOS E CUIDADOS PALIATIVOS	31
2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE E A RELAÇÃO DOS CUIDADOS.....	31
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTEXTO PANDÊMICO.....	44
2.3 NO HORIZONTE, OS CUIDADOS PALIATIVOS E A TERMINALIDADE DA VIDA: É O FIM?	48
2.4 A BUSCA DA NORMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	60
2.5 CUIDADOS PALIATIVOS A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS NA CIDADE DE LONDRINA	67
CAPÍTULO 3 - O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS	71
3.1 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL	71
3.2 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	75
3.2.1 Alterações No Trabalho Da Assistente Social Em Saúde Em Tempos Pandêmicos.....	85
3.3 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	89
CAPÍTULO 4 - O TRABALHO DE ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA CIDADE DE LONDRINA	92
4.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM LONDRINA	92
4.1.1 Característica Do Trabalho Em Cuidados Paliativos: As Atividades Desenvolvidas Pelas Assistentes Sociais.....	95
4.1.2 Característica Do Trabalho Em Cuidados Paliativos: O Trabalho Na Equipe Multidisciplinar	102

4.1.3	Característica Do Trabalho Em Cuidados Paliativos: Quem Demanda O Trabalho Das Assistentes Sociais?.....	115
4.2	AS EXPRESSÕES DO TRABALHO EM CUIDADOS DOS PALIATIVOS: AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO EM REDE	119
4.2.1	Não Sou Joelho, Mas Artigo	123
4.2.2	As Expressões Do Trabalho Em Cuidados Paliativos: As Ações Intersetoriais	127
4.3	DE VOLTA AO COMEÇO: BREVES SÍNTESES ACERCA DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CUIDADOS DOS PALIATIVOS.....	129
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
	REFERÊNCIAS.....	142
	APÊNDICES.....	154
	APÊNDICE A: MODELO DE OFÍCIO CONVITE ENCAMINHADO ÀS ASSISTENTES SOCIAIS	154
	APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	155
	APÊNDICE C: TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	157
	ANEXOS	159
	ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	159

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO: PARA QUE PESQUISAR O TRABALHO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS?

Esta dissertação apresenta os resultados da pesquisa desenvolvida com o tema “o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais em cuidados paliativos”. A razão que justifica o interesse e a construção desta pesquisa surgiu das inquietações do meu cotidiano profissional: como conselheira do Conselho Municipal de Saúde do Município de Londrina, como Vice Presidente do Grupo de Assistentes Sociais da Saúde - GRASS e principalmente como assistente social, trabalhadora na área da saúde na cidade de Londrina, no Hospital Dr. Anísio Figueiredo - Hospital Zona Norte (HZN), de atenção do nível secundário, unidade própria da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Paraná com gestão do Fundo Estadual de Atenção em Saúde - (FUNEAS).

No hospital, espaço de exercício profissional, o enfrentamento de demandas decorrentes da desigualdade social que evidenciam a ausência de proteção, a escassez e/ ou dificuldade de acesso à informação acerca dos direitos sociais é constante, atravancando as ações relacionadas ao processo saúde-doença¹, tema que será abordado mais adiante. Nota-se demandas assemelhadas decorrentes das situações relacionadas ao final da vida, sendo evidente o precário investimento do Estado na área da saúde e a desqualificação e precarização do SUS.

No trabalho desenvolvido no hospital, principalmente na equipe de cuidados paliativos, nos deparamos com situações relacionadas a pacientes e familiares que demandam atendimentos referentes às questões do processo de morrer, o que desencadeou e impulsionou a necessidade de aprofundar os estudos sobre a complexidade das demandas e do trabalho requerido aos assistentes sociais em cuidados paliativos. Com relação ao atendimento social na área da saúde, o planejamento e execução das ações abarcam demandas explicitadas às assistentes sociais que, dada a sua complexidade, não se apresenta de imediato, requerendo das profissionais um posicionamento ético e crítico de modo a identificar a interconexão entre as necessidades de saúde e as referidas demandas.

¹ A OMS definiu em 1948 o conceito de saúde, como não sendo apenas a ausência de doenças, mas como estado completo de bem-estar físico, mental e social, isso demonstra que as organizações de saúde já consideravam referenciais ligados às condições e situações históricas dos indivíduos, da sociedade e das ações do Estado.

No caminho do cumprimento das legislações de saúde, especialmente a lei 8080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Humanização - PNH, de 2003, um grupo de funcionários do HZN que incluía enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista e técnicos de enfermagem demonstram interesse em aprofundar o conhecimento sobre humanização e cuidados paliativos. Assim, formaram um grupo de estudos para futuramente implementar comissões e ações em cuidados paliativos. Observando a necessidade de adequação no cotidiano dos serviços de saúde relacionado aos princípios do SUS e da Humanização principalmente na relação do cuidar, o grupo iniciou no ano de 2014 discussões teóricas relacionadas aos óbitos ocorridos no serviço, buscando entender também as questões relacionadas aos doentes crônicos e os longos períodos de internação.

As discussões e debates culminaram na formação da Comissão de Cuidados Paliativos, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais. A partir daí foi vislumbrada a possibilidade da humanização do atendimento, de melhoria no controle da dor e dos sintomas, proporcionando atendimento diferenciado a pacientes sem prognóstico de cura.

Na perspectiva de que era preciso alcançar conhecimentos expressos na humanização, na espiritualidade² e na realidade social frente às necessidades dos pacientes e familiares, foi necessário aprimorar os conhecimentos sobre cuidados paliativos. Assim, a comissão identificou as dificuldades para efetivar a formação profissional, e, ao mesmo tempo planejar e formalizar serviços e construir os protocolos de atendimentos, visto que até então poucos eram os serviços de assistência em saúde cadastrados em cuidados paliativos, dificultando os estudos e trocas de experiências.

Posto isto, os profissionais do Hospital da Zona Norte, integrantes da comissão em cuidados paliativos, participaram no ano de 2015 de um curso de formação no próprio hospital, ministrado pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Londrina, com carga horária de 60 horas. O objetivo do curso foi capacitar os profissionais para atuação em cuidados paliativos e estruturar a equipe. A partir da formação, a comissão iniciou as atividades clínicas em maio de 2016.

² Sobre esta questão, Breitbart (2004) afirma que professar uma fé, uma crença, não está ligada necessariamente a religião, mas as necessidades espirituais, particularmente vinculadas com a manutenção da percepção de sentido, de paz, propósito e de esperança.

A proposta executada foi oferecer suporte e cuidados específicos aos pacientes em fase avançada de doenças e sem possibilidade de cura, objetivando orientar e intervir nos processos de cuidados nas fases finais da vida. Os estudos, capacitações, e os debates entre os profissionais, e o início das atividades da comissão foram de extrema relevância. Todos os integrantes construíram as ações em cuidados paliativos de acordo com as atribuições profissionais. Deste modo, puderam visualizar a importância do conhecimento, da diversidade de saberes de cada profissão no processo de atendimento e o reconhecimento da complexidade da finitude da vida.

Neste sentido, destacamos o conhecimento e o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais, profissionais capazes de construir respostas efetivas e resolutivas às demandas apresentadas por familiares e pacientes, enfatizando e destacando que as demandas sociais se mostram para além das situações clínicas. Assim, Guerra (2010) sinaliza que a intervenção profissional é inspirada pelas concepções teóricas e metodológicas movimentadas pela apreensão da realidade que desnuda a complexidade das relações estabelecidas socialmente, que incidem sobre as necessidades sociais, dentre elas aquelas direcionadas à saúde.

Entendemos então que, pela formação generalista e pelos conhecimentos acumulados, a assistente social tem condições de analisar a realidade na perspectiva sócio-histórica, evidenciando elementos que influenciam no processo saúde-doença. Isso a coloca em condição de identificar necessidades que estão presentes nas particularidades das demandas decorrentes das privações sociais do paciente, do familiar e da equipe, contribuindo para a construção de uma análise que toma as determinações econômicas, políticas, sociais e culturais como elementos para pensar as ações em cuidados paliativos. Direcionando para o tema da pesquisa, as demandas emanadas das relações sociais limitam e determinam as requisições dos profissionais que são estabelecidas pela política de saúde, pelos serviços prestados na área hospitalar, pelos serviços de atenção domiciliar, destacando os direcionados aos cuidados paliativos.

Assim sendo, a Comissão do HZN observa, ao dispensar o atendimento ao paciente, a importância de identificar e priorizar, além das necessidades clínicas, aquelas relacionadas à orientação e o acesso ao direito à saúde, e aos determinantes sociais que venham a interferir no atendimento e na recuperação do paciente. Com efeito, a atuação da assistente social na comissão de cuidados

paliativos baseou-se inicialmente em orientações sobre questões previdenciárias; no encaminhamento de pacientes e familiares de forma recorrente à rede de serviços de saúde e à rede socioassistencial, e em intermediar com os demais profissionais da equipe e também familiares situações que pudessem influenciar nos cuidados com o paciente, como a permanência de acompanhante no período de internação, ou mesmo a necessidade de atendimento domiciliar, por exemplo.

Deste modo, o objetivo da pesquisa foi conhecer, a partir de uma reflexão crítica, o trabalho das assistentes sociais na execução das ações de orientação e articulação; no atendimento social e acompanhamento do paciente e seus familiares; na atuação junto à equipe de cuidados paliativos.

É pretendido que os resultados da pesquisa possam contribuir com estudos e debates na área e trazer contribuições para o aprimoramento da atuação das assistentes sociais em cuidados paliativos.

Neste sentido, o tema balizador da dissertação é o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos, executados no município de Londrina. Deste modo, foi elaborado o problema de pesquisa que se apresenta a partir do seguinte questionamento: como se expressa o trabalho em rede desenvolvido pelas assistentes sociais nas equipes de cuidados paliativos? Os dados da pesquisa evidenciaram que o trabalho das assistentes sociais está centrado nas ações e atividades desenvolvidas junto às equipes de cuidados paliativos, no trabalho em rede e nas ações intersetoriais.

Para atingir o objetivo geral de conhecer como se expressa o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar as ações e atividades desenvolvidas no trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos; reconhecer os demandatários e as demandas apresentadas para o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos; identificar as ações desenvolvidas com a rede de saúde, com a rede socioassistencial e ações intersetoriais; e especificar as competências das assistentes sociais em cuidados paliativos.

A seguir, serão apresentados os procedimentos metodológicos e o modo como a pesquisa foi executada.

1.1 PESQUISAR É PRECISO: APRESENTAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

No percurso metodológico para fins de execução da dissertação foi realizada uma pesquisa social, exploratória, cuja escolha se deu porque entendemos que a natureza intersubjetiva e a construção social do conhecimento sob esta lógica são capazes de permitir a apreensão das motivações e ações dos sujeitos envolvidos, o que na perspectiva de Minayo (1998, p. 13), traz critérios precisos sobre o objeto. A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, apresentando a realidade social, toda a riqueza e sentido das ações e relações humanas, que segundo Minayo (1998), implicam no conhecimento e concepção do objeto, sendo expostos os valores, crenças, atitudes e motivos que correspondem a relação dos processos e dos fenômenos.

Diante do volume de conhecimento que se tem sobre o trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos, entendemos a necessidade de realizar a pesquisa exploratória, que na realidade social, expõem os valores, atitudes e motivos que correspondem a relação dos processos e dos fenômenos constitutivos da realidade social. Assim, sobre a pesquisa exploratória, Severino (2007) e Minayo (1998) avaliam que busca suscitar informações sobre determinado objeto, balizando o campo de trabalho, trazendo os traços do objeto e as condições por meio das quais o objeto se revela.

A opção metodológica parte então do suposto de que a realidade é construída e produzida por processos de interação, ou seja, “os indivíduos produzem os símbolos e códigos utilizados para estabelecer uma comunicação inteligível, interpretando as ações daqueles com quem estabelecem relação” (GUESSER, 2003, p. 152), daí a importância das manifestações subjetivas que lhe dão sentido, pois,

[...] é impossível apreender o social através de princípios objetivos, pois a subjetividade, ou a intersubjetividade dos atores, é extremamente importante e determinante das ações sociais. Desconsiderar as motivações pessoais e a liberdade subjetiva dos atores é criar um mundo imaginário, idealizado, que não corresponde à realidade concreta. (GUESSER, 2003, p. 154).

A fim de alcançarmos os objetivos elencados, percorremos os caminhos metodológicos descritos a seguir. O primeiro foi a realização da revisão de literatura,

acessando livros, periódicos, teses dissertações e monografias, a fim de aprofundarmos os conhecimentos sobre cuidados paliativos e identificarmos as publicações sobre o trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos e construirmos um melhor entendimento sobre a questão. Então, mediante os estudos e pesquisas publicadas pelas autoras Letícia Andrade (2007, 2008, 2009), Maria Dalva Costa (2009), Maria Lúcia Martinelli (2007, 2009, 2011), foi possível aprofundarmos os conhecimentos acerca do objeto e do problema da pesquisa. Observamos que a produção identificada sobre o trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos trata do cotidiano profissional e da complexidade das ações desenvolvidas na perspectiva dos cuidados em saúde.

O segundo passo foi a busca de legislações, normativas, resoluções, portarias, diretrizes referentes à área da saúde e aos cuidados paliativos, destacando a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080 de 1990; a Política Nacional de Humanização, normativas e orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre doenças ameaçadoras da vida e cuidados paliativos. Este conjunto de legislações e demais normativas versam sobre a organização dos cuidados paliativos e trazem as informações pertinentes aos cuidados em saúde, para o entendimento do problema da pesquisa, contribuindo também para a construção dos resultados da pesquisa.

Diante do problema de investigação proposto, a realização de pesquisa com a participação de sujeitos aqui estabelecidos foi essencial: assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos na cidade de Londrina e que aceitaram colaborar apresentando sua experiência profissional. A pesquisa foi desenvolvida no universo de hospitais de nível de complexidade secundário e terciário e também em instituições de serviço de saúde, que mantém em seu quadro de funcionários, assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos.

Então, para iniciar e para melhor caracterizar o universo da pesquisa, foi previamente mapeado através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, que registra as instituições de saúde conforme sua natureza, nível de atenção e especialidade, conforme orientação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. A natureza se refere às organizações administrativas, podendo ser públicas, entidades empresariais ou sem fins lucrativos, organizações internacionais e pessoas físicas (BRASIL, 2007). Quanto ao nível de complexidade em saúde, o CONASS distingue em atenção básica, ou seja, a que demanda baixa

densidade de tecnologia, pois são procedimentos simples de baixo custo; a atenção secundária ou média que implica em recursos especializados e de uma certa utilização de tecnologia para diagnósticos e a atenção terciária ou de alta complexidade que requer alto nível de tecnologia e saberes (BRASIL, 2007). Já a especialidade conforme instruções do CONASS é a indicação de qual a área base médica é a atuação em saúde.

A partir da consulta ao CNES, localizamos os serviços hospitalares e de atenção domiciliar em saúde do município de Londrina e que estão apresentados no quadro referencial 1.

Quadro Referencial 1: Distribuição da rede hospitalar e serviços de atenção domiciliar localizados no município de Londrina por natureza, nível de complexidade e especialidade. (Continua)

Hospital	Natureza	Nível de complexidade	Especialidade
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI	Sem fins lucrativos	Básica e média	Assistência domiciliar
Clínica Drovandi	Empresarial	Média	Estética
DOM - UNIMED	Cooperativa	Básica e média	Assistência domiciliar
Hoftalon	Sem fins lucrativos	Média	Oftalmologia
Hospital Araucária	Empresarial	Básica e média	Geral
Hospital de Retina	Empresarial	Média	Oftalmologia
Hospital do Câncer Londrina	Sem fins lucrativos	Básica, média e alta	Oncologia
Hospital do Coração	Empresarial	Alta	Geral
Hospital Evangélico	Sem fins lucrativos	Básica, média e alta	Geral
Hospital Gastroclínica	Empresarial	Média	Gastrologia
Irmandade Santa Casa de Londrina	Sem fins lucrativos	Alta	Geral
Hospital Mafalda Kallas	Empresarial	Média	Estética
Hospital Mater Dei	Sem fins lucrativos	Média	Geral
Hospital Maxwell	Empresarial	Média	Psiquiátrico
Hospital Nova Vida	Sem fins lucrativos	Média	Psiquiátrico
Hospital Ortomed	Empresarial	Média	Ortopédico
Hospital Ortopédico	Empresarial	Básica, média	Ortopédico
Hospital Otorrino	Empresarial	Básica, média	Otorrinolaringologia

Quadro Referencial 1: Distribuição da rede hospitalar e serviços de atenção domiciliar localizados no município de Londrina por natureza, nível de complexidade e especialidade. (Conclusão)			
Hospital	Natureza	Nível de complexidade	Especialidade
Hospital Otorrino	Empresarial	Básica, média	Otorrinolaringologia
Hospital Universitário	Pública	Básica, média e alta	Geral
Hospital Vascular	Empresarial	Média, alta	Angiologia
Hospital Vida	Sem fins lucrativos	Média	Psiquiátrico
Hospital Zona Norte	Pública	Média	Geral
Hospital Zona Sul	Pública	Média	Geral
Serviço de atenção domiciliar - SAD	Público	Básica e média	Assistência domiciliar

Fonte: Sistematização realizada pela pesquisadora, com base no levantamento de informações no CNES, realizado no período de setembro a dezembro de 2020.

As informações identificadas no CNES indicam que há instituições que mantêm mais de uma unidade hospitalar, como é o caso do Hospital do Coração, que mantêm o Hospital do Coração na unidade Bela Suíça e a Irmandade Santa Casa de Londrina - ISCAL, que mantêm o Hospital Mater Dei e o Hospital Infantil Sagrada Família. Sendo assim, a partir do levantamento, identificamos 23 unidades hospitalares e 3 serviços de atenção domiciliar instalados no município de Londrina.

A partir disto, em setembro de 2020 fizemos mais uma aproximação que ocorreu via contato telefônico para a identificação dos hospitais e serviços que se enquadrariam na amostra da pesquisa, ou seja, que tenham instituído os cuidados paliativos, e que mantêm em seu quadro funcional assistente social atuando e compondo ações e/ ou equipes de cuidados paliativos - como já havíamos dito antes, e identificamos 07 hospitais e 03 serviços de saúde.

Assim, os hospitais e serviços que têm instituído ações e/ou equipes de cuidados paliativos são elencados no quadro referencial 2.

Quadro referencial 2: Distribuição dos hospitais e serviços que mantêm em seu quadro funcional assistentes sociais e tem instituído ações e/ou equipes de cuidados paliativos.

Hospitais/serviços	Número de assistentes sociais	Assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI	01	01
DOM - UNIMED	02	02
Hospital do Câncer de Londrina	03	01
Hospital do Coração	02	01
Hospital Dr. Anísio Figueiredo (Hospital Zona Norte)	02	01
Hospital Eulálio Ignácio de Andrade (Hospital Zona Sul)	02	02
Hospital Evangélico	01	01
Hospital Infantil	01	01
Hospital Santa Casa	02	01
Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	01	01
TOTAL	17	12

Fonte: Sistematização elaborada a partir de dados coletados via telefone para identificação de assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos nos serviços hospitalares e atenção domiciliar - período de fevereiro a maio de 2020.

Mesmo mantendo em seu quadro de funcionários a assistente social atuando em cuidados paliativos, o hospital Zona Norte não foi considerado na construção da amostra da pesquisa, uma vez que é o *locus* de trabalho da pesquisadora.

Assim, localizamos 11 assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos, das quais 07 (sete) profissionais aceitaram participar da pesquisa. A partir da localização das assistentes sociais, estas foram convidadas a participar da pesquisa por meio de ofício (apêndice A). Para preservarmos a identidade dos sujeitos, ao longo do texto, não há referência aos nomes das profissionais e ou local de trabalho

e trataremos todos os sujeitos da pesquisa no feminino visto que são todas mulheres. As profissionais serão identificadas como AS, sendo numeradas de 1 a 7 de forma aleatória.

Sobre as características e informações iniciais das assistentes sociais participantes da pesquisa, todas se declaram mulheres e professam a religião católica. Evidenciamos que quanto a etnia autodeclarada, duas são amarelas e as demais brancas, com idade entre 32 a 57 anos.

Com relação à formação, todas realizaram tanto a graduação quanto pós-graduação na modalidade presencial. Entre as assistentes sociais entrevistadas, 6 realizaram especializações. Os cursos de especialização são nas seguintes áreas: educação especial, recursos humanos e marketing interno, gestão de projetos, e em aproximação com a área da saúde e cuidados paliativos, há cursos de gestão de políticas públicas e saúde, aconselhamento hospitalar e bioética. A partir destas últimas especializações citadas, vemos uma relevância destes conhecimentos para a atuação em CP, que podem trazer reflexões e direcionar para a tomada de decisão referente a vida limitada e sobre questões éticas.

Sobre o tempo de atuação na área da saúde, o tempo mínimo de trabalho realizado por uma assistente é 5 anos e o máximo 30; as demais estão na média de 13 anos de trabalho na área. Isso também corresponde ao tempo em que trabalham na instituição de saúde. Todas as assistentes sociais entrevistadas indicaram que esta é a primeira experiência de atuação em cuidados paliativos.

Para a coleta de dados, o instrumento utilizado para a pesquisa com as assistentes sociais foi a entrevista na modalidade semiestruturada (apêndice B). De acordo com Duarte (2004),

[...] a entrevista possibilita situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a “provocar” um discurso mais ou menos livre, mas que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto investigado. (DUARTE, 2004, p. 216).

Em vista disso, os elementos levados em consideração na entrevista possibilitaram o estabelecimento de relações entre o problema, os objetivos da pesquisa e os sujeitos pesquisados, entendendo o cotidiano de trabalho a partir das relações construídas pelas assistentes sociais, o que será tratado no quarto capítulo. Análogo a isso, Minayo (1998) e Severino (2007) afirmam que a entrevista possibilita a coleta de informações diretamente com os sujeitos pesquisados. Possibilita

também que o informante aborde livremente o tema proposto, proporcionando ao pesquisador apreender o que pensam os sujeitos, o que sabem, o que fazem, bem como sua argumentação.

A partir de situações já vivenciadas e acumuladas pelas assistentes sociais, foi possível identificar as ações e atividades desenvolvidas, conhecendo a experiência dos sujeitos, o modo como compreendem e executam o seu trabalho. Esse conjunto de informações foi fundamental para a elaboração tanto da análise dos dados como dos resultados da pesquisa. Deste modo, para tratamento e análise das informações e dados obtidos pela pesquisa, foi utilizada a análise de conteúdo. Severino (2007, p.122) indica que a análise de conteúdo atua sobre a fala, sobre o sintagma, descreve, analisa e interpreta as mensagens por trás das palavras.

Nesta mesma vertente, Bardin (2011) considera que a análise de conteúdo é atitude interpretativa suscitada por procedimentos técnicos de análise da comunicação para conhecer o que está atrás da palavra, ultrapassa a incerteza da mensagem. Por isso adotamos a análise de conteúdo, entendendo então que é um momento em que há potencialidade para balizar as contribuições e aproximação com as interpretações dos sujeitos. Assim, a pesquisa partiu da base dos conhecimentos e reflexões produzidos na contemporaneidade sobre o tema, seguindo também a metodologia, o que possibilitou formular elementos para aproximação ao objeto.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (anexo A) no mês de novembro de 2020, e de acordo com a disponibilidade das assistentes sociais, as entrevistas foram agendadas via telefone e realizadas nos meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021. A pedido das assistentes sociais, o roteiro de questões foi enviado antecipadamente por *e-mail*.

Em decorrência do contexto pandêmico, duas assistentes sociais estavam trabalhando na modalidade de trabalho remoto. Deste modo, uma das entrevistas aconteceu por meio de plataforma digital com a utilização do aplicativo *google meet* e a outra aconteceu na residência da entrevistada. As demais entrevistas foram realizadas no ambiente institucional, local de trabalho das assistentes sociais.

A receptividade das assistentes sociais foi ótima, elas se mostraram abertas ao diálogo e à troca de experiências; receberam e assinaram o Termo de Livre Consentimento (apêndice C). As entrevistas seguiram o roteiro estabelecido, e tiveram o tempo médio de duração de 30 minutos, incluindo um tempo para uma fala

livre ao final. Todas as entrevistas foram gravadas e a transcrição foi realizada pela própria pesquisadora e sistematizada em uma tabela a fim de otimizar a visualização das respostas e ao mesmo tempo possibilitar a análise das informações emitidas pelas assistentes sociais.

O conteúdo desenvolvido até aqui se trata do primeiro capítulo em que foi feita a indicação do interesse sobre o tema, apontando que as necessidades sociais do paciente e de familiares são elementos para as ações em cuidados paliativos. Neste capítulo foi também apresentado qual o percurso metodológico percorrido para evidenciar o trabalho do assistente social em cuidados paliativos.

O segundo capítulo trata sobre Política de Saúde e a perspectiva dos cuidados e cuidados paliativos apontando para normativas que regulamentam os cuidados paliativos. Com isso, foi possível a construção de uma linha do tempo mostrando a estruturação da política de cuidados paliativos. Também neste capítulo são abordados os cuidados paliativos como possibilidade de cuidados para o final da vida, apresentando a estruturação dos serviços em Londrina.

O terceiro capítulo aborda o trabalho de assistente social em cuidados paliativos, destacando o que particulariza este ofício na área nos cuidados paliativos e as alterações sofridas no trabalho em contexto pandêmico.

Por fim, no quarto capítulo, destacamos a experiência de cuidados paliativos na cidade de Londrina apresentando as ações e estratégias desenvolvidas no trabalho em equipe e intersetoriais. Com isso foi possível caracterizar como se expressa e movimenta o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais.

Pela dinamicidade do tema deste trabalho, os resultados da pesquisa foram organizados, desenvolvidos e apresentados desde o primeiro capítulo, proporcionando a interação com os sujeitos e o conteúdo apresentado por eles.

CAPÍTULO 2 - POLÍTICA DE SAÚDE: PERSPECTIVA DOS CUIDADOS E CUIDADOS PALIATIVOS

Este capítulo contextualiza de forma breve a política de saúde, enfatizando a sua formulação, que é resultado de grandes mudanças políticas e lutas sociais ocorridas na história social e política do país, e liderada por vários sujeitos, movimentos sociais e sindicais, a igreja, trabalhadores da saúde são alguns dos atores que compuseram este cenário, (SANTOS, M., 2013). Na relevância do contexto político e econômico no qual a política de saúde se erigia (BEHRING; BOSCHETTI, 2011) vemos que saúde era relacionada a conquista da classe trabalhadora.

Assim, este capítulo enfatiza a formulação da política de saúde e as modificações propostas a partir da Constituição Federal de 1988, apontando para o contexto sócio histórico que colaborou para a concepção de um sistema único e público de saúde no Brasil. Para isso recorreremos a autores como Paim (2012), Matta (2007), Teixeira (2007), Matos (2009), entre outros, que respaldam a compreensão de como a política de saúde foi estruturada e a relação aos cuidados.

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE E A RELAÇÃO DOS CUIDADOS

Neste item, abordamos a política de saúde pensando a relação dos cuidados. Para isso, foi necessário permear como se constituiu a política de saúde no Brasil, o que possibilita a compreensão dos modelos de cuidados que respondem às reivindicações da sociedade.

No contexto de reprodução capitalista e de mobilizações das classes sociais, a política social é reconhecida e se estabelece como meio de intervenção do Estado para proteção e reprodução da força de trabalho. Behring e Boschetti (2011) contextualizam que as políticas sociais surgem no Brasil como incrementação da intervenção estatal a partir dos anos de 1930 do século XX, como também para amenizar as expressões da questão social e suas mudanças, que segundo as autoras, estão relacionadas ao momento político, econômico e cultural diante da expansão do capitalismo.

De acordo com Behring (2009), o processo de formação da política social do país decorre da dinâmica da ordem do capital e das lutas sociais dos trabalhadores.

A questão da saúde já aparecia no movimento operário como reivindicação necessitando da intervenção do Estado (BRAVO, 2009).

No século XVIII, 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 a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30. (BRAVO, 2009, p. 89).

Diante disso, vemos que, para resolver problemas de saúde relacionados à manutenção da mão de obra dos trabalhadores, condições de higiene e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, foram observados diversos modelos de cuidados. De acordo com Matos (2009), no século XX na década de 20, a saúde era relacionada a questões de saneamento básico voltadas às ações higienistas e de controle de epidemias. A assistência médica curativa era prestada a quem pudesse pagar e aqueles que não dispunham de recursos financeiros eram atendidos pelas instituições filantrópicas.

Para atender gradativamente as questões de saúde postas pelos trabalhadores, foram construídas instituições públicas de higiene e saúde, reservado a combater as epidemias urbanas e posteriormente as endemias rurais. Os trabalhadores se organizavam em Caixas de Assistência mantidas por eles para receber assistência médica, auxílio de pensão e de medicamentos. Sobre isso, Bravo (2009) aponta:

[...] a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPS eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. [...]. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2009, p. 90).

As Caixas de pensão foram o embrião do sistema previdenciário brasileiro e as iniciativas de organização da saúde passaram a ter intervenção do Estado, com a redefinição de seu papel de forma mais evidente e efetiva na década de 1930, do século XX, no processo de industrialização e do surgimento das políticas sociais,

(BRAVO, 2009). Neste período das décadas de 20 a 30 do século XX, a política de Saúde visa a saúde pública e a medicina previdenciária tem como foco principal a assistência à saúde voltada para o controle da manutenção e preservação da força de trabalho com cuidados e práticas sanitaristas no modelo de assistência campanhista, que:

[...] influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960 (MATTA; MOROSINI, 2008. p. 40).

As questões de saúde eram tomadas como medidas estratégicas voltadas para atender o trabalhador assalariado e, ao mesmo tempo, responder às necessidades do capital que emergiram como questão social. De acordo com lamamoto (1997, p. 27), "a questão social é o conjunto de expressões das desigualdades da sociedade madura", no contexto da relação capital trabalho e que se manifesta na vida cotidiana, exigindo intervenção estatal.

Nas décadas seguintes, evidenciou-se a atribuição do caráter político da saúde, cujo objetivo foi o de aprofundar a consciência sanitária e a análise da saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais, considerando as determinações sociais, ou seja, o conjunto das condições sociais nas quais os indivíduos vivem, trabalham e do processo saúde e doença.

Nesse sentido, destacamos que a Organização Mundial de Saúde - OMS definiu em 1948 o conceito de saúde como não sendo apenas a ausência de doenças, mas como estado completo de bem-estar físico, mental e social. Isso demonstra que as organizações de saúde já consideravam referenciais ligados às condições sócio históricas, as condições de vida experienciadas pelos indivíduos, e as ações executadas pelo Estado.

A política de saúde no Brasil nos anos de 40 a 60 do século XX continuou priorizando a modalidade fundamentalmente curativa e foi demarcada pela conjugação da verticalização das ações políticas, focalizadas em doenças endêmicas e infectocontagiosas. Tivemos também destaque para medicina social, onde as doenças eram relacionadas a problemas sociais, ocorrendo a ampliação de

campanhas contra doenças e desenvolvimento de serviços com este direcionamento. Neste sentido, Bravo (2009) destaca:

A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2009, p. 92).

No entanto, a assistência médica era garantida aos trabalhadores com carteira assinada. A direção do governo para política de saúde estabelecida no Brasil apontava no sentido da formação das empresas médicas, estruturadas no atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos. Ainda neste indicativo, Bravo (2009) afirma que a corporação médica era voltada para interesses capitalistas do setor e forçava financiamento através do Estado, para a produção privada, defendendo nitidamente a privatização para estrutura hospitalar e formação de empresas médicas.

A assistência à saúde no século XX até 1960 distingue-se basicamente pelo modelo médico-sanitário com vertentes bastante distintas: a epidemiológica para o controle das doenças em escala social e a clínica focada na recuperação da força de trabalho. Assim, a saúde foi se estruturando entre saúde pública e a medicina previdenciária, com direito a atendimentos médicos somente a quem fizesse parte do sistema previdenciário.

A extensão da cobertura previdenciária na década de 70 do século XX se deu de maneira a atingir quase a totalidade da população urbana, inserindo trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. Contudo o sistema de assistência à saúde operava basicamente através de convênios com a rede privada ao invés de investir no aumento e na qualidade da rede própria de serviços, o que o Estado justificava ser mais viável.

O Estado atuava mediante a medicina previdenciária e os serviços públicos federais, estaduais e municipais, enquanto a iniciativa privada buscava alternativas de consolidação e expansão, quer vendendo serviços para a Previdência Social, quer buscando nichos de mercado em torno da medicina liberal, quer estruturando a assistência suplementar por meio da medicina de grupo, das cooperativas médicas, dos planos de autogestão e do seguro-saúde. (PAIM, 2004, p. 16).

Com isso, o setor médico privado teve condições de se estruturar e expandir, evidenciando a expressão da mercantilização da saúde através da relação público-privada. A partir da ampliação dos serviços evidenciou-se o foco hospitalocêntrico.

[...] a partir da década de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos, e atenção à saúde foi-se tornando sinônimo de assistência hospitalar. Trata-se da maior expressão na história do setor saúde brasileiro da concepção médico-curativa, fundada no paradigma flexneriano, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 40).

A atenção à saúde no modelo médico assistencial privatista apresenta a separação entre prevenção e cura, revelou que a atenção à saúde era inadequada e sem integralidade.

Apesar do grande investimento na saúde e na ampliação dos serviços, os gastos foram desordenados sem que pudessem representar melhor condições de assistência direcionada a saúde da população, (Paiva; Teixeira, 2014), o que favoreceu a tensão social e evidenciou a crise da saúde aliada ao momento de crise econômica internacional ocasionada pelo aumento do petróleo. Acarretou, então, para o Brasil hiperinflação e diminuição do crescimento econômico.

A crise na saúde foi marcada pela incapacidade do Estado de controlar os gastos na área e pelo modelo de cuidado que predominava o mecanicismo, que considerava o corpo humano uma máquina, além do biologismo que visava apenas à questão biológica da saúde, não considerando questões para além da doença. Pratta e Santos (2009), apontam que este modelo de atenção apresentou impactos para o entendimento do processo de saúde-doença, por ser fragmentada, centrada em especialidades e desconsiderar a subjetividade. No entanto, o modelo hegemônico de assistência centrado na medicina especializada e em hospitais permaneceu no século XX até os anos de 1980.

Ainda no final dos anos de 1970 do século XX, segmentos sociais mobilizados, criticando as práticas de saúde, de atenção médico-hospitalar, apresentaram o debate acerca da defesa dos direitos à saúde com a democratização do atendimento, do acesso universal. Este posicionamento de defesa de um modelo de integralidade, conforme as necessidades de saúde da

população, foi sugerido na Conferência Internacional os Cuidados Primário de Saúde, evento promovido pela Organização Mundial da Saúde OMS no ano de 1978.

Nesta Conferência, foi elaborada a Declaração de Alma Ata (Brasil, 2002), que reafirmou a saúde como sendo bem-estar físico, mental e social e indicou a promoção e proteção da saúde cura e reabilitação, considerando cuidados primários. Entretanto, essas discussões só ganharam corpo com o movimento da reforma sanitária na década seguinte.

Segundo Bravo (2009), o Brasil na década de 80, superando o regime ditatorial, caminhou para redemocratização, enfrentando uma profunda crise econômica. Com relação à organização da política de saúde, o país apresentou um contexto com fortes tendências democráticas, considerando primordial as ações de controle sobre as necessidades sociais básicas das pessoas. Isso provocou na saúde um movimento significativo que contou com a participação de novos sujeitos sociais, movimento urbano, igreja, categoria profissional e outros que visavam também a ênfase em cuidados primários, universalização do acesso.

A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; [...] (BRAVO, 2009, p.95).

As contribuições da sociedade também são sinalizadas por Paiva e Teixeira (2014), pontuando que na perspectiva democrática o movimento debateu propostas de universalização de acesso, saúde como direito, ampliação dos cuidados e instituição de um sistema único. Essas propostas foram debatidas em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo aprovadas as principais demandas. O consenso político viabilizou a configuração do projeto da Reforma Sanitária, ampliando o conceito de saúde, a democratização da saúde como direito de todos e dever do Estado e instituição do SUS. Em síntese, a estruturação da política de Saúde ultrapassou a análise setorial, (Bravo, 2009) preconizando não só o sistema único, mas também a Reforma Sanitária.

A conferência ponderou também que a saúde é resultante das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer,

liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Estas proposições da 8ª Conferência foram relevantes e de acordo com Bravo, (2009), Paim (2004) e Paiva e Teixeira (2014) serviram de base para o texto que versou sobre saúde e grande parte das sugestões foram assimiladas na Constituição Federal de 1988, instituindo também o Sistema Único de Saúde.

Assim, o Brasil passa a ter uma compreensão mais extensa de saúde reconhecida no texto constitucional, direcionando suas tendências para progressivas mudanças dos serviços que passam do modelo assistencial e focado na doença para um modelo de atenção integral, ampliando o conceito de saúde. A universalidade da saúde com um direito constitucional representa a conquista do movimento sanitário na construção e reconhecimento da Política Nacional de Saúde.

Entendida como decisões de caráter geral, a política de saúde torna pública as intenções de atuação do Estado e orienta o planejamento, tornando transparente a ação do governo, potencializando recursos e reduzindo a descontinuidade administrativa, constituído diretrizes e definição de responsabilidades do Estado, (BRASIL, 1998). A concretização da política de saúde considera, então, a saúde como um dos direitos sociais e responsabilidade do Estado na garantia e organização, devendo ser disponibilizada de forma integral.

Esta garantia de organização de serviços de saúde foi fortalecida com a Lei 8080, promulgada em setembro de 1990 que institui o Sistema Único de Saúde - SUS e também dispôs sobre a promoção proteção e recuperação da saúde, direcionada pelos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como 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;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;

- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

Destacamos os princípios universalidade, integralidade e equidade, uma vez que são os principais reconhecidos no texto constitucional, para pensarmos os cuidados em saúde.

A universalidade pressiona em termos de qualidade; oportuniza sua utilização por todas as classes sociais (Paim; Silva, 2010). Vemos que conceber e implementar serviços de saúde com características de universalidade pode ser uma estratégia de assegurar para todas as classes serviços de melhor qualidade.

O sistema integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. A integralidade da assistência é 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 (PAIM; SILVA, 2010). Neste mesmo sentido, a Política Nacional de Promoção à Saúde considera que a integralidade vai além da articulação de estratégias de produção da saúde, implica na escuta dos trabalhadores e dos usuários, da sua história e condições de vida respeitando suas necessidades e considerando suas especificidades em saúde (BRASIL, 2014).

A integralidade é pensar a atenção em rede, como objeto de reflexão e de novas práticas, é compreender com os movimentos da rede. A integralidade não ocorre em um único lugar (FRANCO; MERHY, 2013). Segundo Cecílio (2009), isso acontece porque são várias tecnologias em saúde distribuídas em diversos serviços, para o atendimento em saúde conforme a especificidade e que não há integralidade e equidade sem universalidade.

Para Cecílio (2009), Paim e Silva (2010), a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, ou seja priorizar

aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade. Para isso, é necessário pensar os processos de organização e de trabalho.

Os princípios do SUS, partindo das prerrogativas da Constituição Federal de 1988 do século XX, reconhecendo as necessidades sociais, estabelecem a sustentabilidade e legitimidade, responsabilizando o Estado com relação à saúde na perspectiva da questão da transformação e organização das práticas de saúde. Um fato importante para esta organização foi a garantia do princípio organizativo da Lei 8080/90 consolidado pela Lei 8142, de dezembro de 1990, que destaca a importância da participação popular e também dispõe sobre a transferência de recursos financeiros governamentais, possibilitando o controle social.

Estas Leis apresentam a estruturação normativa da Política de Saúde, regulamentando assim o Sistema Único de Saúde. A organização, dinâmica e definição de estratégias da Política de Saúde está sobre a lógica da universalidade de acesso; da integralidade da assistência; e da equidade de assistência à saúde, assegurando ações e serviços gratuitos para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Vivenciamos avanços da política social com a introdução da seguridade social na Constituição de 1988 ratificando a saúde, previdência e assistência social na perspectiva de proteção social e implementação dos direitos sociais como sendo questão pública e de responsabilidade do Estado (BRAVO, 2009). A partir dos anos 90 do século XX, com o redirecionamento do papel do Estado, sobre a influência da política de ajuste neoliberal, houve redução de financiamento e dos direitos sociais, aumento da precarização do trabalho, das políticas sociais e do sucateamento da saúde.

Isso beneficiou principalmente a expansão do setor privado configurado ao longo de décadas e o Estado demonstrou na condução da política de saúde a prerrogativa de diminuir os custos e melhorar o atendimento. Porém, a relação simbiótica entre o público e o privado na política de saúde, caracterizada por um sistema interação e vínculo. Nesta o setor privado teve no setor público a segurança de um mercado certo, de organização empresarial de assistência privada e alocação de recursos financeiros públicos (MENICUCCI, 2007).

Para Bravo (2009), a saúde ficou vinculada ao mercado e as propostas da política de saúde construídas na década de 80 do século XX tiveram os custos reduzidos e gastos racionalizados. Assim, houve uma forte tendência a

refilantropização com omissão do Estado nas fiscalizações das ações do SUS que descumpria o disposto constitucional se afastando dos princípios da integralidade, equidade e universalidade.

O Estado, segundo Menicucci (2007), se desenvolve e vai traçando suas características na política de saúde, demonstrando sua abertura aos interesses e modelos privados, ao mesmo tempo em que aprofunda sua intervenção na área da saúde a partir de formas diversas de relacionamento com o setor privado garantindo o financiamento e o acesso.

[...] o sistema de serviços de saúde ainda é fragmentado e subordinado a lógicas distintas: desde o interesse público ao objetivo de lucro e acumulação de capital, passando por espaços de realização de privilégio de corporações e de trocas clientelistas de partidos políticos (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1827).

Contudo, a ação governamental se tornou instrumental aos interesses capitalistas, condicionada às pressões das classes dominantes, sendo necessário que o Estado regularize o mercado para a garantia dos direitos sociais constitucionais com o pressuposto político de desenvolvimento econômico e social. A possibilidade de superação do modelo privatista e curativo da política de saúde foi relevante no processo de construção cotidiana do Sistema Único de Saúde, apresentando propostas de ações e intervenções para a superação da fragmentação da saúde.

A centralidade histórica no modelo de atendimento em saúde com perspectiva biologizante e tecnicista que tem o enfoque na doença e não na pessoa colaborou para relações burocráticas e impessoais invertendo e desconsiderando os determinantes sociais como possibilidade de interferência (PRATTA; SANTOS, 2009). Diante disso, devemos considerar a relevância da organização e formulação das políticas de saúde, primando pela integralidade e universalidade na assistência em saúde.

Neste sentido, busca-se um modelo de atenção que preze para promoção da vida, relacionado a condições determinantes de saúde, como habitação, lazer, cultura, meio ambiente e renda. O modelo de atenção, ou seja, no modo de prestar cuidados, a ação deve ser reorganizada para a efetivação do direito à saúde e do acesso aos serviços.

Estas ações e serviços estão em direção única de descentralização política administrativa e financeira. Na conformidade dos princípios do SUS, estão organizadas em ações de assistência, as ações preventivas e os serviços de saúde, compreendendo diferentes densidades tecnológicas nos diferentes níveis de atenção. Sendo a atenção primária a porta de entrada do sistema, há também a atenção secundária ou média, e atenção terciária ou de alta complexidade.

[...] O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de "modelos" alternativos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 8).

Os aspectos gerais que caracterizaram o período de 1930 a 1990 do século XX mostram que os modelos de atenção à saúde no Brasil se relacionam com as escolhas políticas priorizadas para enfrentamento das situações de saúde no país. Sobre isso, Paim (2012) discorre que o modelo médico hegemônico e o modelo sanitário convivem historicamente de forma contraditória ou complementar, ou seja, atendendo a lógica das demandas ou a lógica das necessidades e não expressando a integralidade.

O modelo hegemônico é caracterizado pelo individualismo e prática médica centrada na saúde/doença como mercadoria, priorizando a medicina curativa. O modelo sanitário é predominante no Brasil e tem sua atuação voltada para políticas intersetoriais e conhecimento biomédico. Paim (2004) afirma que os modelos alternativos de atenção estão sendo considerados reestruturantes no SUS como estratégia para a ampliação das ações que reorganizadas na atenção básica, apoiam-se na vigilância da saúde, na busca de prevenção de risco, controlando doença e promovendo a saúde em ações organizativas, de acolhimento e distritalizadas (reconhecimentos dos serviços no território).

A conformação histórico-social aponta que a construção do SUS na Política Pública de Saúde apresenta resoluções políticas para questões vinculadas à condução da gestão e para os modelos de atenção à saúde, a fim de atender às demandas. Os autores Paim (2004), Matta (2007), Matos (2009) e Bravo (2009), que subsidiam o entendimento da política de saúde convergem na indicação que

questões de saúde relativas à efetivação do direito, ao acesso aos serviços, à reorganização da atenção à saúde, às práticas e aos modos de prestar cuidados são elementos constituintes do modelo atenção em saúde.

Paim (2003) sinaliza que o modelo assistencial é uma forma de atender às necessidades em saúde de modo individual ou coletiva, sendo o que orienta a ação é a organização dos meios de trabalho. Ele expressa ainda:

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços – populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade... (PAIM, 2003, p. 567).

Portanto, consideramos que, na estruturação dos modelos de assistência está o entendimento da organização dos cuidados. Os serviços de saúde se relacionam, se estruturando em modelos de atenção à saúde de acordo com o grau de complexidade. Assim entendemos que podem ter relação também com os cuidados para o fim de vida.

Percebemos que o cuidado em saúde abrange as respostas às necessidades de saúde. Para Paim (2004) e Cecílio (2009), as necessidades não são apenas médicas ou de saúde, mas elas estão também presentes nas condições de vida, no que é necessário para ter saúde ou prolongar a vida. Estas respostas, configuradas no modelo de atenção (PAIM, 2004; 2012), são organizadas em serviços de saúde: a assistência, o cuidado em determinada organização, infraestrutura e gestão, perpassando diferentes práticas assistenciais, que articula com os diversos saberes e técnicas subsidiam a condução da ação do cuidado, de acordo com o contexto social de cada indivíduo.

Partindo do exposto acima, e do conceito de cuidados a partir do SUS (Brasil, 2010), que é dispensar atenção, acolher e respeitar em uma dimensão de integralidade o ser humano por meio das práticas de saúde. Já Paim (2012) indica que cuidado se refere a técnicas, ações ou práticas, complementando com Ayres (2004), que sinaliza que as dimensões propriamente técnicas das práticas de saúde, são implicações do cuidado e que designam atenção ou assistência.

Os modelos de atenção são entendidos por Paim (2004) como grande desafio para a política de saúde, pois enquanto vão na perspectiva da integralidade da ação,

e não sendo excludentes para outros, é priorizada a humanização dos serviços. Entendemos que as relações de cuidados estarão também em risco uma vez que à atenção em saúde demanda a necessária articulação entre as diversas políticas sociais.

Outro desafio é que, para atingir os objetivos de ampliação de serviço, e tornar as políticas de saúde mais eficazes e garantir a universalização, é imprescindível o recurso de financiamento do SUS, e este é o ponto nevrálgico do debate político. O financiamento envolve a gestão, alocação de recursos e prestação de serviços a partir das atribuições definidas entre os entes federativos para que sejam alcançados os princípios constitucionais. Menicucci (2007) pondera que:

[...] grande parte das demandas e críticas sobre o sistema de saúde após a criação do SUS é dirigida ao seu financiamento, a cujas deficiências são creditadas as principais dificuldades para sua implantação e para garantir o direito à saúde (MENICUCCI, 2007, p. 207).

Nos primeiros anos do SUS, houve uma degradação acentuada da qualidade dos serviços de saúde diante da cobertura universal e carência de financiamento estável. Bravo (2009) indica que o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos comprometeu as possibilidades de avanço do SUS, sendo sentido principalmente quando é necessário acessar serviços de maior complexidade ou ainda quando a demanda é maior que a oferta.

A discussão política sobre o sistema público está no financiamento do SUS como forma de viabilização sistêmica e como promover a descentralização política e promover a participação da sociedade para alcançar a universalização e o fortalecimento do SUS constitucional diante precarização dos recursos humanos em decorrência do desfinanciamento e proposta de redução do Estado com a privatização dos serviços públicos.

De acordo com Bravo (2009), o desfinanciamento das políticas apresenta consequências visíveis na política de saúde, destacando a baixa qualidade dos serviços, como a falta de recursos, e com a não unificação do orçamento, ferindo os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade.

Em 2016, o governo aprovou a Emenda Constitucional 95, que é o saldo das propostas de emendas 241 e 55 que implementaram um novo regime fiscal limitando os gastos públicos por 20 anos e congelando a aplicação de recursos em setores

críticos como educação e saúde. É fixado um teto de gastos correspondente aos orçamentos anteriores, ou seja, os gastos ficam desvinculados do crescimento da receita que possa ter nestes 20 anos, no caso da saúde foi fixado com base no ano de 2017.

A EC 95 desconsiderou as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas e a própria inflação de saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 2019).

Na prática, evidenciou-se o corte nos gastos públicos, sob o pretexto de equilibrar as contas públicas. Este contexto de ajustamento provoca o desmonte das políticas sociais e uma ameaça às conquistas no campo social, impossibilitando o planejamento e expansão das políticas sociais, acarretando perdas e retrocessos na garantia de direitos.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTEXTO PANDÊMICO

Outra situação delicada na política de saúde foi a pandemia do COVID-19, que é uma doença infecciosa respiratória grave causada pelo SARV-CoV-2, (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave - 2). O novo Coronavírus foi detectado em Wuhan na China no final do ano de 2019 como grande potencial de transmissibilidade. Em janeiro de 2020, já havia ultrapassado as barreiras da Ásia, sendo identificado nos Estados Unidos e em outros países do mundo.

No Brasil, mesmo sem registros confirmados de infecções, em 22 de janeiro foi ativado o Centro de Operações de Emergências (COE), iniciando orientações para resposta ao COVID-19, definindo ações de gestão, vigilância e assistência à saúde estabelecendo equipes de profissionais e estratégias para as Secretarias de Vigilância em Saúde (COE, 2020).

O plano de contingência elaborado pelo COE do Ministério da Saúde Nacional apresentou respostas para o enfrentamento à situação de emergência pública, sendo recomendado o seu espelhamento pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. No Paraná, a resposta do enfrentamento a COVID-19 seguiu

conforme as diretrizes nacionais para a mobilização das ações de vigilância e controle (SESA, 2020). No município de Londrina o plano de contingência consequentemente seguiu o plano Estadual que foi embasado no plano Nacional.

Leis, decretos e portarias federais foram destinados ao enfrentamento emergencial de saúde pública decorrente do COVID-19 e destacamos as que acreditamos que afetam as condições de cuidado. A Presidência da República sancionou em 6 de fevereiro de 2020, Lei nº 13.979, que definiu serviços públicos, as atividades e trabalhadores essenciais no controle da pandemia. A assistente social neste momento inicial não estava elencada no rol de trabalhadores essenciais.

O Ministério da Economia, por meio da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, em 19 de março de 2020 pela portaria nº 8.024, dispõem que o atendimento dos segurados e beneficiários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública seriam mantidos por plantão reduzido, prestado através dos canais de atendimento remoto e por meio da central de atendimento telefônico 135.

Constatamos que a tramitação dos benefícios previdenciários ficou ainda mais burocratizada ou foram suspensas. Outro agravante é a dificuldade dos trabalhadores no acesso aos meios digitais utilizados para este fim. Isso incidiu também nos cuidados de saúde, pois pacientes internados, institucionalizados em ILPIs e com dificuldades de mobilização como os acamados não conseguiram acesso a este direito que poderia lhe garantir a manutenção de suas necessidades em saúde.

Em 20 de março de 2020, foi reconhecido através do Decreto Legislativo nº 6 o estado de calamidade pública que dispõe sobre adoção de ações emergenciais. O estado de calamidade pública permite ao governo adotar as medidas necessárias para superação da situação de crise mesmo que estas ultrapassem o teto de gastos públicos extrapolando a meta fiscal.

A Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, sancionada pela Presidência da República trata da suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas referentes à produção de serviços contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sendo disposto também nesta Lei a dispensada a licitação para aquisição de bens, serviços e insumos de saúde. Em decorrência desta lei, muitos serviços

ambulatoriais e cirurgias eletivas foram suspensos, a prestação de serviço de saúde foi prejudicada e recursos foram redirecionados para a questão emergencial.

Com a anuência do Presidente a Lei nº 14.147, de 26 de abril de 2021, dispõe sobre a instituição do Programa Pró-Leitos que incentiva pessoas jurídicas a utilizarem recursos próprios para a contratação de leitos clínicos e de terapia intensiva da rede privada de saúde para uso do Sistema Único de Saúde, conforme as necessidades sanitárias específicas de emergência de saúde.

Observando esta lei, identificamos que os leitos clínicos ou cirúrgicos foram destinados por determinação governamental ao atendimento apenas de paciente acometido pela COVID-19, visto que o sistema público não conseguiu dar vazão às demandas sendo necessário a contratação de leitos e UTIs privados.

Diante do agravamento do contexto pandêmico com o aumento de casos e da situação sobre a determinação de destinação de leitos, apontamos para a fala da AS 6, “fizemos o quarto especial, [para atendimento de pacientes em cuidados paliativos], está tudo lá, mas na hora que apareceu o COVID, ele é maior. Então, o quarto pintado com as cortinas, que a gente pediu tudo certinho, [...] ficou COVID” (AS 6). Foi sinalizado pela entrevistada que a equipe treinada para CP foi destinada para outros atendimentos. Neste sentido, vemos que a alteração ocorreu a partir da complexidade do atendimento de saúde direcionado à pandemia.

Promulgada pelo Presidente em 6 de julho de 2020, a Lei nº 14.020, o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e que também trata da celebração de acordos para redução proporcional de jornada de trabalho e de salário e de suspensão temporária de contrato de trabalho. Muitos trabalhadores, incluindo os trabalhadores da saúde, passaram a trabalhar na sobrecarga ou perderam seus postos de trabalho, isso afetou os cuidados de saúde e a manutenção das famílias.

A Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 teve seu artigo 3º alterado pela lei 14.023 de 08 de julho de 2020, que estabeleceu, entre outros profissionais, as assistentes sociais como profissionais essenciais para o controle de doenças e manutenção à ordem pública, sendo garantindo a este e aos demais imunização prioritária e mecanismos de proteção, mantendo a segurança relativa ao ambiente de trabalho. Sobre recomendações especialmente voltadas aos assistentes sociais, abordaremos mais adiante quando tratarmos do trabalho da assistente social.

A Lei nº 13.979 de 2020 ainda foi alterada em 27 julho de 2020 pela lei 14028 para garantir que receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos à prescrição e de uso contínuo não se aplica ao receituário de medicamentos sujeitos ao controle sanitário especial, com a prerrogativa de medidas de isolamento e para contenção do surto da COVID-19. Esta lei provocou o distanciamento do paciente de avaliações médicas periódicas visto que não era necessário retornar ao médico para a troca de receita dos medicamentos.

O contexto do enfrentamento ao COVID-19 gerou, segundo Castro (2020) e conforme percebemos na fala das entrevistadas, um quadro desolador, pois a desqualificação do potencial do vírus vem em um discurso potencializador do capital de que a economia não pode parar. A classe trabalhadora que depende diretamente do SUS foi relegada a uma maior exposição, aumentando a possibilidade de contaminação e morte em detrimento da manutenção do capital. Podemos considerar a inadequação política para situação de crise e emergência de combate do vírus, com reflexos sociais e econômicos a população especialmente as mais vulneráveis.

As situações postas de desmonte das políticas públicas e o contexto pandêmico requerem vislumbrar uma atenção maior diante da dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e isso vemos evidenciado principalmente no atendimento destinado a pacientes em cuidados paliativos e seus familiares diante de decisões para o final da vida. É necessária valorização da dimensão humana e subjetiva, ou seja, não focar o cuidado apenas na doença, colocando o sujeito como protagonista de cuidado.

2.3 NO HORIZONTE, OS CUIDADOS PALIATIVOS E A TERMINALIDADE DA VIDA: É O FIM?

Quando a morte chamar
Eu quero ter feito tudo que eu pude
Quero ter entendido o que me confunde
E só ter sorrido com quem merecia

Zant

Aqui se faz necessário visualizarmos o que precede os cuidados paliativos, ou seja, a humanização. Deste modo, é relevante para este estudo entender a humanização na política de saúde ao longo das décadas. Os autores como Pessini (2004), Bertachini (2004), Deslandes (2005) entre outros, trazem elementos e normativas que remetem a questões fundamentais, como a relação do cuidar, valorizando a dimensão humana e correlacionando com a construção das políticas em saúde. A conceituação apresentada fundamenta-se na revisão de literatura e na concepção apresentada pelos sujeitos da pesquisa.

A condução política da saúde pós-constituinte, nas diversas práticas cotidianas próprias do processo de atenção à saúde, incidiu no debate sobre a humanização relacionando a qualidade de assistência. A consequência direta da discussão mais ampla sobre o direito à saúde ressalta que este envolve um conjunto de políticas e ações.

Portanto, o essencial do processo de construção do SUS implica a mudança do modelo de atenção à saúde, em busca de efetividade, qualidade e humanização das relações entre prestadores de serviços e usuários, como parte de um processo mais geral de mudança nas concepções acerca da saúde e no desenvolvimento das práticas de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1827).

A humanização se mostra como uma prerrogativa da valorização da dimensão humana e subjetiva, visando o atendimento de qualidade e a construção de ambiente melhor para o paciente e para o trabalho dos profissionais em novas formas de organização. Os processos de gestão, organização dos serviços, e do cuidar como atenção integral, foram debatidos tanto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, como na 11ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2000, e finalizando com a discussão sobre a humanização na atenção à saúde.

Em decorrência dos debates ocorridos nas Conferências e pelas prerrogativas do SUS, a Política Nacional de Humanização - PNH, nasce em 2003 com o direcionamento do reconhecimento da valorização das perspectivas subjetivas, históricas e socioculturais dos usuários e também dos profissionais, proporcionando atendimento por meio de ações humanizadas, inserindo estes sujeitos - profissionais da saúde e usuários - na construção do processo de cuidar desde a sua inserção no serviço de saúde até a sua alta, considerando-os como cidadãos de direitos.

A humanização se apresentava como estratégia de interferência no processo de produção de saúde considerando os sujeitos que, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563).

Sobre a humanização, uma consideração similar é construída por Deslandes (2005). Para a autora, a Humanização incide nas relações e nos processos de trabalho em saúde, destacando a perspectiva da relevância dos recursos humanos no fortalecimento da relação dos trabalhadores de saúde e usuários. Outro aspecto ressaltado é a integração destes sujeitos na gestão do trabalho, nas práticas cotidianas, nas decisões e na construção coletiva.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563).

Isso demonstra a identificação com princípios e orientações já difundidos pelo modelo de políticas e práticas de saúde que o SUS busca construir e que estão voltadas para necessidades reais de saúde. No intuito de reconhecer e considerar o desejo do outro e se tornar a interferência no processo de produção em saúde,

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2003, p. 6).

A política de humanização aponta para novas perspectivas e para as relações que se estabelecem no fazer cotidiano, num cenário de diferentes necessidades em saúde, considerando as necessidades sociais e apresentando ações que devem

influir na qualidade do atendimento em saúde. Em linhas gerais, a Política de Nacional de Humanização apresenta como diretrizes o acolhimento, a clínica ampliada e a defesa do usuário e valorização do trabalhador, estimulando práticas resolutivas, além da racionalização no uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.

Na aproximação do usuário, na compreensão do seu histórico, de suas necessidades e condição social, a humanização na saúde (Brasil, 2003) visa a partir destas perspectivas oferecer um serviço qualificado, estabelecido em três princípios: transversalidade, indissociabilidade e protagonismo. Na transversalidade, a humanização deve estar implantada em todas as políticas e programas de saúde reconhecendo as diferentes práticas de saúde, ou seja, é considerar que os diversos saberes devem dialogar com a experiência de quem é assistido.

Na indissociabilidade, necessita-se de atenção e gestão, ou seja, decisões tomadas em conjunto entre trabalhadores e usuários, os quais devem ser corresponsáveis e conhecer a gestão da rede de serviços, pois as decisões da gestão implicam diretamente na atenção à saúde. Com relação ao protagonismo (BRASIL, 2003) a perspectiva está na corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, é no reconhecimento de cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde.

No processo de valorização da humanização e das práticas em saúde, as diretrizes da política nacional de humanização, Brasil (2003) orienta para o acolhimento com uma escuta qualificada construída em uma relação de confiança; para gestão participativa e cogestão envolvendo trabalhadores e gestores; ambiência que proporcione um espaço acolhedor respeitando a privacidade; a clínica ampliada privilegiando decisões compartilhadas; a valorização do trabalhador; e a defesa dos direitos dos usuários estimulando a autonomia e protagonismo.

Esta organização dos modelos de atenção e do cuidado envolvendo a interação dos sujeitos e o seu meio, proporcionando condições melhores e mais humanas, pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. No entanto, Campos (2005) considera que a humanização depende ainda de mudanças das pessoas, dá ênfase em valores ligados à defesa da vida.

Por isso, falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, "isto

é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde" (BENEVIDES; PASSOS, 2005 p, 570). Neste processo, entendemos que a multiplicidade dos determinantes da saúde se correlaciona com a complexidade das relações entre os usuários dos serviços de saúde, trabalhadores, gestores. Salientamos ainda a necessidade de pensar as práticas de atenção à saúde como experiência de criação em que o movimento de produção de normas não seja só pensar em queixa e conduta.

Com relação a humanização das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS, a Política Nacional de Humanização configura-se um marco teórico-político, sendo compreendida segundo Frossard, (2016), como um vetor fundamental do sistema de saúde, a na perspectiva da transversalmente da rede do SUS. Assim, consideramos que o âmbito político-organizativo e técnico-operativo da Política Nacional de Humanização apresenta elementos relacionais com os cuidados paliativos, pois segundo Deslandes (2005), valoriza e reconhece a subjetividade e o direito dos pacientes.

Humanização dos cuidados em saúde “pressupõe considerar a essência do ser, o respeito, à individualidade e a necessidade de construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p.3).

A humanização dos cuidados implica na compreensão dos sujeitos no mundo e do significado da vida, com práticas de qualidade que resultam na ampliação das ações por meio das quais a relação entre o profissional e paciente ultrapassa a mera ajuda. Vemos que a humanização, a democracia no acesso, assistência integral, universalidade, são elementos imperativos que permeiam as legislações de saúde no Brasil, firmando os cuidados paliativos.

A relação entre a política de saúde, política de humanização e de cuidados paliativos fica explícita em considerações identificadas nas legislações e normativas de saúde, as quais veremos em item específico mais adiante e que ponderam sobre a perspectiva do usuário como sujeito de direito e participante de todo o processo do cuidado.

Especificamente sobre cuidados paliativos, faremos uma breve abordagem sobre a origem dos cuidados paliativos - CP, como foi iniciado no Brasil, correlacionando com a política de saúde.

As primeiras informações sobre os cuidados paliativos remontam à era cristã, a partir dos cuidados paliativos chamado movimento *hospices* o qual abrigava e dava assistência a doentes em fase terminal. Este movimento teve origem na Inglaterra iniciado por Cicely Saunders, que era assistente social, enfermeira e médica e fundou em Londres por volta de 1950 o hospital St. Christopher Hospice. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (2009), pontua que Cicely Saunders afirmava a vida e encarava o morrer como um processo normal e defendia que os cuidados deveriam ser voltados para amenizar o sofrimento dos indivíduos terminais com diagnóstico de doença incurável.

O movimento de cuidados para pacientes fora das possibilidades de cura foi se disseminando por diversos países. No Brasil, iniciativas de cuidados paliativos começaram, segundo Melo (2004), com a promoção de estudos e vinculação técnico científica sobre o tema, através da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), em 1997 com intervenções a pacientes com câncer. Complementando, é afirmado por Gomes e Othero (2017), que desde o final da década de 1990 as práticas de CP no Brasil foram emergentes, ocorrendo em cerca de 40 hospitais, registrando também as primeiras publicações científicas sobre a questão.

Pensar os cuidados paliativos diante do processo de morrer não é diminuir ou prolongar a vida, esgotando as possibilidades de tratamento. Trata-se de não realizar procedimentos invasivos ou fúteis e sim de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, a partir da impossibilidade de cura e viver bem até a morte.

Diante da importância e do significado da relação entre cuidados paliativos e a morte, é essencial antes dar destaque a discussão sobre a morte como processo natural, seguindo para os cuidados paliativos como oferta de suporte para o final da vida.

De acordo com Kubler-Ross, (1998) dentre os diversos temas relacionados à morte digna, os cuidados paliativos são, seguramente, dos mais importantes, o que requer a necessária compreensão sobre as possibilidades de encarar a morte.

Na abordagem clínica (Santos, 2009), a morte é determinada pela perda irreversível do fluxo de fluidos vitais e perda irreversível da alma do corpo, da capacidade de interação corporal e social. Podemos entender a morte como parte da existência humana, como fim dos processos vitais e fisiológicos e estes são

constatados como a morte cerebral ou encefálica, verificados por exames que acusam a falta de atividade elétrica no cérebro.

Para Santos (2009), o conceito de morte é relativo, complexo e mutável, pois é influenciado pelo contexto situacional, social e cultural se relacionando com o comportamento. Vemos que muitos aspectos contribuem para o medo da morte, como o morrer solitário sem os familiares, a falta de informação e salas de emergência em sua impessoalidade. Isso torna o morrer uma situação triste e traumatizante para os familiares, principalmente quando há questões pessoais, sociais ou financeiras não resolvidas que acabam por dificultar também a aceitação da morte e elaboração do luto.

Lidar com situações iminentes de morte precisam de tempo e espaço de aceitação da condição de saúde do/a paciente, da brevidade da vida. É extremamente importante assegurar a consolidação das ações, a permanência dos familiares junto ao paciente, para que as informações e orientações clínicas sejam entendíveis.

De acordo como os estudos de Santos (2009), os pacientes em processo de morte consideram que boa morte é controle da dor e dos sintomas; evitar um prolongamento inapropriado do morrer quando a vida não é confortável e agradável; aliviar o sofrimento da família; obter um senso de controle e fortalecer os relacionamentos com as pessoas amadas. Compactuamos com esta consideração, pois quando as situações familiares e pessoais do paciente estão encaminhadas e ou resolvidas, o processo de final de vida é menos penoso para todos envolvidos, até mesmo para a equipe de cuidados.

Observa-se que a falta de conhecimento sobre o tema pode gerar os motivos de negação aos cuidados paliativos, *“muitas famílias tem um outro entendimento de cuidados paliativos às vezes pensam que é interromper tratamento, ou adiantar a hora da morte.”* (AS 7).

A AS 6 aponta que muitas famílias pensam na necessidade de utilizar os recursos tecnológicos para a manutenção da vida a todo custo, ou que é um final de vida sem suporte e adiantado:

[...], o medo da maioria das pessoas que entra em cuidados paliativos quando chega para orientação é que - “vai dar um remédio para morrer” ou “vai deixar jogado”, então, tem que desmistificar [...] (AS 6).

A profissional afirma que o entendimento sobre o que é cuidado paliativo por parte das famílias pode favorecer a superação de que aceitar esse tipo de cuidado não é deixar o seu ente querido morrer sem os devidos procedimentos de saúde.

[...] o que se defende é, tão somente, o direito de escolher. Para aqueles que desejam viver pelo máximo de tempo possível, ainda que acometidos por uma doença terminal e incurável, a aplicação desses cuidados é essencial para garantir que sua vida se encerre da melhor maneira possível, tornando o processo da morte mais fácil para o doente, para seus familiares e para outras pessoas próximas (KUBLER-ROSS, 1998, p. 49).

O desconhecimento leva a relacionar cuidados paliativos com a falta de cuidados nos momentos finais da vida e deixar morrer, ao mesmo tempo que as múltiplas percepções podem levar ao entendimento mais recorrente de que cuidados paliativos é abreviar a vida de forma intencional (PESSINI, 2010), ou seja, a **eutanásia**, que é como o suicídio assistido; com a **distanásia** que é a tentativa de prolongar ao máximo a vida do doente com procedimentos desproporcionais e invasivos. "É a obstinação terapêutica (distanásia) adiando o inevitável, que acrescenta somente mais sofrimento ao doente" (PESSINI, 2010, p. 556).

Para Kubler-Ross (1998), a obstinação terapêutica é a prática mais comum e mais danosa aos pacientes tentando manter a vida a qualquer custo, em uma postura adotada pelas equipes de saúde que buscam, de modo incessante, a cura dos pacientes, ainda quando esta já não seja possível, sem um olhar global para o enfermo e seus familiares.

Já a **ortotanásia** se concatena com cuidados paliativos. Pessini (2004) indica que é o processo natural de morte sem prolongamento artificial ou tratamento fútil. No entendimento da morte como processo natural, uma das profissionais relata, "[...], a questão dos cuidados paliativos veio como uma missão resgatar o antigo mesmo, antigamente onde a gente ia morrer? Em casa entre os seus entes queridos e era normal. [...]", (AS 6). Em sua fala, percebemos que manter a vida a qualquer custo, artificialmente, é um sofrimento desnecessário.

É necessário aceitarmos nossa condição humana, ou seja, o declínio e a morte, pois para Pessini (2004), somos criaturas finitas. A medicina tem um limite no curar, não consegue preservar a vida indefinidamente e fazer isso a qualquer custo é uma futilidade, que só promove o desconforto ao morrer (PESSINI, 2004).

Para Aubert (2021), escolher sobre o final da vida é a maneira de realização da individualidade da construção da própria personalidade, até o último momento. Pessini (2004) e Aubert (2021) convergem no pensamento de que a morte digna está na escolha de como se quer morrer; é a autonomia para decidir.

Entendemos que a terminalidade da vida é como as pessoas lidam com a questão da morte, com valores individuais e subjetivos, e isso é visível no cotidiano dos serviços de saúde. Assim a boa morte³, é aquela aceitável socialmente, com controle dos sintomas; e a participação do doente no processo de tomada de decisões,

[...] para alcançar uma "boa morte" o doente deve atingir a fase de aceitação. Para terminar "bem" a vida é preciso resolver questões em aberto, "aproveitando a oportunidade de aprimoramento de si" ou de "aperfeiçoamento pessoal". O enfermo deve tomar decisões referentes às circunstâncias associadas ao seu falecimento, como o destino de seu corpo e os rituais (MENEZES; BARBOSA, 2013, p. 2656).

No cenário de terminalidade de vida em que as necessidades para amenizar o sofrimento e oferecer qualidade de vida afloram de modo imediato e prioritário, a busca de resolução de questões afetivas e emocionais consistem em metas relevantes para o morrer bem. Vemos a consonância da estratégia da política de humanização e os cuidados paliativos que evidencia também a integralidade da atenção em saúde, enfatizando a valorização da dimensão subjetiva e social.

Isso se apresenta nos processos cotidianos e no processo saúde e doença do paciente como ser único, caracterizado por suas especificidades, evidenciando nos cuidados paliativos a relação e transversalidade como a política de humanização.

Vemos que as práticas dos cuidados paliativos valorizam a vida e encaram a morte como um processo natural com possibilidade de cuidados. Durante todo o período da doença, que culmina em terminalidade, o foco dos cuidados é proporcionar o alívio das necessidades biopsicossociais e espirituais, enquanto demanda a compreensão de crenças, valores e necessidades individuais (MELO, 2004, p. 293). É um cuidado que se constitui na dimensão da abordagem multidisciplinar, extrapolando os limites da competência de uma única profissão:

³ Segundo Menezes & Barbosa (2013, p. 2653), "trata-se de produzir uma "boa morte", "com dignidade", pacífica, tranquila, aceita, visível e compartilhada socialmente, com suporte da equipe multiprofissional".

O reconhecimento de que o cuidado adequado requer o 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, 2009, p. 221).

Nessa perspectiva, o cuidado paliativo é conceituado como “proporcionar” qualidade de vida e atendimento integral, humanizado, com o controle da dor e sintomas. Autores como Pessini (2004) consideram que cuidados paliativos é amenizar os sintomas da dor e do sofrimento em pacientes - por meio de uma abordagem holística na busca de uma melhor qualidade de vida, cujo processo de adoecimento encontra-se em fase avançada de doenças que não apresentam possibilidade de cura. De forma análoga, Kovács (2008) considera que cuidado paliativo é qualidade de vida, alívio da dor e outros sintomas. Andrade (2007), por sua vez, aponta para a manutenção da qualidade de vida nos momentos finais.

Pessini (2004), Kovács (2008) e Andrade (2009) têm o mesmo entendimento referente ao conceito de cuidados paliativos, pois bebem da mesma fonte, balizados pelo estabelecido pela OMS que em 1990 quando apontou o CP como cuidado ativo em doença não responsiva ao tratamento, controle da dor e dos sintomas. Importante dizer que o conceito estabelecido pela OMS foi revisado e atualizado em 2002, indicando que:

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 (ANCP, 2012, p.411).

A revisão readaptada traz a percepção do morrer, uma vez que o conceito de cuidados paliativos evidencia as ações dirigidas ao paciente com enfermidades progressivas e que já não apresenta possibilidades de procedimentos com finalidade curativa. Assim, os cuidados paliativos priorizam o controle, o alívio da dor e dos sintomas, que muitas vezes são decorrentes de condições multifatoriais que afetam as dimensões física, social, psíquica e espiritual. Aqui entendemos que a atualização da OMS amplia o horizonte de ação dos cuidados paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, correlacionando com a política nacional de saúde, mesmo sem uma citação direta.

Ao estabelecermos uma relação com os determinantes em saúde, com as diretrizes e princípios da política de saúde até então estabelecidas e que indicam a promoção da saúde, acolhimento, universalidade, integralidade a valorização do sujeito de direito e outros elementos e ações que podem proporcionar qualidade de atenção dos cuidados, podemos sem dúvida entendê-los também como cuidados que podem ser dispensados nos momentos finais da vida.

Uma assistente social dentre as entrevistadas considera que cuidados paliativos podem proporcionar conforto tanto para pacientes como para sua família, dentro da finalidade do fim da vida. “[...], *você trabalhar com as questões de dor [...], tudo que permeia esta questão de uma doença [...]*” (AS 7). Outro sujeito relata que antes de conhecer os cuidados paliativos, a atuação das equipes e as ações desenvolvidas no hospital, pensava como as demais pessoas: “*Está em [cuidado] paliativo? Vai morrer?*” (AS 5). Mas agora acredita na provisão do conforto e da necessidade de perceber também a família nesse cuidado. “[...] *Então fico pensando os [cuidados] paliativos não é morte, [...] terminalidade... fazer o melhor possível cuidar do paciente e cuidar da família.*” (AS 5).

Com relação à concepção de cuidados paliativos das assistentes sociais entrevistadas para a pesquisa, identificamos não destoaram do que é indicado pelos autores e associa-se também ao conceito da OMS,

Cuidados paliativos é quando você oferece ao paciente o máximo de conforto que ele pode ter sem sofrimento, sem dor, exclusivamente para aqueles pacientes que apresentam doenças que ameaçam a vida e que não tem perspectiva de cura. Geralmente aqui no nosso hospital são aqueles doentes crônicos de longa data que já apresentam várias comorbidades (AS 1).

Também expressando sua concepção sobre cuidados paliativos, a AS 4 indica:

[...] são ações interdisciplinares, [...] para aqueles pacientes que já não tem mais cura [...], não tem mais tratamento. Na minha concepção, cuidados paliativos é fase terminal mesmo [...]. Só que lá no curso, a gente aprendeu que a partir do momento que tem o diagnóstico [...], de uma doença crônica, e degenerativa, que não tem evolução e é progressiva [...], aí já entra com cuidados paliativos. Então o CP é dar conforto e prevenir [...] é reduzir os sintomas [...], que são desagradáveis e o sofrimento que não é só físico, mas emocional e espiritual e social também (AS 4).

Os cuidados paliativos não têm o objetivo de prolongar ou diminuir a vida, mas de oferecer cuidados e melhorar a qualidade de vida para que o tempo restante, que sejam dias, meses ou anos, possa ser proveitoso, considerando os aspectos humanos e sociais até o final da vida do paciente. Para a AS 6, cuidados paliativos são estabelecidos para humanizar o próprio atendimento, visto que são pacientes que naturalmente uma hora vão a óbito, mas que podem viver ainda por alguns anos.

Entendemos que o cuidado paliativo não se refere à ausência de doença ou possibilidade de cura, mas à qualidade de vida para os pacientes, o que para Minayo *et al.* (2000) é uma distinção humana e está vinculado ao grau de satisfação na vida amorosa, social, familiar e envolvem todos os elementos que determinam o bem-estar e conforto no que é estabelecido pela sociedade. Sobre a qualidade de vida, a OMS indica que:

[...] é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais como família e amigos e também saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (WHOQOL, 1995, p. 1405).

Pressupomos, portanto, a valorização de todos os diferentes sujeitos participantes no processo de promoção à saúde e da qualidade de vida, sendo necessário cuidar de todas as dimensões de sua vida. Inegavelmente, nesta perspectiva, o paciente em cuidado paliativo deve receber atenção integral, enquanto tiver vida, como cidadão de direitos. As entrevistadas destacam que "*é muito digno e que todo mundo merece esta dignidade*" (AS 2). No mesmo pensamento, outra entrevistada considera que cuidado paliativo "*é um ato de dignidade, de direito mesmo de ficar até o fim*" (AS 3).

Outra entrevistada, ao ser indagada sobre cuidados paliativos, respondeu:

[...] eu entendo cuidados paliativos [...] é, dar conforto para pessoa e para família também [...], dentro do da finalidade, do fim da vida [...], é você dando conforto, você trabalhar com as questões de dor [...], tudo que permeia esta questão de uma doença que não [...] tem cura. [...] (AS 7).

Na perspectiva da integralidade, os cuidados paliativos apresentam o princípio da prestação de serviço caracterizado pela multiprofissionalidade. Maciel (2008) aponta a recomendação da OMS para que o atendimento seja realizado por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social. Na condução dos cuidados entendendo as múltiplas dimensões a serem atendidas, Maciel (2008), Andrade (2008) e Chiba (2008) consideram impossíveis as ações isoladas das profissões.

Não há um modelo único de atenção em cuidados paliativos, no entanto Gomes e Othero (2016) consideram que os serviços de Cuidados Paliativos podem ser prestados em diferentes modelos de atenção: hospitalar e Assistência Domiciliar, Andrade (2007) complementa considerando o modelo ambulatorial. Sendo entendido pelos autores que independente do modelo de atenção, este deve ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional de referência, pois é só através dela que a atenção em cuidados paliativos se efetiva.

Perceber que os determinantes da política de saúde e suas implicações nos cuidados perpassam o cuidado paliativo. Segundo Melo (2004), muitas questões bioéticas⁴ estão envolvidas em cuidados paliativos e é necessário a disseminação da informação para familiares e paciente e toda a sociedade para subsidiar os cuidados, o que também foi exposto na fala de um dos sujeitos da pesquisa, “[...] acho que a gente tem mais é que crescer, tem mais é que mostrar para os outros, precisa divulgar, disseminar mesmo a ideia, cultura as pessoas sobre isso, porque é muito digno, então eu acho que todo mundo merece esta dignidade” (AS 2).

Sendo assim, o cuidado paliativo não é o fim. É atender o paciente não só na situação clínica, mas cabe aos profissionais identificar e compreender de forma singular e integral, os múltiplos fatores determinantes em saúde. Considerar os sintomas clínicos do paciente, o alívio da dor, o sofrimento espiritual e social, exige uma percepção diferenciada por parte da equipe de cuidados paliativos e da família.

Os cuidados do final de vida devem ser tomados como objeto de política de saúde como conjunto de medidas, normas e legislações próprias adotados pelo Ministério da Saúde em relação à matéria, para prosseguir e incrementar políticas na área de cuidados paliativos.

⁴ Conhecimento de valores biológicos e valores humanos indicando conjunto de práticas plurais (Prata, 2017).

2.4 A BUSCA DA NORMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Para a elaboração deste item abordando a normatização dos cuidados paliativos, buscamos referências nas legislações do Ministério da Saúde, mesmo que estas parcamente apontassem para os cuidados paliativos, pois muitas legislações abordam a dor e pacientes crônicos. Utilizamos também como referências as resoluções do CFM, orientações da OMS e autores como Maciel (2008), Matsumoto (2012) e Prata (2017).

Observando os avanços e alterações nas legislações e normativas na área da saúde, além de destacar a efetivação da política de cuidados paliativos no Brasil, Mccoughlan (2004) indica que há três medidas necessárias para a viabilização dos cuidados paliativos. Elas são o compromisso governamental, a educação e a provisão de remédios essenciais. Sobre este ângulo, a necessidade de institucionalizar a política dos cuidados paliativos tem sido apontada através das orientações e articulações das associações e organizações que trabalham e estudam o tema. Na busca de formação teórico-prática, elaboraram manuais, orientações e se mobilizaram para a criação de normativas, legislações e políticas de saúde que serviram de base para a estruturação da política dos cuidados paliativos.

A base principal para a legislação em saúde iniciou nos anos 90, com a Lei nº 8.080/1990, que apresenta os princípios doutrinários do SUS. Ela não faz menção direta aos Cuidados Paliativos, mas apresenta elementos que indicam a garantia de cuidados continuados e integrados no domínio do SUS, o respeito à defesa ao direito fundamental de acesso à saúde, sendo estes fundamentais para o CP.

A perspectiva não fragmentada dos cuidados é também apontada pela OMS, que apresentou em 1990 a definição de cuidados paliativos, em um aspecto aplicado a recomendações para atendimento e atenção integral em final de vida preconizando o paciente oncológico. É possível observar que as iniciativas políticas e normativas de cuidados paliativos são estabelecidas, especialmente para os doentes de câncer e os com dor crônica, depois partindo para doenças progressivas, incapacitantes e incuráveis, como a AIDS, a cardiopatia e a doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC.

Em 1998, a portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde garantiu e atualizou critérios para cadastramento de centros de atendimento, ambulatórios e hospitais de

alta complexidade em oncologia. Esta portaria estabeleceu os fluxos e referências para o atendimento e modalidades integrativas a pacientes com câncer, a portaria destacou a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, e reabilitação e também os cuidados paliativos. Além disso, estendeu a assistência em CP na perspectiva integral e multiprofissional de forma relevante, com a garantia de atendimento especializado e também garantindo Serviço de Cuidados Paliativos que disponha de assistência domiciliar.

Podemos citar aqui, como exemplo de vinculação dos cuidados paliativos com tratamento direcionado a pacientes com câncer, um dos serviços de referência nacional e internacional o Instituto Nacional do Câncer - INCA⁵, que é um órgão auxiliar do Ministério da Saúde, realizando ações de assistência médico-hospitalar, ensino e pesquisa oncológica, e também para elaboração de políticas públicas para a prevenção e controle do câncer. O INCA apresenta referências para o trabalho em cuidados paliativos lançando no ano de 2001, sendo dois manuais sobre Cuidados Paliativos oncológicos: um de controle da dor e outro de controle de sintomas.

Os manuais tratam de questões clínicas e medicamentosas e apresentam de forma inicial o trabalho dos profissionais da equipe, apontando que deveria ocorrer por meio da abordagem multidisciplinar (BRASIL, 2001, p.11), "contando com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntários". O apontamento no manual de controle dos sintomas segue também sem contribuir com especificações da ação da prática destes profissionais, "são referidos para o Grupo de Dor, multidisciplinar, composto por médicos, enfermeiras, assistente social e psicóloga, trabalhando a dor total destes pacientes". (BRASIL, 2001, p. 31). Não vemos nas legislações indicações de quais profissionais deve compor a equipe, apenas é indicado que o atendimento seja feito por equipe multiprofissional.

Na busca de instruções, normatizações e legislações sobre cuidados paliativos, observamos que estes se vinculam aos cuidados para os pacientes com o câncer, e posteriormente a pacientes com AIDS, e\ou com critérios para tratamento prolongado.

[...] em 2002, dois documentos importantes foram publicados pela OMS: *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Ambos recomendaram os Cuidados Paliativos como estratégia de

⁵ <http://www.ccms.saude.gov.br/inca80anos/historia.html>

ação em sistemas nacionais de saúde. Os Cuidados Paliativos saíram da esfera do câncer para outras áreas do conhecimento, como pediatria, geriatria, HIV/AIDS, doenças crônicas etc. (MACIEL, 2008, p. 19).

Com o conceito de cuidados paliativos atualizado pela OMS em 2002, os cuidados paliativos seguem relacionados com políticas e normatizações de atenção a outras doenças e, apoiado nas estratégias da política no aspecto da integralidade da atenção, na concepção da valorização da dimensão subjetiva e social.

Dentro do que era estabelecido para a promoção, prevenção; protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a dor crônica como expresso na portaria 2439/2005 da Política Nacional de Atenção Oncológica, e na regulamentação dos Serviços que prestam Atenção Domiciliar, propondo a continuidade dos cuidados através da Resolução da Diretoria Colegiada Nº 11 de 26 de janeiro de 2006. Outra legislação que veio somar de forma intensa foi a Política Nacional de Promoção da Saúde, estabelecida pela portaria 687/2006, mesmo sem trazer elementos diretos sobre os cuidados paliativos apresenta proposta que prioriza a melhoria da qualidade de vida.

Observamos que os anos 2000 foram de grande movimentação e articulação para as normatizações dos cuidados paliativos. Neste período, foi fundada em 2005 a Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, cujo o objetivo é o desenvolvimento e reconhecimento da prática em cuidados paliativos como conhecimento científico, fornecendo suporte para construção do trabalho na área e disseminação da temática. Em 2009, foi lançado o Manual de Cuidados Paliativos. Em 2012, a ANCP atualiza e amplia o manual que foi escrito por diversos autores, tais como Luiz Fernando Rodrigues, Dalva Yukie Matsumoto, Maria Goretti Sales Maciel, Toshio Chiba, Leocir Pessini, Leticia Andrade, Ana Cláudia de Lima Quintana Arantes e outras vozes importantes e líderes de opinião no Brasil sobre cuidados paliativos e que se tornaram referência para a atuação na área.

As instituições de representação multiprofissional da prática paliativa no Brasil buscaram estudos e aproximações com o tema e apresentaram resoluções para direcionar a atuação profissional, como a polêmica resoluções do CFM 1805/08 que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Apesar de polêmica, esta resolução expressa a valorização humana em detrimento de manter a busca obstinada pela cura e pela

manutenção da vida a qualquer custo, garantindo ao paciente os cuidados necessários para alívio dos sintomas.

No movimento das associações, o Conselho Federal de Medicina apresentou por meio da resolução 1973, em 2011, o reconhecimento da medicina paliativa. Pensando no exercício da capacidade de tomada de decisão do indivíduo, o CFM apresentou a resolução 1995/2012, que dispõe sobre a Diretiva Antecipada de Vontade - DAV.

Considera-se diretiva antecipada de vontade qualquer manifestação de vontade sobre o tratamento médico futuro, expressa por meio escrito (preferencialmente) ou não. Também chamado por muitos, testamento vital, [...] as diretivas têm ampla aplicação nas questões de fim da vida, revelando-se como importantes instrumentos na salvaguarda da vontade e direitos dos pacientes (PRATA, 2017, p.182).

A externalização de desejo estabelecida na DAV estabelece a preservação, a autoconsciência e a liberdade do paciente sobre as escolhas referentes ao tratamento e cuidados. Na mesma perspectiva, Aubert (2021) considera que as diretivas antecipadas de vontade se revelam de suma importância para garantir autonomia de escolha diante da incapacidade de manifestação, para equipes de saúde e familiares.

O CFM contribui também com a resolução 2156/2016 que dispõe sobre os critérios para admissão e alta na unidade de terapia intensiva - UTI de paciente em fase de terminalidade, ou sem possibilidade de recuperação e não elegível para UTI, podendo seu ingresso ser justificado, mas devendo prioritariamente ser admitido em unidade de cuidados paliativos.

Na organização da política de saúde o Ministério da Saúde apresentou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dor Crônica ou cuidados paliativos através da Portaria nº 1.083/SAS/MS, em 02 de outubro de 2012. O Ministério instituiu posteriormente em 2013 pela Portaria 874 a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, oferecendo atendimento oportuno e cuidados paliativos, oferecendo a continuidade e integralidade dos cuidados.

Ainda na linha dos cuidados voltados a pacientes crônicos, o Ministério da Saúde estabeleceu através da Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado e redefiniu a Rede de Atenção à Saúde

das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Nesta portaria não é mencionado o câncer como fator principal, mas cita que no tratamento de doenças crônicas é competência das secretarias estaduais e municipais que devem organizar, garantir e acompanhar, entre outros cuidados, as ações de cuidados paliativos.

Reafirmando, as políticas no domínio do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde através do Gabinete do Ministro consolida em 28 de setembro de 2017 a portaria nº 2, que normatiza as políticas nacionais de saúde. Também nesta mesma data, o gabinete expediu a portaria nº 3, para consolidar a normatização da rede temática de atenção à saúde e as políticas nacional do SUS. Considerando nas diversas políticas aqui apresentadas as disposições gerais, diretrizes, princípios e anexos sobre os cuidados paliativos, estas portarias apresentam os indicativos da atenção de modo intersetorial de garantir de forma oportuna e precoce que os cuidados paliativos sejam realizados de acordo com as linhas de cuidado locais e em todos níveis de atenção.

Neste necessário movimento de ampliação e politização dos cuidados paliativos, ainda vemos o seu atrelamento a elaboração das políticas voltadas a pacientes com câncer e outras doenças. No entanto, vemos, segundo Matsumoto (2012), também em face do ciclo vital da progressão do envelhecimento com o significativo aumento do diagnóstico de doenças degenerativas em que recursos tecnológicos proporcionam mais tempo de vida a pacientes crônicos. Entendeu-se, assim, a exigência de estender os cuidados paliativos a outros grupos de doenças como Alzheimer, esclerose lateral amiotrófica (ELA), e síndromes neurológicas diversas.

Reconhecendo a prevalência e o impacto das doenças crônicas no processo de longevidade, o Ministério da Saúde reconhece a importância do cuidado integral. Então, seguindo as recomendações estabelecidas na 67ª assembleia da Organização Mundial da Saúde para direcionamento de ações ao desenvolvimento e fortalecimento das políticas de cuidados paliativos, ele regulamenta finalmente os cuidados paliativos através da resolução 41/18, da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. A partir de então, é dever do SUS que os cuidados paliativos façam parte dos cuidados em toda rede de atenção à saúde.

A resolução trata das diretrizes organizativas dos cuidados paliativos, indicando que deve abranger toda linha de cuidado e níveis de atenção à saúde:

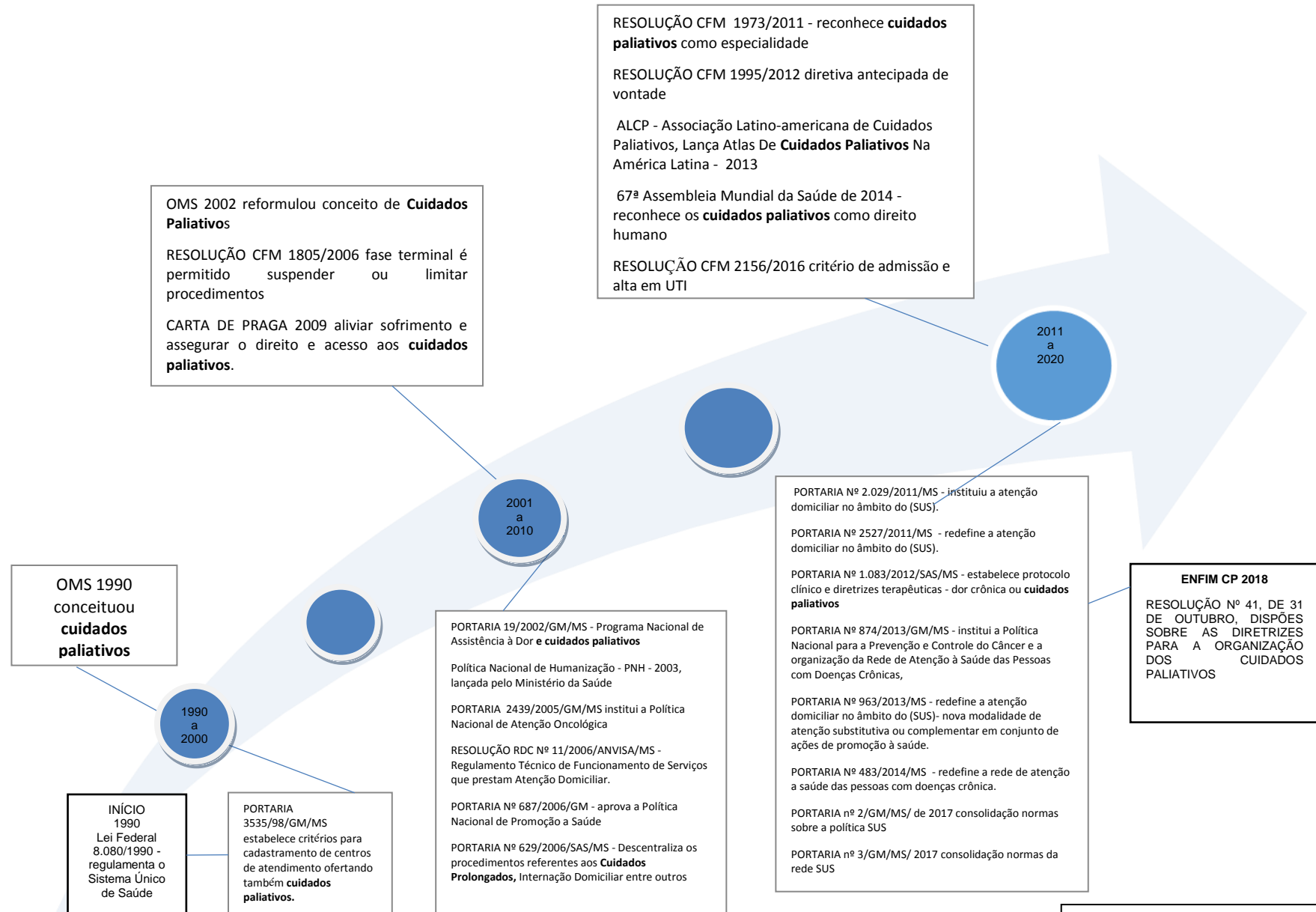
atenção básica, atenção domiciliar, ambulatorial, urgência e emergência e atenção hospitalar. Na atenção básica, o CP será ofertado em conjunto com as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF, com apoio dos pontos da rede de atenção. A atenção domiciliar contribui para os cuidados em domicílio em situação de restrição ao leito. A Atenção Ambulatorial é procedente de outros pontos de atenção da rede. Na Urgência e Emergência será para atendimento ao alívio dos sintomas agravados. Na Atenção Hospitalar será feito o controle de sintomas que não possam ser feitos em outro nível de assistência. A organização dos cuidados paliativos terá como objetivo:

I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde; II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar; IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde; V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS; VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade; VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados (BRASIL, 2018).

A organização dos cuidados paliativos na resolução 41/18 - CIT de acordo com o seu artigo 4º, indica que deve seguir os princípios norteadores de oferta precoce, promoção do alívio e sintomas, afirmação da vida mas sem abreviamento da morte, pois esta é um processo natural, promoção da qualidade de vida com autonomia até quando seja possível, oferecendo apoio familiar e trabalho em equipe multiprofissional a qual tenha comunicação sensível e respeite a autodeterminação do paciente e considere a DAV.

Por fim, no percurso histórico da política de saúde em relação aos cuidados paliativos vislumbramos os avanços da legislação e efetivação da normatização que objetiva a integralidade, a qualidade de vida, ofertando cuidados diante de doenças que ameacem a vida. Vejamos a figura 1:

Figura 1: Distribuição das normativas da OMS, CFM, legislações do ministério da saúde sobre Cuidados Paliativos e afins.



Entendemos o quanto é fundamental o conhecimento das legislações, principalmente para que o cuidado paliativo seja considerado um serviço prestado pelo SUS e reconhecido como política pública de forma específica e direcionada. No entanto, ainda há uma distância a ser percorrida para atender os objetivos previstos na resolução 41/2018. Nesta perspectiva, compactuamos com SANTOS; FERREIRA; GUIRRO (2020), de que são necessárias portarias que estabeleçam a estratégia de gestão, especifique também a estruturação dos serviços, o monitoramento e financiamento.

2.5 CUIDADOS PALIATIVOS A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS NA CIDADE DE LONDRINA

O conteúdo seguinte apresenta as referências dos serviços cuidados paliativos no Brasil e, na sequência, expõe a estruturação dos serviços em Londrina.

A Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos (ALCP), em um mapeamento realizado no ano de 2012, observou o registro de 93 Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil, o que foi considerado insuficiente, por apresentar 0,5 Serviços em CP para cada 1.000.000 habitantes. Diante dos serviços cadastrados na ANCP, é identificada a escassez de serviços formalizados, ativos e que tenham o protocolo de atendimento. Foi evidenciada também a dificuldade de implantação de modelos padronizados de atendimento em Cuidados Paliativos para garantir uma intervenção eficaz e de qualidade, baseada em conhecimentos científicos.

O início dos cuidados paliativos em Londrina se deu no ano de 2000, partir da criação do Núcleo de Estudos em Cuidados Paliativos em Londrina - Palliare, com o objetivo de desenvolver conhecimento científico e educativo sobre cuidados paliativos. Foram promovidos congressos, simpósios e outros eventos. Neste mesmo ano, o Serviço Municipal de Saúde de Londrina criou uma equipe de cuidados paliativos vinculada à internação domiciliar. Segundo Rodrigues (2009), esta equipe foi referência de serviço no Brasil, pois atuava fora do ambiente hospitalar e mantinha os princípios da OMS.

Em 2019, segundo dados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, o Brasil contava com mais de 190 Serviços cadastrados (SANTOS, *et al.* 2019), sendo que destes observamos que 33 estão no Paraná e 03 em Londrina. A partir do levantamento da pesquisa, observamos um aumento de serviços de cuidados paliativos em Londrina.

Aqui apresentaremos as características dos serviços de cuidados paliativos instalados em Londrina tanto no atendimento hospitalar, como no atendimento domiciliar.

O atendimento de cuidados paliativos a nível hospitalar em Londrina teve início no ano de 2008, com a Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos Oncológicos do Hospital do Câncer de Londrina. Em 2015 formou-se a comissão no Hospital Zona Norte e, a menos de 2 anos o Hospital Evangélico também implantou a equipe de cuidados paliativos.

Estes três serviços apresentam equipe de CP e são os únicos serviços da cidade de Londrina que são cadastrados na ANCP - órgão não governamental de suporte científico. O cadastramento não é uma prerrogativa e sim um subsídio para a atuação. No entanto, o CNES do Ministério da saúde, que reúne informações sobre estabelecimentos de saúde, não apresenta instituições de Londrina cadastradas na especialidade de cuidados paliativos e nem leitos destinados para este fim. É observado no cadastro o indicativo de 09 leitos SUS para atendimento de pacientes crônicos, os quais são disponibilizados no Hospital do Câncer de Londrina.

A partir do levantamento sobre a rede hospitalar em Londrina, é possível afirmar que a rede de cuidados paliativos se institui em serviço hospitalar público, privado e sem fins lucrativos. Quanto ao serviço de atenção domiciliar, foram identificados tanto na área pública como na área privada. Os serviços de atenção a cuidados paliativos compreendem níveis de atenção⁶ básica, média e alta complexidade, sendo ofertada na modalidade ambulatorial, hospitalar e atenção domiciliar. Veja a rede de cuidados paliativos o quadro referencial 3:

Quadro referencial 3: distribuição da rede cuidados paliativos em Londrina: atendimento hospitalar e atenção domiciliar (Continua)

Hospitais/serviços	Natureza	Nível de atenção	Cuidados paliativos
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI	Sem fins lucrativos	Básica e média	Equipe
Hospital do Câncer de Londrina	Sem fins lucrativos	Alta	Equipe

⁶ Níveis de atenção disponível em SUS de A a Z acesse: O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios ([O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br))

Quadro referencial 3: distribuição da rede cuidados paliativos em Londrina: atendimento hospitalar e atenção domiciliar. (conclusão)			
Hospitais/serviços	Natureza	Nível de atenção	Cuidados paliativos
Hospital do Coração	Empresarial	Alta	Equipe
Hospital Eulálio Ignácio de Andrade (Hospital Zona Sul)	Pública	Média	Equipe
Hospital Evangélico	Sem fins lucrativos	Alta	Equipe
Hospital Infantil	Sem fins lucrativos	Alta	Ações
Hospital Santa Casa	Sem fins lucrativos	Alta	Ações
Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	Pública	Básica e média	Equipe
Serviço de Atendimento Domiciliar - DOM.	Cooperativa	Básica e média	Equipe

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde e informações colhidas nas entrevistas 2020/2021.

O Hospital do Câncer de Londrina realiza o atendimento clínico e cirúrgico especializado em oncologia, dispõe de 161 leitos, destes 124 são para o atendimento SUS.

Integrante da Associação Evangélica Beneficente de Londrina, o Hospital Evangélico atende urgência e emergência e mantém 246 leitos, sendo 117 destinados ao SUS.

O Hospital do Coração mantém 176 leitos para clínico e cirúrgico sem reserva para o SUS, sendo todos particulares.

O único hospital com referência exclusiva SUS é o Hospital Eulalino Ignácio de Andrade, contando com 94 leitos para atendimento clínico e cirúrgico.

O Hospital Santa Casa é parte da Irmandade da Santa Casa de Londrina – ISCAL. Mantém um Centro de Emergência e Trauma e 250 leitos. Destes, 180 são SUS, distribuídos em outras unidades mantidas pela ISCAL, como o Hospital Infantil, que atende urgências e emergências infantis 24 horas e realiza procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, como cirurgias cardíacas em recém-nascidos.

O Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, é exclusivamente SUS, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e presta atendimento domiciliar de baixa e média complexidade.

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI é uma associação de funcionários do Banco do Brasil para atenção em saúde com consulta e atendimento ambulatorial de baixa e média complexidade.

O Serviço de Atendimento Domiciliar – DOM, é privado e está vinculado a uma cooperativa de trabalho médica. O DOM existe há mais de 20 anos e presta atendimento domiciliar de curta e longa duração a pacientes associados.

Diante do exposto e dos quadros referenciais demonstrados neste capítulo, assim caracterizamos as unidades, que além de compor a rede de atendimento em saúde, ofertam o serviço de cuidados paliativos em Londrina. Observamos que há uma boa estrutura de serviços e de profissionais para atendimento aos pacientes de cuidados paliativos. Porém outras situações de saúde não relacionadas ao contexto pandêmico foram suprimidas, pois a prioridade do momento foi para absorver casos suspeitos ou confirmados de COVID em detrimento de outras situações clínicas.

CAPÍTULO 3 - O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Neste capítulo, abordaremos o trabalho da assistente social em cuidados paliativos. Iniciamos o capítulo apresentando a profissão de assistente social, os processos de trabalho em saúde e em cuidados.

Para abordarmos o trabalho da assistente social, utilizaremos Marilda lamamoto (2001), Bravo (2009), Matos, Maria Lúcia Martinelli (2011), que tratam com excelência o trabalho do assistente social. Para pensar os processos de trabalho em saúde e em cuidados paliativos utilizaremos autoras como Nogueira (2009), Costa (2009), Mito (2009), Vasconcelos (2009), Andrade (2009) e Maria Lúcia Martinelli (2011).

3.1 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL

Iniciamos aqui apresentando o serviço social, que é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. No processo de produção e reprodução das relações capitalistas, é a uma especialização do trabalho coletivo (IAMAMOTO, 2001). É profissão regulamentada e normatizada pela Lei nº 8662/1993, e pela resolução CFESS nº 273/1993 que institui o Código de Ética dos Assistentes Sociais.

Martinelli (2007) e Guerra (2009), consideram que a natureza da profissão é marcada pela realidade social, que traz substrato para intervenção frente às condições de vida da população e às múltiplas expressões da questão social. De acordo com lamamoto (2001), a questão social é o conjunto das expressões da desigualdade, ou seja, a manifestação do cotidiano, as dinâmicas que constituem a vida social.

Esta natureza analítica e interventiva do Serviço Social (TORRES, 2014, 2017) oferece respostas para as demandas postas pelo capital, exigindo de assistentes sociais colocar em movimentos os saberes decorrentes da apropriação dos conteúdos constitutivos das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa as quais norteiam a formação e o trabalho profissional.

A dimensão teórico-metodológica, de acordo com Santos, C., (2013), está relacionada à compressão da realidade social e do significado da ação,

fundamentando o debate teórico-prático. A referida dimensão possibilita o entendimento dos processos do real e das múltiplas dimensões, explicando a dinâmica da vida social (SANTOS, 2009), sendo essencial para a intervenção profissional favorecendo a identificação de demandas e proposição de respostas efetivas. Na mesma perspectiva, Vasconcelos (2009) considera que é referência concreta para a ação profissional. Com isso, entendemos que a teoria e prática são inseparáveis do processo de conhecimento e a desarticulação entre a fundamentação teórica e a realidade social compromete a análise dos processos e fenômenos sociais decorrentes das expressões da questão social.

Podemos aqui correlacionar com o expresso no Código de Ética de 1993: “o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional [...]” (CFESS, 2010, p. 36). Pois sem o conhecimento da realidade é impossível desenvolver, planejar e projetar ações de caráter interventivo, direcionadas pela ética, que expressam também o compromisso político de assistentes sociais.

Os valores e princípios da profissão (CFESS, 2010), sendo, a centralidade na ética, a consolidação da cidadania, a justiça social, a defesa dos direitos humanos e da democracia, a dimensão ético-política, demonstra o posicionamento político e o compromisso com a construção de uma sociedade equânime e democrática. Para Santos, C. (2013), é projeção da ação em função dos valores e das finalidades políticas, que envolvem o projetar a ação em função dos valores e finalidades do profissional, da instituição e da população.

Quanto à dimensão técnico-operativa Santos, C., (2013), argumenta que é a execução das ações planejadas, sendo envolta de estratégias e técnicas para a efetivação do trabalho profissional.

[...] a dimensão técnico-operativa envolve um conjunto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadoras da ação, que efetivam o trabalho profissional, e que expressam uma determinada teoria, um método, uma posição política e ética. A dimensão técnico-operativa contém: existência de objetivos; busca pela efetivação desses objetivos; existência de condições objetivas e subjetivas para a efetivação da finalidade. Requer conhecer os sujeitos da intervenção; as relações de poder, tanto horizontais quanto verticais; o perfil do usuário - a natureza das demandas; o modo de vida dos usuários; as estratégias de sobrevivência; a análise e aprimoramento das condições subjetivas; conhecimento das atribuições profissionais (SANTOS, C., 2013, p. 26).

A dimensão técnico-operativa possibilita também a reflexão sobre as competências e habilidades expressas nos objetivos e nas finalidades do trabalho profissional, proporcionando a escolha por instrumentais e técnicas interventivas relacionadas aos objetivos e a finalidade da profissão.

Entendemos que é na operacionalização do trabalho que se dá a capacidade de responder às demandas das frações da classe trabalhadora, a qual majoritariamente vive em condição de pauperismo e com requisições socioinstitucionais. Nesta dimensão, é também movimentada a dimensão teórico metodológica e a dimensão ético-política. Deste modo, as referidas dimensões são a viga mestra, estando presentes nas diferentes expressões do exercício profissional.

O exercício profissional configura-se pela articulação das dimensões, e se realiza sob condições subjetivas e objetivas historicamente determinadas, as quais estabelecem a necessidade da profissão em responder às demandas da sociedade através de requisições sócio-profissionais e políticas, delimitadas pelas correlações de forças sociais que expressam os diversos projetos profissionais (SANTOS, C., 2013, p. 26).

As dimensões constituem a base do trabalho profissional, direcionam o pensar sobre os princípios éticos que direcionam as ações e respostas do Serviço Social, além de orientar as ações e a escolha dos instrumentos técnico-operativos (SANTOS, C., 2013). Assim, entendemos que as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa são indispensáveis. As dimensões subsidiam referenciais para ação profissional, o que para Vasconcelos (2009) possibilita

a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto de intervenção profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade teoria e prática (VASCONCELOS, 2009, p. 253).

Diante das considerações da autora acima citada, vemos a importância das dimensões para a direção ética e política da profissão impressa no projeto ético político e que nos leva a pensar de forma mais ampla e crítica sobre as determinações presentes na sociedade capitalista. E assim também compreender o significado social da profissão, quando se alia ao processo emancipatório, a partir da

vinculação com as lutas da classe trabalhadora, em uma condução para dar respostas às expressões da questão social.

Para Iamamoto (2001), a questão social e suas expressões se configuram como objeto do trabalho de assistentes sociais.

É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional, [...]. Essas expressões da questão social são matéria-prima ou objeto do trabalho profissional (IAMAMOTO, 2001, p. 62).

As expressões da questão social decorrem das desigualdades sociais, econômicas e políticas, tendo rebatimentos na realidade e nos processos sociais. Para Guerra (2009), as expressões da questão social estão incluídas no seguinte esquema:

desemprego, fome, doenças, violência, falta de acesso aos bens e serviços sociais (moradia, creches, escolas, hospitais, etc.), bem como dos valores que orientam tais concepções, são mediações que incidem sobre os meios e modos de responder às demandas profissionais (GUERRA, 2009, p. 704)

Para Vasconcelos (2009), a questão social personifica o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza, enquanto as políticas sociais vêm contribuindo para a redução das desigualdades, garantindo o acesso aos direitos, bens e serviços. É no cotidiano dos vários espaços ocupacionais, atuando nas diversas políticas sociais, formulando e implementando propostas para o enfrentamento da questão social que o assistente social realiza o seu trabalho profissional.

O cotidiano profissional também ganha visibilidade nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa, bem como as normativas que regulamentam a profissão: o Código de Ética do Assistente Social, a lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares de 1996 da ABEPSS.

Os elementos constitutivos do processo de trabalho do assistente social considerando: a análise dos fenômenos e das Políticas Sociais; o estudo da dinâmica institucional; os elementos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social na formulação de projetos de intervenção profissional; as demandas postas ao Serviço Social nos espaços ocupacionais da profissão, nas esferas pública e privada e as respostas profissionais a estas demandas (ABEPSS, 1996, p. 18).

O espaço ocupacional no qual a assistente social desenvolve seu trabalho exige profissionais cada vez mais versados para atuar nas mais novas e diversas demandas apresentadas pelo capital e pelas relações sociais. Iamamoto (2001) já nos aponta para este desafio em que o profissional não deve ater-se apenas para as práticas cotidianas, mas deve se atentar às novas formas de atuação sendo propositivo na construção de respostas interventivas.

O Serviço Social na contemporaneidade teve o desafio de decifrar os novos tempos, que exigiu um profissional qualificado, não sendo apenas crítico e reflexivo, mas com suporte teórico e metodológico para embasar-se em suas críticas e diante da realidade, construir propostas de trabalhos criativos, pois da Questão Social (desigualdade, desemprego, exclusão e pobreza) estarão presentes em nosso cotidiano. Pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar de sua recriação (IAMAMOTO, 2001, p. 19).

O espaço de trabalho da assistente social é um campo de mediações que se estrutura em um contexto de enfrentamento da questão social. Para Torres (2009), o trabalho das assistentes sociais é voltado predominantemente à população em situação de vulnerabilidade social e em condição de pobreza. As exigências apresentadas por meio das expressões da questão social que historicamente são postas aos profissionais hoje no contexto globalizado evidenciaram o aumento da desproteção e instabilidade da social, sendo preciso maior apreensão, compreensão e domínio dos fundamentos constitutivos da profissão (IAMAMOTO, 2009).

Diante disso, é necessário que os desafios cotidianos sejam enfrentados de forma crítica e competente para apreensão do movimento da realidade. Para Iamamoto (2001), a complexidade das demandas apresentadas aos assistentes sociais requer dos profissionais não ser um mero executor de políticas públicas, mas ir além das rotinas institucionais propondo alternativas efetivas de atuação.

3.2 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A trajetória histórica do Serviço Social indica a contribuição profissional para respostas das questões que são apresentadas aos assistentes sociais e que incidem sobre o desenvolvimento dos trabalhos e de situações concretas na área da saúde. Assim, Nogueira e Miotto (2009, p. 234) ponderam que “o entendimento de que as

questões colocadas hoje unicamente são possíveis em face da trajetória histórica entre Serviço Social e saúde”. Nesta mesma perspectiva, Costa (2009) comenta:

[...] note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2009, p. 310).

No processo de construção do SUS, o assistente social é visto como aquele profissional que constrói ações com possibilidades de melhorar a qualidade de vida e saúde dos grupos sociais, na observância dos condicionantes e determinantes de saúde com respostas significativas à população. Para Bravo e Matos (2009), a ampliação da inserção de assistentes sociais na saúde é determinada diante da elaboração da OMS em 1948 de novo conceito de saúde, evidenciando os aspectos biopsicossociais, e isso incidiu no aumento da requisição de profissionais não médicos.

Os autores acima consideram também que grande contribuição se deu com a efetivação do projeto da reforma sanitária, o qual foi primordial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde, onde se insere o trabalho das assistentes sociais. Na trajetória da política de saúde temos o reconhecimento dos direitos, práticas interdisciplinares, e transversalidade das políticas vemos cada vez mais a necessidade de inserção do/a assistente social. A política nacional de saúde a exemplo da promoção à saúde e a de humanização consolidam cada vez mais a assistente social como profissional da saúde, já reconhecida pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 218, de 6 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social nº. 383, de 29 de março de 1999.

Nas políticas nacionais de saúde repõem-se e acentuam-se as exigências para o Serviço Social caracterizado pela ampliação de serviços. Estudos de Costa (2009) indicam que a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações nos processos coletivos desempenhados no sistema nacional de saúde.

Costa (2009) considera que mesmo de forma aparentemente frágil diante das relações estabelecidas no cotidiano institucional e dos processos coletivos

hierarquizados de saúde, a inserção da assistente social colabora na estruturação do SUS. A autora ainda aponta que é no cotidiano profissional, ou seja, nos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde e nas demandas apresentadas aos assistentes sociais que se revelam a utilidade da profissão.

Entendemos que a estruturação do mercado e o referencial da prática vão desvelando a utilidade da profissão diante das circunstâncias históricas, dos processos de cooperação e da dinâmica do trabalho. No fluxo de demandas de trabalho, o profissional é reconhecido e cada vez mais chamado para desempenhar funções na saúde, pois os processos coletivos de trabalho demonstram de forma enfática a sua necessidade.

Assim, o que de relevante se colocou foi a constatação de que, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, apontavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde. (COSTA, 2009, p. 305)

Em função desse argumento, temos a apreensão das particularidades do trabalho e das formas de inserção das assistentes sociais no interior das práticas desenvolvidas nas organizações de saúde e da predominância médica. Ainda é apontado por Costa (2009) que a questão da subordinação e do controle implica em tratar a atividade do profissional como um trabalho que está sujeito às regras mais gerais que qualificam o trabalho assalariado na sociedade capitalista.

Inserido no mundo do trabalho como trabalhador assalariado, o profissional de Serviço Social, ao mesmo tempo em que sofre as consequências da reestruturação produtiva, atua sobre ela quando em contato com os usuários. Essa reestruturação incide sobre o trabalho e as condições de trabalho do assistente social, ou seja, os profissionais trabalham em precárias condições de trabalho que também comprometem a autonomia do profissional (TORRES, 2009, p. 212)

Nesta mesma direção, Nogueira e Tumelero (2015) apontam que a autonomia viabiliza a definição dos procedimentos que concretizam a intervenção e se constitui em garantia da qualidade profissional.

Assim, já que os assistentes sociais aparecem assalariados e prestam serviços em diversas áreas, entendemos que nos processos em saúde que

envolvem diversos saberes, há também a necessidade de cooperação para que os atendimentos dos usuários, articulados aos processos, sejam apreendidos na perspectiva organizacional e tecnológica. Dalva (2009) sinaliza que a especificidade do trabalho do assistente social em saúde está na dinâmica do trabalho coletivo e no conjunto de sua operacionalização dos serviços.

O processo de cooperação envolve características gerais, atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento, unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais. É no interior desse processo que discutimos as particularidades da inserção do trabalho dos (as) assistentes sociais no processo de trabalho coletivo no SUS (COSTA, 2009, p. 275).

Em função deste argumento, entendemos que as determinações próprias do trabalho das assistentes sociais não se desenvolvem de forma isolada de outros trabalhadores do SUS, mas envolvem os diversos saberes em movimento, construídos pelos profissionais partícipes das equipes de saúde.

No interior do processo operacional, Costa (2009) analisa e identifica as principais atividades da assistente social na política de saúde e neste movimento observa que as articulações com a rede de serviços e com a equipe de saúde e os conflitos familiares demandam a reorganização das ações do Serviço Social, principalmente as que são de requisição imediata, e que interferem no processo de saúde-doença.

Essas requisições têm correlação com outras políticas sociais, exigindo condução e alinhamento do trabalho em um entendimento coletivo. A fim de atender as demandas dos usuários, a assistente social deve atentar-se para as mudanças, tanto nos processos nas unidades de trabalho como nas políticas. As exigências postas para a assistente social no serviço em saúde incidem nas proposições das requisições para a qualidade de vida da população, determinando o âmbito de atuação da assistente social, necessitando de qualificação técnica-política para que a atuação do profissional incida em situações concretas apresentadas no processo de saúde-doença.

Dentro da construção do SUS, Nogueira e Mito (2009) observam que a assistente social tem potencialidades em sua atuação para melhorar a qualidade de vida e saúde dos grupos sociais na observância dos condicionantes e determinantes de saúde com respostas significativas às demandas postas pela população. Em face

deste argumento, vemos que o trabalho da assistente social na saúde se distingue pelas requisições em saúde, pela transversalidade e articulação.

Aqui entendemos a integralidade na saúde considerando o paciente no contexto sócio-familiar e cultural como assistência em todos os níveis de atenção à saúde. Para isso (BRASIL, 2014), é necessário proporcionar práticas e ações que caracterizam uma construção coletiva disposta em diversos serviços de modo transversal e intersetorial.

Assim, as ações são desenvolvidas com as demais políticas no atendimento aos determinantes e condicionantes ante as manifestações do cotidiano, que necessitam de práticas integrais e humanizadas na perspectiva de atender as necessidades humanas fundamentais, compreendendo o paciente para além de sua doença e como cidadão de direitos.

Observando o conteúdo das entrevistas realizadas foi possível identificar aproximações às intervenções coletivas, destacando que são evidenciados elementos que particularizam o trabalho das assistentes sociais na saúde quando apontam a necessidade de mobilização de conhecimentos para as intervenções coletivas, bem como para as práticas integrais. Assim a AS 3 considerou que *"o assistente social tem mais conhecimentos e domínio sobre as políticas públicas"*. Na mesma direção, outra entrevistada afirma que *"as intervenções devem viabilizar a efetivação de seus direitos [dos pacientes e familiares] e respeitar a autonomia do paciente, assim como seus valores e a sua cultura"* (AS 4).

As demais entrevistadas destacaram em suas falas a relevância da aproximação com a realidade vivida pelo paciente e seus familiares, permitindo reconhecer as demandas apresentadas e as possibilidades de articulação com a rede. Assim, a entrevistada AS 2 aponta em sua fala que *"no trabalho humanizado é possível extrair do contexto apresentado pelo paciente ou familiar o que é necessário encaminhar"*.

Diante dos determinantes e condicionantes sociais, o trabalho das assistentes sociais em saúde deve ser estruturado para o atendimento das demandas postas pelos pacientes de forma a reconhecê-lo como sujeito de direito, assim entendendo a importância da integralidade que se apresenta no trabalho profissional humanizado e no compromisso cotidiano para efetivação dos direitos e serviços de qualidade, direcionados pelos princípios fundamentais do atual Código de Ética Profissional, o qual defende:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; 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; [...] Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional” (CFESS, 2012, p. 23-24).

Identificamos a necessidade de um atendimento pautado na centralidade dos sujeitos na construção coletiva, voltado para o respeito ético pela vida humana, pela busca da proteção social, e demonstrado no trabalho crítico da assistente social, que tem a capacidade de intervir na realidade. Deste modo, ela proporciona o alcance universal e equitativo dos direitos na construção do processo saúde-doença e do atendimento às necessidades da população para a proteção social dentro das prerrogativas constitucionais. O assistente social na saúde atua em questões econômicas, sociais, na proteção e nas necessidades humanas relativas ao processo saúde-doença. Seu trabalho expressa o compromisso com respeito à vida, à ética, à humanização e aos direitos.

Entendemos que a integralidade na conformidade do SUS é uma requisição da ação do assistente social, que com preponderância dos princípios profissionais, considera a condição humana do sujeito, no desejo da busca da autonomia em saúde (CFESS, 2010). Nessa ação, é proporcionada a percepção da relação entre saúde, doença e cuidado, direcionado para a superação da fragilidade.

Como desenvolvimento de atividade e de capacidade de manipulação, de mudança que contemple necessidades humanas, o processo de trabalho é compreendido como um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades. Estas atividades dependem da existência, da adequação e da criação dos meios tanto das condições objetivas como subjetivas, (GUERRA, 2000).

Na área da saúde, o processo de organização do trabalho também está subordinado às finalidades, condições, meios e formas materiais e sociais, uma vez que, a realidade das coisas não se apresenta imediatamente como elas são, por isso, a centralização dos processos políticos/decisórios e a fragmentação do

trabalho persistem, levando os profissionais à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais.

Para superar esta realidade fragmentada, Merhy e Franco (2008) afirmam que o trabalho em saúde deve pautar-se pelo referente simbólico. Ou seja, pelo ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, em particular, como alma da produção da saúde, tomando como central as necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogam para as práticas do trabalho em saúde é a produção social da vida e sua defesa.

Na produção da saúde, a referência é o procedimento do cuidado e isso é vinculado com o contexto, com o lugar social do processo produtivo, e os valores culturais (NOGUEIRA; MIOTO, 2009). Nesse sentido, os trabalhadores, seja de forma individual como coletivamente, têm seus conhecimentos e saberes tecnológicos em uma correlação com todos os demais que participam da produção e consumo do seu trabalho, não obstante a diferenciação de cada um deles.

Para Merhy e Franco (2008), o trabalho em saúde está nos processos, nas maneiras de se organizar e nas ações dos profissionais, e isso impacta no modo de produzir o cuidado. A expressão do processo de trabalho nos serviços de saúde se concretiza com semelhanças comuns ao processo de trabalho em geral. Porém em (COSTA, 2009) é evidenciada a relação direta firmada com o usuário no direcionamento do trabalho em saúde.

Pode-se compreender, então, que o trabalho em saúde é um lugar para produção de serviços e de sujeitos capazes de protagonismo e autonomia no conjunto do processo de trabalho de forma coletiva.

‘O trabalhador de saúde é sempre coletivo’: o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’. (MERHY; FRANCO, 2008, p. 283).

São necessárias a complementaridade dos saberes e a interdependência, como diz Campos (2000, 2003, 2006), que considera o trabalho uma produção de saber e processo de formação permanente, formação esta que se efetiva na vivência das situações concretas, tornando-se competentes para enfrentar as

demandas, criando estratégias para atingir o objetivo final, aprendendo, inclusive, a trabalhar em equipe.

O desenvolvimento de atividades, a capacidade de manipulação e de mudança contemplam as necessidades humanas. Assim, o processo de trabalho é compreendido como um conjunto de atividades prático-reflexivas as quais estão voltadas para o alcance de finalidades. Estas atividades dependem da existência, da adequação e da criação de meios, tanto das condições objetivas como subjetivas, (GUERRA, 2010).

Esta busca pela integração do cotidiano aproxima-se da visão que considera a importância do trabalho como possibilidade de significar realização. Isso quer dizer, portanto, que ele é percebido como central na constituição do indivíduo enquanto sujeito. O trabalho, dessa forma, se constitui como processo que cria valor de uso e como atividade vital cuja intenção é voltada para o processo de humanização.

O trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas que possuem características distintas e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na cooperação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que atravessa diferentes pontos de vista (BRASIL, 2010, p. 96).

Nos processos de trabalho, são criadas estratégias que revelam os saberes do trabalho humano, implicando em várias maneiras de trabalhar. Todo trabalho profissional, segundo Almeida (2009), tem uma direção política, ética e teórica, permitindo aos assistentes sociais, como complementa Guerra (2009), que exerçam a relativa autonomia que lhes cabe no espaço profissional. Estas referências são explicitadas na atuação profissional, a qual sempre decorrem objetivos, ações, atividades e finalidades.

A inserção de assistentes sociais no trabalho em saúde possui especificidades, pois se trata de um espaço sócio-ocupacional que tem uma centralidade no trabalho vivo e na produção de ações que visem o cuidado da saúde da população. Para Matos (2009), a centralidade do trabalho vivo na saúde objetiva-se na ação humana.

No contexto da saúde, a assistente social assume cada vez mais novas funções, principalmente as voltadas às ações de intersetorialidade, de integralidade

e de atividades educativas que desenvolvem ações de recuperação do paciente. Bravo (2009) afirma que na política de saúde, a partir da criação do SUS, os espaços de atuação da assistente social se ampliaram. Com o profissional sendo chamado cada vez mais para atuar nas ações de saúde, intervindo e orientando sobre direitos sociais, especialmente o direito à vivência saudável.

O trabalho da assistente social na saúde também se particulariza pela transversalidade e articulação com as demais políticas no atendimento aos determinantes e condicionantes diante das expressões do cotidiano e que demanda práticas integrais e humanizadas.

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 282).

Neste sentido, podemos afirmar que o trabalho da assistente social na saúde não é realizado somente por meio de práticas interdisciplinares, firmado em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Atentos a esta realidade de cidadania e democracia, em que os sujeitos de direitos buscam a atuação da assistente social em saúde, apontamos que as orientações são voltadas para as situações em que são identificadas necessidades sociais e familiares que possam dificultar os cuidados com o paciente. Sobre esta atuação, o CFESS (2010) aponta que:

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p.39).

Acerca disso, percebemos que as ações não podem ser entendidas de forma segmentada e sim em sua totalidade, uma vez que as trabalho das assistentes sociais na saúde são fundamentadas na integralidade, interdisciplinaridade e participação social. Ainda segundo os parâmetros para a atuação dos assistentes sociais (CFESS, 2010), é essencial para uma atuação competente dos assistentes sociais na área da saúde estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS.

É destacado ainda pelo CFESS a necessidade de facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde. Outra necessidade é a de construir e

efetivar conjuntamente a outros trabalhadores da saúde espaços nas unidades que garantam e potencializem a participação popular, contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação, formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.

No atendimento direto aos usuários, é desejável orientar sobre questões relacionadas aos benefícios sociais e à documentação necessária para planejar o cuidado dos pacientes e familiares, encaminhando-os para as redes de prestação de serviços tanto na área da saúde como nas demais políticas sociais.

As ações socioeducativas (CFESS, 2010) consistem nas orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio das abordagens individuais, grupais ou coletivas aos usuários, à família e à população de determinada área programática. Sua finalidade é proporcionar acesso à informação, uma visão reflexiva e participativa dos usuários de serviços de saúde e ao controle social.

O controle social é evidenciado no processo de organização do SUS, colaborando na construção de estratégias de efetivação dos direitos de cidadania e na garantia das necessidades sociais em saúde. Nogueira e Mito (2006) indicam que os usuários devem participar da gestão e controle social. Costa (2009) considera que não só os usuários, mas também os profissionais devem compor as diversas modalidades de participação do SUS.

Nesta concepção, consideramos essencial que a assistente social proporcione a discussão democrática, incentive a valorização e participação dos usuários nos espaços de controle e gestão, pois muitos destes usuários ainda desconhecem a política de saúde, sendo então necessário desvelar a complexidade da referida política. Diante disso é que a assistente social deve construir canais de acesso à informação, na medida em que se amplia a participação nos espaços de discussões, como em conselhos, conferências, seminários e outros para que tenham condições de reivindicar direitos e lutar pela efetivação.

É preciso que a assistente social, principalmente diante deste contexto de pandemia da COVID-19, busque desburocratizar as relações com o paciente adotando medidas e estratégias de informação e orientação à população a respeito do acesso aos serviços públicos, em especial aos pacientes paliativos.

3.2.1 Alterações no trabalho da assistente social em saúde em tempos pandêmicos

O contexto pandêmico da COVID-19, doença respiratória grave causada pelo SARV-CoV-2, impôs a toda sociedade medidas restritivas como isolamento e o distanciamento social, que afetaram a saúde, a atenção do cuidado, e alterou diretamente o trabalho das assistentes sociais.

[...] quantas pessoas morreram este ano, sozinhas, sem nunca mais ver seu ente querido, nunca mais pegar na mão do seu pai, da sua mãe, do seu filho? É uma violência tão grande, de ser colocado em um saco e nem ter velório (AS 2).

Diante disso, há desafios sociais, sobretudo face à crescente dificuldade na conciliação da vida familiar e do cuidar, que requer do sistema de saúde apoio direcionado tanto aos pacientes como aos seus familiares. Sendo assim, para evolução deste item, foi utilizado as recomendações do CFESS; Alves e Mito (2020); e Bernardo e Oliveira (2020).

A adoção do teletrabalho e o atendimento remoto são apontados na nota de orientação para o exercício profissional diante da pandemia da COVID-19 pelo CFESS (2020) como potencializadores da exploração do trabalho. Vemos que o trabalhador ficou sujeito a uma jornada maior de trabalho, havendo ainda a dificuldade de distinção do ambiente de trabalho e do doméstico e pelo uso dos equipamentos pessoais como computador e telefone e rede de dados de internet.

As estratégias de intensificação do trabalho vão sendo incorporadas gradativamente e talvez não estejam ainda claramente perceptíveis para o conjunto de trabalhadores, particularmente na esfera estatal. Mas elas ganham concretude no ritmo e na velocidade do trabalho, nas cobranças e exigências de produtividade, no maior volume de tarefas, nas características do trabalho intelectual demandado, no peso da responsabilidade (RAICHELIS, 2011, p. 433).

Para que a população não deixasse de ser atendida e não se perdesse a produtividade, as tecnologias nos atendimentos ao paciente passaram a ter um destaque neste contexto. Mensagens de textos por telefone, chamadas de vídeo teleconferências e outros recursos digitais passaram a fazer parte do cotidiano.

Teletrabalho e teleatendimento não são recomendados pelo CFESS, salvo em caráter de excepcionalidade, o que deve ser avaliado pelo profissional de forma

autônoma considerando os riscos da pandemia e o comprometimento da qualidade dos serviços prestados (CFESS, 2020). Vemos as dificuldades deste tipo de atendimento no relato das entrevistas:

A gente começou a interromper as visitas e a gente fez muitos processos de conversas por telefone, tele atendimentos e reuniões com famílias também por teleatendimento. A gente tirou muito do contato pessoal, do presencial a gente perdeu bastante (AS 2).

Assim também consideram as AS 1, 2, 5 e 7:

Acho que falta um pouco de desta questão do calor humano, uma coisa é você fazer por telefone outra coisa é você estar olhando nos olhos e compartilhar daquela situação com aquela família é se colocar no lugar dessa família, o que ela está sentindo. Respeitar os limites e as possibilidades isso é mais no contato visual (AS 1).

A AS 7 relatou o seguinte: “[..] o que foi pior de verdade é você não conseguir acolher a família da maneira que a gente gostaria, da maneira que a gente queria para gente.” Seguindo a mesma perspectiva, a AS 5 considerou:

O que mais afetou foi o contato, [...] é delicado uma abordagem paliativa ser por telefone, [...] nós como profissionais também tivemos que nos adequar, então não temos muitas vezes o contato físico, [...] nós esbarramos com questões sanitárias, questões de humanização, com questão da família [...]. Então são questões bem delicadas que com a pandemia tivemos essa dificuldade (AS 5).

As medidas sanitárias impõem aos familiares o distanciamento social e, nas situações mais graves, o isolamento. Nas situações de óbito, há procedimentos específicos que requerem da assistente social preparo técnico, ético e político para orientar os familiares.

O CFESS (2020) recomendou que, além do cumprimento das medidas de proteção (uso de máscaras, distanciamento social e lavagem constante das mãos) indicadas pelas autoridades sanitárias, que o profissional preserve sua autonomia e busque estratégias para intervenção, a fim de se proteger e proteger também os usuários, garantindo o acesso aos serviços. O CFESS ainda orienta que os atendimentos *online* sejam avaliados, identificando sua viabilidade e pertinência, de modo a garantir o sigilo e a confidencialidade das informações emitidas pelos usuários.

O momento exige racionalidade e compromisso ético na construção de alternativas que garantam o atendimento a população sem perder de vista a proteção da saúde de todas/os envolvidas/os nas atividades e ações cotidianas, que são essenciais no combate a transmissão do COVID-19, bem como na garantia de assistência à saúde de quem contrair a doença (CFESS, 2020).

Com a pandemia, os serviços estão sendo reestruturados, o que alterou sobremaneira o trabalho dos assistentes sociais, que diante desta nova situação podem ser requisitados a executar atividades e ações que ultrapassam as suas atribuições. Entendemos que é necessário que seja debatido em conjunto com a equipe o mapeamento das atividades a serem mantidas ou suspensas de acordo com a autonomia profissional. Uma requisição indevida é a comunicação de óbito.

Diante a solicitação das assistentes sociais de vários estados brasileiros, o CFESS elaborou a orientação normativa 03/2020, afirmando que a comunicação de óbito não constitui atribuição ou competência profissional da assistente social, mesmo durante a pandemia.

A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (CFESS, 2020)

Então, é preciso atenção às atribuições e competências profissionais, para que não seja realizado atribuições incompatíveis com a profissão. Bernardo e Oliveira (2020) indicam que, em tempos pandêmicos, cabe aos trabalhadores da saúde sugerir e definir requisitos que garantam condições sanitárias para a realização do trabalho, a fim de preservar a saúde e as questões éticas relativas aos segmentos profissionais, visando também a privacidade dos pacientes e familiares. É necessário um processo permanente de ação-reflexão-ação acerca dos limites e possibilidades do trabalho em uma conjuntura tão adversa.

O contexto pandêmico gerou condições excepcionais de trabalho, sendo necessária uma atenção especial e ações mais maleáveis e versáteis para que a ação profissional tenha o encaminhamento e resultado, pois Alves e Miotto (2020) consideram que é

[...] uma conjuntura que desafia a enfrentar a precarização e intensificação do trabalho associadas às políticas de austeridade que tornam os recursos públicos cada vez mais escassos e a lógica dos direitos sociais cada vez mais ameaçada (ALVES; MIOTTO, 2020, p.2).

Diante disso, é preciso ter também uma perspectiva focada na família e no cuidador, para que possamos lidar com as situações que envolvem os agravos de doença incurável ou com prognóstico de finitude da vida. Em tempos de COVID-19, o isolamento social e a vacinação têm sido adotadas como medidas de enfrentamento à pandemia, como uma tentativa de diminuir a contaminação de modo a que o sistema de saúde suporte o volume de atendimento daqueles que, contaminados, buscarão os serviços hospitalares.

Houve diminuição de busca por atendimento médico pelos pacientes com indicação de ações em cuidados paliativos no período de pandemia, sendo isso destacado pela AS 2, *“muitos dos nossos pacientes também não quiseram ir ao médico, a gente tem vários pacientes que ficaram o ano inteiro [sem procurar o atendimento médico]”* (AS 2). Observou-se o agravamento do paciente diante da dificuldade de prover o isolamento e cuidados de proteção conforme as possibilidades de gestão do fim da vida, principalmente com a impossibilidade de manter um acompanhante durante a internação.

Afetou muito o trabalho com as famílias, porque a gente teve que restringir o hospital, que sempre foi muito aberto, a nossa intenção sempre foi trazer muito a família para dentro do hospital, estar participando muito do tratamento, [...]. A gente teve que aprender a dizer não para isso e teve que aprender a conviver com este não. E isso é muito difícil, você ter que limitar algum paciente que a gente poderia deixar todos os filhos entrarem, [...], a gente não podia mais. As trocas de horário que a gente deixava de três em três horas a gente teve que falar não, não, não, não, não, isso foi ficando muito difícil. [...]. Porque nós sempre éramos os que íamos pedir para equipe que isso acontecesse. A gente teve que fazer o trabalho inverso de convencer a família de que isso não era. Então isso eu acho que foi o pior, foi o mais sofrido, até hoje eu ainda não me acostumei com isso (AS 7).

Neste sentido, a assistente social deve trabalhar no fortalecimento do sistema de apoio ao paciente, evitando que o mesmo tenha de enfrentar situações que gerem sentimentos como os de abandono, limitação e dependência. Portanto, é essencial atuar de forma a contribuir para que esse paciente e seus familiares se sintam respeitados e valorizados. Neste caminho, o trabalho das assistentes sociais reforça que, mesmo com os desdobramentos da doença, a impossibilidade de cura ou, ainda, a necessidade de isolamento por quarentena, tanto o paciente como seus familiares não são retirados da condição de sujeitos de direitos.

O importante neste momento é garantir um atendimento firmado na ética, a partir de ações de prevenção, práticas de segurança e de cuidados, visando sempre à qualidade dos serviços prestados aos pacientes e seus familiares. E sim, é possível manter o distanciamento social sem ser distante das necessidades dos pacientes e seus familiares, estando atento às expressões que se manifestam nas situações de terminalidade de vida e problematizar os desafios postos ao cotidiano profissional, sobretudo, face às crescentes dificuldades na conciliação da vida familiar no processo de morte.

Contudo, neste contexto pandêmico, reformulamos ações em saúde nos cuidados paliativos é prioridade, uma vez que o paciente está mais vulnerável à contaminação e suscetível à morte.

3.3 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

Neste tópico, abordamos o trabalho da assistente social em cuidados paliativos, que deve, mesmo em contexto eminente de fim de vida, reconhecer os usuários na perspectiva da cidadania e da democracia. O trabalho deve ser realizado na compreensão do cuidado ético, da humanização da ação, imprimindo nos atos profissionais o uso dos conhecimentos, princípios, valores, na busca da qualidade do atendimento.

Na área da saúde, onde há múltiplas identidades em interação este é um desafio cotidiano, que se transforma em um verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de uma prática humana e humanizadora, na qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe (MARTINELLI, 2007, p. 26).

Então, vemos que o trabalho de assistentes sociais impresso na ética do cuidado respeita o paciente que se encontra na fase final da vida e também seus familiares. É considerado também por Martinelli (2011), que a atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos seja essencial conservar o respeito ético pela vida humana, devemos compreender de modo ampliado as várias dimensões do humano, referenciadas em saúde. Isso constitui um campo interdisciplinar e traz uma abordagem na compreensão da integralidade de cuidados.

Pensar a integralidade de cuidados é compreender que a interdisciplinaridade como eixo estruturador das práticas organizacionais se constitui num tema determinante para o desenvolvimento das ações em cuidados paliativos. (ANCP, 2009). Assim, também se nota a interdisciplinariedade na atuação do assistente social em cuidados paliativos (FROSSARD *et al.*, 2019) o que é próprio da profissão e a caracteriza em saúde. Vemos perante ao nosso estudo e conforme indicado por diversos autores como Nogueira e Mito (2019) que a interdisciplinaridade caracteriza a atuação do assistente social em saúde.

Cuidar paliativamente de alguém requer impreterivelmente um trabalho interdisciplinar que prime pela contemplação dos saberes, pelo compartilhamento de responsabilidades, de tarefas, de cuidados, e pela negação da simples sobreposição entre as áreas envolvidas (FROSSARD *et al.*, 2019, p. 94).

Temos o entendimento de que é necessário transpor a execução de tarefas imediatas para um trabalho consciente propositivo e ativo. Para Andrade (2009), o trabalho do assistente social em equipes de cuidados paliativos é focado em conhecer o paciente, a família e os cuidadores, observando os aspectos socioeconômicos, oferecendo informações e orientações sobre os direitos e processos legais e burocráticos que favoreçam o andamento do cuidado ao paciente. Isso é bem representado na fala da AS sobre a atuação do Assistente social em cuidados paliativos, quando relata que *"tudo que for relacionado às demandas de falta de acesso aos direitos é exclusivo do serviço social"* (AS1).

Simão *et al.* (2010) aponta que a função do assistente social incorre no levantamento e avaliação de necessidades, na detecção de problemas e identificação de risco social.

Importante identificar e analisar as relações familiares e emocionais; os problemas relacionados aos cuidados e acesso a direitos que possam intervir no

processo de luto. É necessário aos assistentes sociais a atenção ao conjunto de indicadores de ordem material que podem expressar problemas financeiros habitacionais, de locomoção e de insegurança alimentar. Sobre o trabalho do assistente social, a AS 4 considera que a importância do trabalho está:

no sentido de melhorar a forma de vida dos pacientes, é a partir de intervenções que viabilizem a efetivação de seus direitos e práticas que respeitem, a gente tem que viabilizar estas práticas que respeitam a autonomia, os valores, a cultura do paciente, até na decisão de como ele vai querer que seja a morte dele (AS 4).

No trabalho de assistentes sociais, direcionado aos pacientes, as ações são para atingir os meios necessários e expectativas pessoais expressas pelos pacientes e familiares, a fim de alcançar a qualidade de vida até o fim da vida (ANDRADE, 2009). No atendimento à família, o assistente social avalia as necessidades específicas e realiza encaminhamentos para os serviços especializados executados pela rede instalada. Para o atendimento da equipe, é necessário estar atento à fluidez das informações de modo a subsidiar o planejamento, a execução e as decisões acerca do trabalho em equipe (SIMÃO, *et al.*, 2011).

Com isso, observamos a importância da construção de ações para além do ambiente hospitalar, envolvendo a família, a rede de serviços e os núcleos de apoio na comunidade sejam eles vizinhos, igrejas ou instituições.

CAPÍTULO 4 - O TRABALHO DE ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA CIDADE DE LONDRINA

Neste capítulo, nos aproximamos das expressões do trabalho em cuidados paliativos desenvolvido pelas assistentes sociais. Nesse embarque final, abordamos as manifestações dos cuidados paliativos no trabalho em equipe, as configurações do trabalho em rede e as ações intersetoriais, e para isso estruturamos o texto em duas partes. Essa escolha se deve à identificação que o trabalho da assistente social tem duas ênfases, uma na ação direta no atendimento ao paciente e aos familiares e outra ênfase na articulação com a rede.

Na primeira, apresentamos o trabalho em equipe, o trabalho desenvolvido dentro da unidade de saúde e os demandatários do trabalho de assistente social. Na segunda parte, apresentamos o trabalho articulado em conjunto com as redes de saúde e as demais redes MP, ILPI, INSS, CRAS, CREAS e as configurações das ações intersetoriais.

A fundamentação do conteúdo e as informações construídas foi possível pela pesquisa documental, pesquisa envolvendo sujeitos e revisão de literatura, subsidiada por produções públicas por Nogueira e Miotto (2009); Martinelli (2007); Andrade (2007; 2009); Matos (2020); Lemos (2009); Santos, C., (2013); Guerra (2009), para discutir as expressões do trabalho e a articulação da assistente social. Para as configurações do trabalho em rede utilizamos autores como Bourguignon e Barbosa (2017); Frossard (2016); Junqueira (2000); Miotto (2002) e Pereira e Teixeira (2013). Para as expressões das ações intersetoriais, recorreremos a Costa (2010), Inojosa (1998), Junqueira (2000); e Silva e Junqueira (2016).

4.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM LONDRINA

Neste item em que abordamos as condições objetivas de trabalho das assistentes sociais foi importante transitarmos por elementos como carga horária, espaço de trabalho, pois acreditamos que estes influenciam na qualidade e efetivação dos serviços prestados. Para isso utilizamos autoras como Alves e Miotto (2020); Maciel (2012), e Raichelis (2013), as quais pesquisam sobre o tema.

Observamos as condições de trabalho das assistentes sociais com relação à carga horária semanal de trabalho. Cinco delas têm jornada de trinta horas e duas trabalham quarenta horas, pois são trabalhadoras do estaduais e o governo do Estado do Paraná não reconhece a lei 12.317/2010 que estabelece para o assistente social jornada de 30 horas semanais sem redução salarial. Foi identificado que todas as entrevistadas dedicam-se 4 horas da carga horária semanal de trabalho aos cuidados paliativos e as demais horas são para as outras demandas gerais apresentadas nos seus respectivos locais de trabalho.

O desenvolvimento do trabalho das profissionais se mostra realmente muito desafiador, pois não atuam exclusivamente em cuidados paliativos. Os trabalhos são feitos de acordo com a demanda, (AS 1), *“conforme surge a demanda eu vou atendendo”*. Sobre o mesmo assunto, a AS 5 coloca:

[...] nós não conseguimos mensurar em horas algumas vezes temos por exemplo um pedido de parecer de atendimento de paliativo por dia, às vezes tem dois, então assim, nós não conseguimos mensurar, essa semana, por exemplo, estou no terceiro dia de trabalho não houve nenhum pedido de específico de atendimento paliativo para mim (AS 5).

Como não há exclusividade das profissionais em CP, observamos que isso acaba por se tornar um dificultador na observação das horas dedicadas ao atendimento, além disto, apenas um hospital mantinha ala exclusiva⁷ para CP.

Nas entrevistas, constatamos que nos serviços hospitalares a dedicação exclusiva em CP é feita apenas pelo médico, pois os demais funcionários precisam desenvolver outras atividades de modo geral, conforme sua carga horária e as demandas de atendimentos do serviço.

Constatamos isso na fala da AS 7, relatando que na unidade de saúde em que trabalha não há ala exclusiva para CP e que, além disso: *“nossa demanda não é fixa, como a gente atende todos os tipos de situações de patologias aqui dentro do hospital, tem semana que tem mais pacientes com paliativos, tem semana que tem menos”* (AS 7).

Nesta perspectiva, Maciel (2012) entende que manter unidades como menos de 10 leitos para CP pode ter um custo demasiadamente elevado pela necessidade da equipe treinada em período integral.

⁷ A ala destinada a CP no período de pandemia foi desativada, neste momento não há exclusividade.

Pensamos que, como CP não é o único atendimento especializado nas unidades, atender outras necessidades não aparenta ser um aumento de trabalho diante da quantidade de leitos em geral e aqueles reservados aos cuidados paliativos. No entanto, é extremamente necessário observar a quantidade de pacientes por profissional, para não gerar sobrecarga de trabalho da assistente social. A intensificação de trabalho para Raichelis (2013) indica um empenho maior, tanto físico, intelectual ou emocional, ou ainda combinação dos três, mais provável, que ao nosso ver pode gerar o adoecimento do profissional e o comprometimento de um trabalho efetivo e de qualidade.

Quanto ao local para atendimento do Serviço Social, apenas duas assistentes sociais dispõem de sala exclusiva de trabalho. Sobre as condições de trabalho, Alves e Miotto (2020) consideram que:

a possibilidade de tempo de trabalho exclusivo na equipe e inclusive a permanência no mesmo espaço; a situação de trabalho do profissional potencialmente demandante, que tende se ater às questões específicas de sua área em situações de sobrecarga de trabalho ou aplicar práticas de seleção das situações que vai demandar o assistente social (ALVES; MIOTTO, 2020, p. 6).

As condições de trabalho, assim como uma estrutura física para atendimento que resguarde a privacidade e sigilo são fatores importantes a serem considerados. A organização do trabalho e sua constituição influenciam nos processos de atuação das profissionais e no processo de acompanhamento dos usuários e seus familiares.

A condição de trabalhador assalariado — seja nas instituições públicas ou nos espaços empresariais ou “sem fins lucrativos”, faz com que os profissionais não disponham totalmente, nem tenham controle sobre as condições e os meios de trabalho postos à sua disposição no espaço institucional (RAICHELIS, 2013, p. 620)

Entendemos que espaços partilhados ou conjuntos podem comprometer a execução do trabalho do assistente social se não for observado a especificidade da profissão, até demandando situações que possam gerar sobrecarga ou requisições indevidas. No entanto, Maciel (2008) compreende que, em cuidados paliativos, o ambiente compartilhado favorece a comunicação de informações entre a equipe.

Porém apontamos para as implicações éticas que devem ser também observadas, como o sigilo profissional, a inviolabilidade do local de trabalho, conforme o Código de Ética em seu artigo 2º, além do atendimento que deve ser

feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo descrito no artigo 3º da Resolução CFESS n. 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas para o exercício profissional. Sobre o sigilo, a AS 2 diz: “a gente não tem muita coisa, que seja diferente de muito sigilo [...], às vezes quando é alguma coisa mais sigilosa, a gente acaba não colocando para não correr o risco. ”

Vemos que outras questões também trazem rebatimento para as condições de trabalho, como o sucateamento dos serviços públicos, a terceirização, a inserção das tecnologias da informação (RAICHELIS, 2011).

4.1.1 Característica do trabalho em cuidados paliativos: as atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais

Neste item sobre as atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais, utilizamos com referências as autoras Martinelli (2007), Mito; Nogueira (2009), Costa (2009), Vasconcelos (2009), Trindade (2017) Ramos; Forti (2018). Assim, foi possível destacar as atividades das assistentes sociais correlacionando com o trabalho realizado em Londrina.

Desta forma, as ações e atividades desenvolvidas pela Assistente social em Cuidados Paliativos foram apontadas como sendo: contato com a família; entrevista; visitas de acompanhamento das famílias, reunião com as famílias; escuta, orientações, encaminhamentos para rede socioassistencial e de saúde, ou dependendo da organização do serviço pode ser também para direcionado internamente para os multiprofissionais na unidade de saúde. Para Vasconcelos (2009, p. 247), “o encaminhado para recursos internos da unidade, objetiva-se inserir o usuário na rotina institucional”.

Identificamos a correlação das atividades indicadas pelas entrevistas com aquelas indicadas nos Parâmetros para Atuação dos/as Assistentes sociais na Política da Saúde, elaborado pelo CFESS (2010). Essa correlação acontece principalmente quando ele aponta para as principais ações desenvolvidas pela assistente social e a necessidade de fortalecer os vínculos familiares, criar, organizar protocolos de rotinas para ação, mobilizar a rede de serviços e democratizar as ações. Conseguimos verificar também que as assistentes sociais organizam protocolos e rotinas para o desenvolvimento das atividades em Cuidados Paliativos, assim, AS 2 relata que existe um planejamento semanal.

o planejamento de atividades é todas às quartas, temos as discussões de todos pacientes que foram tratados e admitidos na semana o planejamento para ação, para cada um deles então a gente registra [...] o que cada profissional vai fazer e quais a metas de cada um [...]. A gente vai trabalhando conforme o planejamento de cada paciente, de cada quadro clínico, de cada prescrição (AS 2).

Entendemos que a interlocução entre os processos de trabalho em saúde e os processos de trabalho em cuidados paliativos se relaciona pelas observâncias de condições clínicas e sociais que o paciente apresenta e que irão determinar a condução dos cuidados. Não obstante relacionado como o Código de Ética da profissão, vemos a importância do compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, espelhando a dimensão ética que atravessa o trabalho de assistentes sociais na perspectiva da competência e atividades profissionais no desempenho responsável e eficiente, mantendo a observância da legislação em vigor:

Artigo 5º - a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código; c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as; d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos; fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (CFESS, 2012).

Diante disso, considerando o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais entrevistadas, destacamos as atividades mais realizadas por elas direcionadas aos pacientes e familiares em Londrina. Veja abaixo no quadro referencial 4:

Quadro Referencial 4: Distribuição das atividades realizadas pelas assistentes sociais com os pacientes e familiares

Atividade dirigida aos pacientes e familiares	Acolhida
	Atendimento social a família
	Informações previdenciárias, sobre os benefícios socioassistenciais
	Atendimento social domiciliar
	Encaminhamento
	Avaliação social
	Elaboração de documentação técnica

Fonte: Sistematização da autora, com base nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos em Londrina - Paraná 2020/2021

A **acolhida** é uma estratégia de interferência nos processos de trabalho (BRASIL, 2010) que representa o reconhecimento do outro, das suas necessidades e diferenças. Sendo considerada na política de humanização (BRASIL, 2010) uma ferramenta de intervenção na qualificação de escuta, e construção de vínculos. Nesta mesma perspectiva, Ramos e Forti (2018) apontam que o acolhimento⁸ é referência importante para as intervenções dos profissionais da saúde e para a operacionalização dos cuidados.

[...] o acolhimento é caracterizado como primeiro contato do usuário com o atendimento prestado pela equipe de saúde, incluído aí o assistente social. Pode-se dizer que se trata do momento em que o usuário expressa sua questão, o (s) motivo (s) que o levou àquele atendimento, ..." (RAMOS; FORTI, 2018, p. 95).

A acolhida traz múltiplas percepções sobre as demandas trazidas pelo paciente, pois as informações colhidas e socializadas podem contribuir para a elaboração de uma proposta mais apropriada às necessidades sociais dos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares.

Todas as entrevistadas indicaram o acolhimento como atividade realizada pela assistente social e sobre isso vale destacar o que considerou a AS3: *"acolhimento da família e conhecer muito bem a família a fundo, esse vínculo que vai me propiciar entender"*. A entrevistada (AS4), que realiza serviço domiciliar, acrescentou:

⁸ Para aprofundamento acerca da discussão acesse: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

Fazemos o acolhimento, é a escuta para levantar as demandas, e isso é importante para gente conhecer a família, o paciente e principalmente o cuidador. A partir disso a gente planeja [...], as ações em equipe, então assim, esse seria o meu papel de estar informando a equipe quem é o paciente, onde ele está inserido e quais são as relações familiares (AS 4).

Essa ação de acolhida pode ser destacada como sendo a possibilidade da assistente social conhecer o perfil da família, a condição social e o modo como os familiares estão lidando com finitude da vida do/a paciente. Presume-se o exercício do diálogo para sustentar os processos de cuidados, indica a expectativa, e possibilita construção de metas e prioridades humanizando as práticas de saúde permitindo aos sujeitos a experimentação (BRASIL, 2011).

O levantamento do perfil da família é considerado por Andrade, (2012, p. 344) “o primeiro passo para um atendimento adequado; para tanto a escuta e o acolhimento são ações imprescindíveis” devendo acontecer no momento adequado de abordagem.

Então, entendemos que o acolhimento é o espaço para a escuta dos problemas, dos questionamentos, dos pedidos de orientação e construção de vínculos. Proporciona avaliar os riscos e as vulnerabilidades e a percepção do paciente e da família sobre a situação vivenciada, dando condições de escolha para a realização de procedimentos e encaminhamentos, como a de construir respostas mais assertivas. Franco, *et al.* (1999) aponta a participação do assistente social no acolhimento e considera esta atividade de fundamental importância para a integralidade da assistência e para a resolutividade de parte da demanda.

Com relação ao acolhimento e ao encaminhamento, (Vasconcelos, 2009) a assistente social apreende nas suas relações e conexões as questões de saúde para explicitar e dar respostas às demandas. No entanto, o núcleo técnico da política nacional de humanização na cartilha sobre acolhimento nas práticas de produção de saúde considera o acolhimento como ação técnico-assistencial, que possibilita a análise do processo de trabalho em saúde com foco na relação profissional/paciente (Brasil, 2010).

Nesta direção, Martinelli (2007) analisa que o acolhimento na atuação profissional está na perspectiva dos cuidados, pois o trabalho da assistente social é relacionado pela defesa dos direitos e da justiça em uma dimensão de

cuidado que preserva o respeito ético pela vida humana. Assim, é essencial que no trabalho realizado as assistentes sociais primem pela escuta, pelo acolhimento, pela empatia e trato ético.

Entendemos neste sentido que o acolhimento é postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários e que o apoio e a humanização devem contribuir para transformar informações em conhecimento. O acolhimento é um momento relevante para reconhecer o outro e suas demandas, sendo propício para construção de vínculos e de estratégias de ação para o atendimento.

O **Atendimento social** (CFESS, 2010), sendo ação direta ao paciente ou familiar, não deve ser segmentada, mas articulada dentro de uma concepção de totalidade, predominando as ações sócio-assistenciais que apresentam (MIOTO; NOGUEIRA, 2009) diferentes naturezas e que destacamos por entendemos estarem próximas do cotidiano em saúde.

As ações periciais têm por objetivo elaborar pareceres técnicos com a finalidade de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços; as ações sócio-emergenciais visam atender as demandas que estão relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias (cesta básica, serviço funerário, entre outros) e de violação de direitos; as ações sócio-terapêuticas implicam em apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal vividas pelos usuários e/ou familiares, particularmente em momentos críticos (mortes, recebimento de diagnósticos, acidentes), bem como a realização ou participação em ações terapêuticas, especialmente vinculadas à área da saúde mental; as ações sócio-educativas “consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para as demandas e necessidades dos usuários (MIOTO; NOGUEIRA; 2009, p. 240)

O atendimento social expressa a reflexão construída entre profissionais e usuários buscando alternativas para o atendimento das necessidades do usuário (NOGUEIRA; MIOTO, 2009). São ações de articulação interdisciplinar, em que há disposição de ângulos particulares para encaminhamentos comuns e as ações socioeducativas devem ser de eixo central da atuação da assistente social; elas são orientações, socialização de informações, análise das situações dos usuários (CFESS, 2010).

Informações previdenciárias sobre os **benefícios socioassistenciais** incidem em ações de orientação que para Vasconcelos (2009) são interesses e necessidades imediatas dos usuários, relacionados à busca por respeito, consideração e orientações sobre a documentação necessária para planejar o cuidado dos pacientes. Há também a busca por encaminhamentos que, para Costa (2009), asseguram o atendimento da demanda em outra unidade de saúde ou instituição da rede de serviço social dando expansão ou acesso aos serviços (TRINDADE, 2017).

Dentro das ações e atividades desenvolvidas pela assistente social em CP, são tratadas desde questões sociais, econômicas, habitacional, orientações de curadoria, procurações, casamentos, divórcios, recursos de benefícios sociais (INSS, funeral), relação familiar, até as questões entre a equipe, entre o médico, entre a família.

Neste sentido, as entrevistadas declaram que as demandas mais recorrentes são as relacionadas a benefícios do INSS, orientações para alta, acompanhamento em UBS, organização familiar e, mais esporádico, a violência e o abandono.

Aí quando aparecem aquelas demandas relacionadas a questões previdenciárias, a questões de idosos sem famílias que pode chegar no paliativo e tudo que for relacionado a demandas de falta de acesso aos direitos é exclusivo do serviço social (AS 1).

A exclusividade nas ações da Assistente Social na atuação em Cuidados Paliativos está nas informações previdenciárias, sobre os benefícios socioassistenciais; idosos sem famílias, encaminhamento aos serviços realizados na rede de atendimento, elaboração de documentação técnica e acompanhamento familiar, sendo estas ações citadas também consideradas as mais recorrentes.

[...] o serviço social faz como ninguém, outras pessoas podem até fazer, outras profissões, mas não fazem com a nossa clareza, sabe? Principalmente esta questão de você ouvir o que [...] às vezes o médico entra e fala sobre o tratamento, fala, sai e a família não consegue entender o que o médico falou. Então fazemos esta intermediação – doutor, a família não entendeu, vamos falar de novo (AS 7).

As entrevistadas demonstram que a atuação da assistente social está mais voltada para o acompanhamento bem próximo às famílias, de acordo com as necessidades que elas apresentam, isso também acreditamos ser relevante para

identificação da condição social destas. Foi também apontado por elas como sua ação exclusiva a identificação das relações de convivência; de quem exerce a função do cuidado; as possibilidades de lidar com o retorno do paciente ao convívio familiar com algum grau de dependência; e levantamento dos recursos existentes da rede de atendimento que pode favorecer o suprimento das necessidades apresentadas pelas famílias.

Na perspectiva da deshospitalização, o atendimento domiciliar é realizado por visita domiciliar, instrumento técnico-operativo relevante para as assistentes sociais, uma vez que possibilita conhecer as condições de vida, as relações familiares e comunitárias. Segundo o CFESS (2010), não compete à assistente social terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais.

A elaboração de documentação técnica é o registro das ações e deve expressar as razões que justificam a ação (NOGUEIRA; MIOTO 2009). A documentação traz materialidade à intervenção profissional, não sendo um mero ato burocrático mais elemento intrínseco à ação profissional (MATOS, 2017).

A documentação é essencial em todos os momentos, pois assegura o registro de informações e o caráter de continuidade das ações, possibilita a sistematização de dados empíricos e embasa o planejamento no campo profissional e institucional (MIOTO; NOGUEIRA; 2009, p. 236)

Assim, compartilhamos da ideia que a documentação é um dos elementos que sustenta a ação profissional, conforme aponta Mito e Nogueira (2009). É a comprovação da ação, "em fichas, prontuários, relatórios de atendimentos (individuais, familiares ou de reuniões e de assembleias)" (LIMA, *et al.*, 2007, p. 95)

Também nos parâmetros para atuação de assistente social na política de saúde e na Lei de Regulamentação da Profissão é atribuição do assistente social, entre outras, encaminhar, dar providências e prestar orientação social a indivíduos, população e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (CFESS, 2010, p 34).

4.1.2 Característica do Trabalho em Cuidados Paliativos: o Trabalho na Equipe Multidisciplinar

A realidade social e a produção e ações de saúde se apresentam na relação profissional e usuários dos serviços, a consequência implícita é o trabalho em equipe que consiste em uma particularidade do trabalho em saúde. Nesta realidade, é necessária interlocução de saberes e práticas construídos e reconstruídos no fazer diário.

Favorecendo a garantia de um dos princípios do SUS (Lei 8080/90), a integralidade, o trabalho em equipe colabora também com conceito ampliado de saúde, com assistência à saúde integral e humanizada, estando presente em todos os níveis de assistência desde a atenção primária até a UTI. Então diante disso o que vemos apontado neste item foi embasado por Junqueira (2000), Mito e Nogueira (2009), Andrade (2009) e Maciel (2012).

Para Mito e Nogueira (2009), O trabalho em equipe é a maneira de apresentar aproveitamento e rendimento das atividades, ultrapassando as ações fragmentadas em uma perspectiva de totalidade dos fatos sociais.

Quando realizado por profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, apresenta algumas características que devem ser recuperadas quando se tenta identificar os elementos que determinam o sucesso do trabalho conjunto (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 229).

A área da saúde é um espaço em que o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, cujo trabalho em equipe multiprofissional é uma prerrogativa e exige a interdisciplinaridade, que como sinaliza Junqueira (2000), consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para as ações e solução de problemas de saúde.

Na interdisciplinaridade, é necessária a integração de conhecimentos para que as ações possibilitem respostas efetivas aos desafios contemporâneos. Assim sendo, esta interação possibilita aos profissionais uma compreensão ampliada e dinâmica do contexto vivido, principalmente na área da saúde.

É necessário que o trabalho profissional respeite a responsabilidade técnica de cada profissional da equipe na condução de cada ação. Então, na estruturação do trabalho em equipe de cuidados paliativos, os assistentes sociais planejam,

elaboram e executam ações profissionais de caráter técnico, ético e político, e articuladas à realidade social, ou seja, ações refletidas e planejadas. Para Alves e Miotto (2020), a participação do assistente social na equipe se dá de forma constante e direta, este profissional está sempre integrado nas diversas dimensões da atenção às demandas dos usuários.

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009, p. 279)

Percebemos que a provocação no cotidiano está nas várias situações trazidas pelos usuários do serviço de saúde e que influenciam e se materializam para a equipe. Com isso, os aspectos subjetivos do trabalho em equipe são aflorados, como a percepção da emoção, dos sentimentos de pacientes e familiares, a identificação e compreensão da condição de saúde do familiar, por exemplo.

O cotidiano que se materializa demanda das assistentes sociais uma proposição de estratégias de resolução das demandas apresentadas pelos sujeitos do trabalho de assistentes sociais. Sendo necessária a construção de estratégias de acolhida; escuta qualificada; adequação de um espaço físico com garantia do sigilo e confidencialidade das informações, conforme Resolução 493/2006 do CFESS, para pensarmos um trabalho ético e técnico.

Requer também observação sistemática de modo a identificar as dúvidas e incertezas dos pacientes, familiares e da própria rede de atendimento e suporte. Contudo, a condução humanizada e ética fundamentada nos princípios éticos estabelecidos no Código de 1993 devem estar presente nos atendimentos, tal qual o uso consciente dos nossos conhecimentos. Sobre isso, Martinelli (2007) aponta:

O que está em jogo é a construção de uma prática humana e humanizadora, na qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe. (MARTINELLI, 2007, p. 26).

Por meio das ações de intervenção e estratégias, as assistentes sociais são capazes de identificar causalidades, bem como a multiplicidade dos fatores que afetam a qualidade de vida do paciente e situações que impedem o processo da

“boa morte”, fato complexo, multifatorial e circunstancial (MENEZES; BARBOSA, 2013). Neste contexto, em que são diversas necessidades apresentadas pelo paciente, não há possibilidade de atendimento de um único profissional, como destaca Andrade (2012), que considera o trabalho em cuidados paliativos multiprofissional.

Quando questionadas sobre quais profissionais integram a ação ou equipe, as respostas indicam que todos os estabelecimentos mantêm na equipe os profissionais necessários para o atendimento das dimensões física, social, psicológica e espiritual, na perspectiva da multiprofissionalidade recomendada pela OMS. Matsumoto (2012) considera que uma equipe multiprofissional pode realizar um trabalho mais abrangente.

O trabalho em cuidados paliativos nas unidades de saúde de Londrina é feito através de trabalho em equipe e ações, no qual a natureza, nível de atenção e especialidades das unidades de saúde já foram apresentados anteriormente no capítulo 1. Então, aqui foi disposto a unidade de acordo como é desenvolvido do trabalho em Cuidado Paliativo e poderá ser observado abaixo no quadro referencial 5. Informo que para preservar os sujeitos, os estabelecimentos de saúde estão indicados como unidade seguida de letra alfabética de forma aleatória.

Quadro Referencial 5: Distribuição da unidade de acordo com o desenvolvimento do trabalho em Cuidado Paliativo

Estabelecimento de saúde	CP	Natureza	Nível de atenção	Especialidade
Unidade B	Equipe	Público	Médio	Geral
Unidade C	Ação	Sem fins lucrativos	Alta	Infantil
Unidade D	Equipe	Cooperativa	Básica	Geral
Unidade F	Equipe	Sem fins lucrativos	Básica	Geral
Unidade G	Equipe	Público	Médio	Geral
Unidade H	Equipe	Privado	Alta	Geral

Fonte: Sistematização da autora, com base nos dados das entrevistas direcionadas às assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos em Londrina - 2020

Dentre as assistentes sociais entrevistadas sobre a modalidade do trabalho em cuidados paliativos, identificamos que somente uma profissional realiza ações em cuidados paliativos; as demais atuam em equipes de cuidados paliativos. Segundo Maciel (2012), a orientação da OMS é que o trabalho seja desenvolvido por equipe multiprofissional, uma vez que a complexidade das demandas apresentadas no decorrer do acompanhamento aos pacientes e seus familiares requer múltiplos conhecimentos.

Os serviços de cuidados paliativos instalados em Londrina atendem as recomendações da OMS quanto aos profissionais capazes de realizar o atendimento das dimensões estabelecidas para este tipo de cuidado. Vejamos o exposto no quadro referencial 6.

Quadro Referencial 6: Distribuição dos profissionais que atuam nas equipes de cuidados paliativos

Profissionais atuando nos cuidados paliativos	Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D	Unidade E	Unidade A	Unidade F
Assistente social	x	x	x	X	x	x	x
Médico	x	x	x	X	x	x	x
Enfermeira	x	x	x	X	x	x	x
Psicólogo	x	x	x	X	x	x	x
Fisioterapeuta	x	x	x	X	x	x	x
Nutricionista	x	x	x	X	x	x	x
Farmacêutico				X			
Técnico de enfermagem	x			X		x	
Fonoaudiologia		x			x		x
Dentista	x					x	
Estagiário de serviço social		x					
Administrativo	x					x	

Fonte: Sistematização da autora, com base nos dados das entrevistas direcionadas às assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos em Londrina - 2020/2021

A partir das informações sistematizadas, observamos que os serviços de saúde em Londrina mantêm equipes CP, compostas majoritariamente por assistentes sociais, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. Estes profissionais são apontados pela ANCP (2012) para a composição da equipe mínima. No quadro, identificamos algumas equipes compostas por

farmacêutico, o fonoaudiólogo, o dentista entre outros, que são importantes para o controle da dor física e dos sintomas. Porém não observamos o profissional para a execução de cuidados na dimensão espiritual.

Como dito anteriormente, cuidados paliativos se caracterizam pelo trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais (ANCP, 2012). Os profissionais de CP direcionam suas ações a partir das complexas necessidades apresentadas tanto pelo paciente como pela família. Por isso a necessidade de vários saberes em movimento: para proporcionar um atendimento integral no contexto de terminalidade da vida. Deste modo, reforçamos a importância da assistente social, que mediante a sua formação, contribui com a equipe, propondo, planejando e executando ações interventivas junto aos pacientes e familiares.

Segundo a ANCP (2012), como instituído historicamente nas equipes de saúde, as equipes de cuidados paliativos são organizadas de forma hierárquica em que o médico é determinante para a atuação, pelas informações sobre diagnósticos e prognósticos. Porém como não é possível trabalho isolado, cada profissional que compõe a equipe tem seu trabalho socialmente reconhecido.

- **Médico:** conhece a doença e sua evolução e realiza os diagnósticos e procedimentos esperados. Ele é visto neste contexto como predominante, mas não deve deixar de discutir e considerar os saberes dos demais profissionais que integram a equipe.

- **Enfermeiro:** na equipe, ele vai direcionar as ações assistenciais de enfermagem, como aquelas de curativos, de controle da dor e de lesões, avaliando sistemicamente os sinais e sintomas do paciente, mantendo comunicação com demais membros da equipe e reforçando orientações ao paciente, familiares.

- **Psicólogo:** com a escuta clínica, trabalha situações como ansiedade e depressão, contribuindo para elaboração de situações de adoecimento, perspectiva de tratamento e processo de morte, manejando questões emocionais e conflituosas relacionada a assistência do paciente.

- **Nutricionista:** responsável pela indicação do suporte, faz a indicação de dieta relacionando a prescrição e o quadro clínico do paciente, porém a decisão de nutrir até a morte precisa ser discutida com os demais profissionais da equipe e com o entendimento e o consentimento da família.

- **Fisioterapeuta:** através de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, trabalhando questões de movimentos, respiração, adequação

postural entre outras, mantendo o mais ativo possível, (ANCP, 2012) o foco é preservar a máxima autonomia até a terminalidade.

- **Fonoaudiólogo:** compoendo a equipe, vai atender o paciente nas questões referentes à deglutição, disfagia.

- **Dentista:** vai manter o controle das infecções buco-dentais, evitando complicações locais e sistêmicas devido à instalação de bactérias na boca, mantendo-a saudável, livre de dor e infecções.

- **Assistente social:** busca conhecer e compreender o paciente, a família e os cuidadores, realizando o levantamento do perfil socioeconômico e de outras informações sociais necessárias para a condução da assistência ao paciente.

Diante da exposição, entendemos que o trabalho dos profissionais da equipe movimentam saberes específicos e técnicos de cada profissão para atender em ação conjunta as distintas necessidades apresentadas pelo paciente e sua família, sendo para isso imprescindível haver interlocução, o compartilhamento de conhecimento para respostas necessárias ao contexto de CP. Para Maciel (2008), os cuidados paliativos devem ser desenvolvidos por uma equipe multiprofissional sempre em caráter de interdisciplinaridade.

Consideramos que as questões no âmbito social e cultural que são postas para o trabalho das assistentes sociais em equipe de cuidados paliativos caracteriza-se pela interlocução entre o paciente, a família e a equipe, conhecendo e acolhendo suas necessidades e demandas. Ou seja, estabelecendo vínculos e dando fluidez às informações.

Neste movimento, a assistente social contribui, trazendo elementos para o reconhecimento de necessidade e demandas que possam interferir no processo de assistência ao paciente e sua família, bem como em situações que possam dificultar ou impedir o acesso às políticas sociais e aos serviços.

O trabalho em equipe é considerado um componente central de Cuidados Paliativos. Os membros da “interdisciplinaridade” que compõem o atendimento paliativo devem tomar condutas coerentes, com senso de responsabilidade, dentro de uma organização interna e com comunicação considerando as perspectivas a serem traçadas a cada momento de cada paciente (ANCP, 2012, p. 345).

É necessária a construção de conhecimentos, ações e atividades associadas à terminalidade. Não há como desconsiderar os saberes, pois a terminalidade está

carregada de implicações físicas, emocionais, sociais e espirituais, que impactam a vida dos pacientes. Pressupondo que cada membro da equipe contribua exercendo seu potencial, nesse sentido podemos pensar que:

a interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 279)

Portanto, atendendo de forma integral e coesa, o trabalho em equipe pode favorecer a qualidade de vida até o fim e direcionar o atendimento aos familiares. Pois o atendimento em saúde não é feito isoladamente, é necessária a integração das ações, sendo complementares e indissociáveis (CFESS, 2010). Vemos que são necessárias práticas horizontalizadas com reflexões unificadas, respeitando o conhecimento e a autonomia de cada profissional.

Em Londrina, a inserção de assistentes sociais nas equipes ocorreu no processo de implantação de CP, para atender as demandas vinculadas a cuidados paliativos e na formação da equipe institucional para este trabalho.

Ao ser perguntada sobre como ocorreu o convite para atuar na equipe de cuidados paliativos, a AS 2 aponta que a necessidade decorreu a partir da rotina de atendimento a pacientes crônicos oncológicos, em que tomados de uma postura de preocupação, os profissionais se questionavam sobre *“o que poderiam fazer para proporcionar um fim de vida melhor para os pacientes?”* (AS 2).

Foi relatado pela AS 7 que a presença da assistente social na composição da equipe foi pensada imediatamente. Ela acredita que *“é uma questão da própria profissão mesmo, da importância e de estar inserido no grupo”*. Vemos que é importante para a assistente social estar na equipe pela sua capacidade de apreensão da realidade e por ser propositivo no trabalho em equipe. Tal qual acredita a AS 3, que em seu local de trabalho a inserção da assistente social nas ações de cuidados paliativos foram acontecendo pela especificidade da profissão, relatando que, *“eles [outros profissionais] identificam muito a necessidade do Serviço Social; quando há algo mais complexo, eu já sou chamada para compor.”* (AS 3).

Nestes relatos acima, observamos a inserção da assistente social pela a caracterização da profissão, como aponta Costa (2009): a objetivação, a ação profissional que possibilita a articulação dos saberes na direção do interesse dos usuários. Ainda, Costa (2009) sinaliza que a inserção da assistente social nos serviços de saúde e nos processos de trabalho ocorre pelo reconhecimento social da profissão e pelas necessidades que se definem e redefinem.

Sobre a integração da assistente social na equipe de cuidados paliativos, a AS 6 expõe que a necessidade foi percebida na observação acerca do processo de trabalho, uma vez que haviam pacientes internados por longos períodos, a maioria idosos e com várias comorbidades, doenças crônicas e em terminalidade eminente. Estes pacientes (AS 6), *“depois de estabilizados da crise iam embora, então a gente via que aqueles sempre iam e vinham.”* Ao analisar o cotidiano, percebeu-se a demanda para atendimento.

[...], nem foi um convite, foi assim, foi vista a necessidade alguém falou: “Não. “Vamos começar.”, que isso eu acho surgiu mais da psicologia também, que atendia porque as pessoas que iam e vinham, os [pacientes] crônicos que ficam muito tempo internados, [...] e a grande demanda era ver nossa sala de emergência sempre lotada, porque entubava, daí, fica lá seis, dez, oito dias, então não tinha como transferir e como os cuidados... e a ideia era também ver que se a família - então vamos ter os cuidados paliativos, não vai entubar, então meio que assim, zerou a nossa emergência, [...] (AS 6).

Na fala da AS 6, observamos que o processo de formação da equipe foi mobilizado pelos profissionais envolvidos, que viram nos cuidados que já faziam aos pacientes com idade avançada e com doenças crônicas, a possibilidade de atendimento diferenciado. Percebemos que mesmo que as demandas sejam reconhecidas pelos profissionais a implementação de processo para o atendimento é sempre da gestão.

No entanto, a inserção na equipe de cuidados paliativos da entrevistada AS 5 foi a partir da gestão que observou a necessidade para organização e implementação de equipe de cuidados paliativos. Para isso, foram contratados médicos e enfermeira exclusivos para CP. Os demais profissionais, como a assistente social e a nutricionista aderiram por afinidade ou por ser o único profissional no setor. *“Quando há apenas um profissional no setor, como no serviço*

social e fonoaudiologia, acaba sendo este profissional a responder pelo atendimento, [...] ficou bem desenhado". (AS 5).

A AS 4 explicitou também que a inclusão da profissional na equipe de cuidados paliativos foi mais uma decisão de gestão, sendo informado sobre o curso de capacitação, data de início das atividades e que todos deveriam fazer. Nesta fala da AS 4 e da AS 5 descrita um pouco acima, vemos como as requisições institucionais apresentam para os profissionais o direcionamento das demandas. Para Costa (2009), as requisições também podem derivar pela necessidade de oferta dos serviços, pelas inovações tecnológicas e mudanças políticas.

Pelo que vimos diante da formação da equipe multiprofissional, entendemos que muitas vezes não houve motivação ou um critério de escolha da assistente social trabalhar em CP. Pois ocorre que a assistente social é subordinada à gestão e em alguns casos é a única profissional de serviço social na instituição. Sobre isso, a AS 5 diz:

[...] como o serviço social e fonoaudiologia por ser só um profissional, acabou sendo o próprio profissional, porém [...] teve equipes em que houve essa identificação, exemplo nutrição e psicologia, não exclusivo [mais de um profissional no setor]. Mas, por exemplo, qualquer atuação, qualquer pedido de cuidado paliativo dentro da área quem iria responder pelo atendimento, seria a psicologia tal, a nutricionista tal que cuida da nutrição enteral, da dieta por sonda, ficou bem desenhado (AS 5).

A assistente social é considerada um dos trabalhadores que compõem a equipe de saúde, também por sua formação generalista que a possibilita atuar em variadas frentes de trabalho. Porém, quando há apenas uma profissional no local de trabalho, não há como escolher trabalhar ou não determinada ação. Então, as requisições institucionais são postas, entendemos que diante da complexidade das demandas as equipes devem ser compostas e as demandas atendidas.

Observamos também que algumas das motivações para o convite de compor a equipe de cuidados paliativos são: demandas apresentadas para a Equipe de Saúde; necessidades identificadas pela própria assistente social, a partir de sua rotina de atendimento; requisição do hospital ou do serviço de atenção domiciliar, a partir da determinação da implantação do serviço e os princípios que orientam a realização do exercício profissional.

AS 6 diz que o próprio fluxo de trabalho do Serviço Social foi a motivação e que havia a necessidade de maior humanização da ação.

A maioria dos nossos internados eram idosos já com muitas comorbidades, com doenças crônicas e tinha a questão da terminalidade. Existia a necessidade de cuidados paliativos, já estávamos trabalhando, mas veio da necessidade do hospital, da própria demanda que estávamos atendendo (AS 6).

Paralelo a isso, a AS 1 pensa na garantia da dignidade.

O CP oferece a possibilidade de não realizar medidas invasivas que prolonguem o sofrimento sem benefício! O CP oferece cuidados à vida sem ferir a sua dignidade; pois há um limite onde a ciência pode chegar sem caracterizar distanásia. (AS 1)

As entrevistadas entendem que a inserção da assistente social na equipe de cuidados paliativos explicita que o profissional tem um “fazer” diferente: “tem muito a ver com a nossa formação” (AS 3), considerando a perspectiva dos direitos, entendendo que a atuação é muito compatível para as complexas situações apresentadas em CP.

Cuidados paliativos mostra-nos um contexto permeado por dificuldades em que os profissionais passam por situações complexas que confrontam seus valores crenças e práticas, ou seja, o trabalho em cuidados paliativos leva a desafios exige superações pessoais e profissionais contínuas para aqueles que se ajustam a esse desafio, o trabalho em cuidados paliativos pode gerar satisfação (RODRIGUES, 2009, p. 54).

Nessa perspectiva, considerando que são muitos elementos envolvidos, pela complexidade do trabalho em cuidados paliativos e necessidade de ser desenvolvido em equipe (ANCP, 2012), a AS 3 aponta, “*penso assim, que uma área sozinha não vai conseguir [...] por isso que eu entendo que minha contribuição é muito importante, [...]*”. Já o que motivou a AS7 a aceitar participar da equipe de cuidados paliativos foi o desafio.

[...], eu adoro conhecer coisas novas [...], aprender coisas novas, então na verdade a motivação é essa. Sempre que abre alguma coisa eu gosto de estar junto, de montar mesmo que depois eu não fique, mas montar e daí alguém continuar, mas eu gosto dessa coisa de implantar [...] serviços. (AS 7).

Compreendemos que a importância do trabalho da assistente social permeia a escuta, o acolhimento, a empatia e trato ético que movimenta o conhecimento acumulado e desenvolvido no cotidiano articulando as competências.

O trabalho profissional deve seguir a perspectiva dos cuidados, preservando o respeito ético, conforme previsto no Código de Ética, como o reconhecimento da liberdade, ampliação e defesa da cidadania, a defesa intransigente dos direitos pela vida humana, entre outros princípios. Sendo necessário também observar o desempenho das atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, garantindo a informação, desburocratizando as relações que são deveres do assistente social que como outros estão descritos no Código de Ética.

Para a AS 3, é na interlocução com a equipe, no atendimento a pacientes e familiares e na própria atuação profissional que se dá a competência articuladora:

Eu penso em tudo do serviço social, assim, acho que nos cuidados paliativos não ia ser diferente, é o nosso “jeitão” de ser, é claro, cada profissional tem sua maneira de trabalhar, mas eu penso que o serviço social, ninguém, ninguém tem essa condição, esse olhar, esse olhar do todo como o serviço social tem, os outros profissionais, pelo menos dentro do hospital, dentro desses dez anos eu percebo assim, não conseguem assim, é que não faz parte mesmo da formação deles e da vivência deles. Então, a competência do serviço social é referente a todas as outras áreas, situações e nos cuidados paliativos também [...] (AS 3).

Para isso, é permanente o conhecimento, o compromisso, aprimoramento profissional e a prática em pesquisa, para que tenhamos efetividade nas respostas e ações para além do momento de fragilidade em saúde. Assim, a competência articuladora para o atendimento das demandas em cuidado paliativo para AS 2 está no entendimento do profissional conseguir mediar os conflitos:

ele consegue articular as conversas, consegue trabalhar realmente assim, ver o paciente com um trabalho humanizado e trazer para a equipe o que precisa, [...], mas é o profissional que consegue realmente extrair da situação o que é necessário e encaminhar de forma correta. (AS 2).

Contatamos na fala da entrevistada esse momento em que a efetividade das respostas e ações são considerados para além do momento de fragilidade em saúde. A condução do trabalho e a leitura da realidade nos possibilita alcançar as demandas sociais, elaborar intervenções e respostas a necessidades dos usuários e suas famílias, assim como subsidiar a atuação da equipe no contexto hospitalar e identificar redes de apoio, posto isso Martinelli considera que:

O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação (MARTINELLI, 2007, p. 28).

O escoramento das respostas também pode ser encontrado e consolidado no trabalho de outros profissionais da equipe multiprofissional, como a psicologia e o serviço social. Sobre isso, Andrade (2007, p. 43), aponta para *"a certeza de que somente uma área de atuação profissional (mesmo a área médica), não oferecerá as respostas a essas necessidades."*

Percebemos que uma visão única não nos permite ultrapassar a constante necessidade de aprimoramento. Assim, sobre o ângulo do trabalho em equipe, o CFESS (2010) destaca que há particularidade das ações e encaminhamentos de acordo com as competências.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p. 44).

A participação atenta da assistente social contribui com o trabalho em equipe frente às necessidades de integração do paciente e familiares. Sobre isso, a AS 2 relata:

Então como a gente trabalha numa equipe, às vezes o médico fala "Ah, vamos passar uma medicação" "Ah, mas a família não quer [que o familiar seja sedado], porque vai perder todo o contato com a paciente, então a gente vai trabalhando enquanto equipe." "Vamos sedar um pouco menos?" Pelo menos no início e conforme for a necessidade a gente aumenta a sedação, gente trabalha com a enfermagem, a psicologia. A gente atua muito com o trabalho psicossocial, do Serviço Social com a psicologia (AS 2).

Na lógica do trabalho em saúde, percebemos que o trabalho psicossocial apresenta a ideia de ações conjuntas e elaboração de estratégias para atendimento das necessidades do paciente paliado e da família. Então, o trabalho em equipe é impactado pela assistente social e diante do seu arcabouço de conhecimento, que se traduz no planejamento e execução de ações e atividades, por meio das quais são estabelecidos os instrumentos que subsidiam a sua atuação profissional.

De certa forma, pode-se dizer que este modo de executar o trabalho profissional fortalece também o trabalho da equipe e as ações intersetoriais, presentes no cotidiano do trabalho de assistentes sociais que atuam em todas as esferas da saúde, incluindo aí os cuidados paliativos. Identificamos também na fala da AS 3, “[...] *assim como um todo, a equipe identifica muito a necessidade do Serviço Social, quanto há algo mais complexo eu já sou chamada para compor a equipe [...]*”. Nesta perspectiva, Matos (2017) aponta que:

As condições de vida da população usuária - como por exemplo, a pauperização, a velhice e a ausência de vínculos familiares - têm sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses problemas tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço social (MATOS, 2017, p. 67).

A realidade tem apresentado outros fatores além da doença, sendo necessária atenção para situações que possam influenciar a saúde e se caracterizar como intervenção ao assistente social. Sendo destacado pelo CFESS (2010) o seguinte exemplo como uma das ações do assistente social em equipe de saúde:

Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários 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 às suas condições de vida (CFESS, 2010, p. 51).

Na interação com a equipe, a comunicação e a socialização das informações também é importante. Deste modo, o conhecimento deve circular legitimando a existência da equipe e repercutindo na prática conjunta e interativa (SOUZA *et al.*, 2009). A assistente social atua como facilitadora das relações interpessoais objetivando a sustentação dos cuidados prestados ao paciente (LEMOS, 2009). No entendimento da AS 2, no trabalho em equipe, a assistente social é o profissional que consegue mediar os conflitos:

Ele consegue articular as conversas, consegue trabalhar realmente assim, ver o paciente com um trabalho humanizado e trazer para a equipe o que precisa, [...], mas é o profissional que consegue realmente extrair da situação o que é necessário e encaminhar de forma correta (AS 2).

A intervenção da assistente social permite incursão não só no contexto familiar, mas também no econômico e social, permeando a história de vida do paciente e sua família.

O trabalho integrado e constante com a equipe fornece subsídios para as definições de condutas e possíveis, considerando o contexto socioeconômico no qual a família está inserida (SOUZA, 2009, p. 153).

Assim, a assistente social, por sua formação generalista e pelo conhecimento do processo sócio histórico da constituição da profissão, é quem suscita o debate, conseguindo indicar reflexões e dinâmicas no processo saúde e doença na perspectiva de totalidade. As contribuições das assistentes sociais no trabalho em equipe decorrem da sua capacidade de articulação, oferecendo respostas aos desafios da contemporaneidade, pautado na direção ao reconhecimento das necessidades em saúde e das determinações sociais.

4.1.3 Característica do trabalho em cuidados paliativos: quem demanda o trabalho das assistentes sociais?

Neste tópico, entendendo que as demandas como elementos que carecem de respostas interventivas, utilizamos como referência autoras como Alves e Mito (2020), Andrade (2012), Mito e Nogueira (2009) e Vasconcelos (2009), para caracterizar quem demanda o trabalho das assistentes.

De acordo com as entrevistadas, a demanda do trabalho da assistente social em cuidados paliativos decorre da equipe que busca informações sobre as condições objetivas do paciente e familiares para embasamento de suas ações; da família que busca orientação previdenciária e social para organização familiar e a rede de serviços para troca de informações para o suporte de continuidade do atendimento.

Não observamos as demandas profissionais e as postas pela rede, mas acreditamos que estas perpassam a perspectiva da transversalidade das ações. Os demandatários estão identificados na entrevista estão listados abaixo no quadro referencial 7:

Quadro Referencial 7: Distribuição dos demandatários do trabalho da assistente social em cuidados paliativos

Demandatários do trabalho da assistente social	Equipe/médico /enfermeiro
	Paciente
	Família
	Cuidador
	Rede

Fonte: Sistematização da autora com base nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos em Londrina - Paraná - 2021

Observamos diante da identificação dos demandatários que há necessidade de identificação das demandas sem negar as requisições da instituição (VASCONCELOS, 2009). Articulando as dimensões constitutivas do serviço social, a assistente social tem condições de entendimento e planejamento das ações:

[...] não é de qualquer demanda dirigida para os assistentes sociais que é possível empreender ações que realmente articulem-se aos interesses e necessidades dos trabalhadores. Daí coloca-se a necessidade de identificar e priorizar as demandas de fundo, na maioria das vezes implícitas nas queixas dirigidas aos assistentes sociais (VASCONCELOS, 2009, p. 253-254)

É no cotidiano profissional, marcado por desafios e tensões, que estão presentes as possibilidades de enfrentamento das requisições impostas ao assistente social. A demanda é elemento cotidiano, essencial para a construção das respostas interventivas elaboradas e executadas pelas assistentes sociais. É por meio do planejamento e da intervenção que as assistentes sociais compreendem as relações de poder, reconhecem as possibilidades de estratégias e de decisões. Outra questão importante é que as demandas podem ser apresentadas como indicativos às requisições institucionais. Neste sentido, Alves e Miotto (2020) afirmam que:

As demandas enquanto práticas de requerimento estão vinculadas às requisições postas pelo processo de divisão sócio-técnica do trabalho e estão condicionadas também à visão, ou ao recorte, que os demandantes do trabalho dos assistentes sociais fazem sobre o que é o “social” (ALVES; MIOTTO, 2020, p. 6)

Entendemos, então, que o enfrentamento de rotinas e tarefas sem aprofundado conhecimento teórico-metodológico para apreensão e análise da realidade compromete o reconhecimento das demandas.

Sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se submeter a práticas burocratizadas, escoradas em um pretense valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 287).

Por isso, vemos que o reconhecimento das demandas e requisições traz a capacidade dos profissionais de atender e de agir em determinadas necessidades, executando uma atuação assertiva.

Assim, as entrevistadas indicam que as demandas mais recorrentes apresentadas ao assistente social em cuidados paliativos são as destacadas abaixo no quadro referencial 8:

Quadro referencial 8: Distribuição das demandas recorrentes apresentadas ao assistente social em cuidados paliativos

Demandas mais recorrentes apresentadas ao assistente social	Atendimento social com a família
	Informações previdenciárias, sobre os benefícios socioassistenciais
	Atendimento social
	Encaminhamento
	Identificação de cuidador

Fonte: Sistematização da autora, com base nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos em Londrina - Paraná - 2021

Demandas que, contidas nas solicitações dos usuários, precisam de teoria para serem identificadas. Demandas implícitas, que não reconhecidas, conseqüentemente, não são consideradas, pelos assistentes sociais, como demandas para o Serviço Social (VASCONCELOS, 2009, p. 251).

Apreendemos diante do relato das entrevistadas e, como aponta Vasconcelos (2009), as demandas dirigidas ao assistente social carecem de ser conhecidas no contexto geral, sejam elas do trabalho em equipe de CP, seja sobre as condições objetivas de vida do paciente e de seu familiar, da instituição ou da rede, para que seja visto além do que está colocado superficialmente pela queixa. Para Vasconcelos (2009), não havendo condições de separar o que é implícito na queixa, não se percebe o que realmente é expresso. Para que as demandas sejam identificadas, é necessário mobilizar conhecimento, e este “contribui com o processo coletivo de trabalho, identificando seu espaço sócio-ocupacional no interior das equipes.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 287)

Consideramos a importância da rede no atendimento ao paciente e de cuidados paliativos e sua família. Nesta perspectiva, Andrade (2012) assinala que compete ao assistente social avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas. Podemos considerar a rede socioassistencial, como sendo as UBS, CRAS, ILPI, e outras, assim como a rede estabelecida no núcleo familiar e comunitário, que entendemos que deve ser acionada como a rede oficial, quando for necessário o suporte.

A entrevistada AS 5 considera essencial a avaliação do contexto familiar. Principalmente quando o paciente tem alta para o domicílio, identificando o principal cuidador, verificando a rede social e de saúde para oferecer o melhor suporte possível. Esta fala é complementada pela AS 6, “*então, no mais o serviço social seria isso, essa questão de estar encaminhando para rede de cuidado lá fora [...]*”.

No mais, no paliativo [...] acaba vindo tudo para nós, e a gente vai triando para qual profissional encaminhar esse paciente, mesmo dentro da nossa própria equipe (AS 2).

Na fala da AS 3, vemos a importância de identificar as demandas.

Ouvir junto e tentar traduzir para família o que foi dito, eu acho que é muito pertinente para o serviço social, a questão da escuta qualificada, porque a enfermagem tem várias questões para eles lidarem, eles têm vários pacientes e nem sempre conseguem entrar em um quarto e ficar tempo suficiente para realmente ouvir e entender o que a pessoa quer. Às vezes a primeira coisa que ela fala não é aquilo que ela quer, aquilo lá é só um [...], um pano de fundo, ou não era bem aquilo [...], ou mesmo às vezes quando tem questão de reclamação, que você vai no quarto, ouve a pessoa, você nem fala nada e no final ela te agradece, [...], porque a única coisa que ela precisava era isso (AS 3).

Andrade (2012, p. 406) considera que “em algumas ocasiões só é necessário estarmos junto da família, ouvir, entender e esperar”. Diante disso e do relato da AS 3, entendemos a relevância da identificação dos limites e dos fenômenos e do exercício da análise no cotidiano profissional para que possamos visualizar imediatamente o que realmente constitui demanda de intervenção para a assistente social.

4.2 AS EXPRESSÕES DO TRABALHO EM CUIDADOS PALIATIVOS: AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO EM REDE

O conteúdo deste item versa sobre o trabalho em rede e para esta discussão utilizamos Junqueira (2000), Mito (2002), Gonçalves e Guará (2010), Pereira e Teixeira (2013), Bourguignon e Barbosa (2017). No entanto, também foi necessário definir o que é trabalho em redes e identificar quais são elas, apontando para o trabalho em equipe e para a ação intersetorial, além da articulação com as instâncias de controle social. Por conseguinte, podemos pensar as demandas do trabalho de assistência social.

Na possibilidade de uma intervenção do enfrentamento das demandas da população, o trabalho em rede surge de forma organizada nos mais diversos níveis institucionais, consistindo em troca de saberes e práticas e interação entre o Estado, as empresas privadas e a sociedade civil organizada (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013). A rede se apresenta como proposta para administrar políticas e projetos diante da escassez de recursos e problemas complexos.

Na perspectiva da saúde, Junqueira (2016) aponta que a rede possibilita e viabiliza práticas que originam respostas aos problemas sociais e eficácia da gestão social. Referente à organização da rede em saúde, a Constituição Federal no artigo 198 estabelece que o SUS é constituído por ações e serviços públicos de saúde e que integram uma rede regionalizada e hierarquizada organizada pela descentralização, atendimento integral e participação popular.

A rede em saúde constitui, para Mendes (2011), uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde incorporando a economia, qualidade, o acesso aos serviços de saúde, em uma estratégia de otimizar ações e alcançar a eficácia e a eficiência das ações. Sendo composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, a rede combina a concentração de certos serviços e define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais (MENDES, 2011).

A percepção sobre a rede nos remete à noção de interconexão, articulação, interação, parceria, entre organizações governamentais e não governamentais, portanto, em corresponsabilização na prestação de serviços sociais e utilização dos recursos (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

[...] o trabalho de redes surgiu como uma proposta de intervenção capaz de forjar uma nova abordagem no enfrentamento das demandas da população, [...], visando à superação das formas cristalizadas de atendimento cujo enfoque não garante solução para as demandas sociais a cada dia mais complexas (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p. 121).

Entendemos que o trabalho em rede é a integração de saberes, ações e serviços, buscando atender de forma integrada e articular os cidadãos nas necessidades que estes apresentam (BOURGUIGNON; BARBOSA, 2017). Assim, a rede é um espaço que oportuniza a reflexão sobre as práticas cotidianas e de interação entre as pessoas na mobilização coletiva em torno de uma ideia. A rede é uma construção social, que necessita da conscientização e da organização dos atores sociais em torno de um objetivo comum, ou seja, visando uma parceria (JUNQUEIRA, 2000).

Compreendemos, então, que a rede visa superar os limites da ação através da integração de conhecimentos e de práticas, o trabalho em rede se embasa pelas diversas conexões e fluxos se estabelecem por linhas de contato entre os agentes sociais. Gonçalves e Guará (2010) e Bourguignon e Barbosa (2017) assinalam as redes como sendo redes sociais espontâneas, redes sócio-comunitárias, redes sociais movimentalistas, redes setoriais públicas, redes de serviço privado, redes regionais, e redes intersetoriais.

Ainda, Gonçalves e Guará (2010) distinguem que a rede social espontânea é considerada como rede de proteção primária pelos vínculos familiares e afetivos e as relações de proximidade estabelecidas. As demais redes são consideradas secundárias e nesta estão organizações filantrópicas, comunitárias, grupos sociais que visam a garantia dos direitos sociais e participação popular; as que oferecem serviços e programas de políticas públicas; as que se articulam na mesma região ou entre organizações privadas e públicas.

As concepções de rede apresentadas acima se aproximam pelo estabelecimento do ponto comum da articulação e organização da oferta de serviços. Estas redes são constituídas por serviços especializados na área primando pelo atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

Um exemplo de rede secundária instituída por organização filantrópica foi citado pela AS 5:

[...] por exemplo, a igreja mantenedora do hospital, que muitas vezes pode nos ajudar em algum auxílio mais rápido, porque o usuário precisa de prazo [...] então, nós temos ligações com esses outros setores também (AS 5).

Para Miotto (2002), a rede social é especificada pelo vínculo afetivo, sendo baseada na solidariedade, nas relações afetivas e familiares. Sobre esta rede, Miotto traz um destaque interessante, considerando que a rede se apresenta como importância afetiva e simbólica para o sujeito, pois a vertente de análise para autora “tem como tendência de fundo o estabelecimento de uma equivalência entre a rede social primária e rede de suporte social.” (MIOTTO, 2002, p. 55).

No entanto, para Andrade (2009), é na rede onde as pessoas se organizam e se expressam, tendo respostas integrais às suas demandas, onde os saberes são respeitados e há possibilidade de que a gestão pública tenha seus recursos e ações intersetoriais otimizadas. Para autoras como Miotto (2002) e Pereira e Teixeira (2013), as redes são utilizadas como proposta de intervenção para enfrentamento das demandas da população, como proposta descentralizada politicamente para recuperar a legitimidade, elevando a eficácia das ações.

Nós trabalhamos com outros setores, sempre trabalhamos junto com eles [...] em contato direto dentro dos hospitais com os pacientes. [...] então acaba que cada assistente social dentro de seu programa trocando informações e atendendo os mesmos pacientes às vezes. A gente sempre consegue pensar no paciente, a prioridade é o bem-estar dele, o tratamento dele, então, [...] nós que fazemos os encaminhamentos internos também (AS 2).

A situação acima apontada pela AS 2 ocorre quando o paciente necessita de atendimento de outra área no mesmo serviço, como, por exemplo, solicitação de documentação ou orientação nutricional. Em consonância a isso, Matos (2017) aponta que o sucesso da atuação profissional está vinculado à rede.

Além de conhecer a rede de serviços do entorno, é também esse profissional que detém todo o conhecimento sobre os setores do serviço de saúde em que atua. Isso ocorre porque sabem os assistentes sociais que o êxito do seu trabalho depende da articulação de uma rede de serviços profissionais, dentro e fora do local de trabalho (MATOS, 2017, p. 67).

Isso traz uma perspectiva de intervenção totalizante, rompendo a fragmentação e a setorialidade das políticas sociais, não acontecendo no vazio e

desprovido de sentido político, mas respondendo a complexidade das demandas cotidianas (MIOTO, 2002).

Entendemos que, na saúde, pela complexidade das ações e as demandas dos usuários, é requerida a construção de uma necessária relação para além da rede de atenção de saúde envolvendo os segmentos sociais e intersetoriais. Os objetivos de ação na rede (Junqueira, 2000) são definidos coletivamente entre as instituições, e trazem a proposição de cooperação buscando soluções desenvolvimento e efetivação de ações intersetoriais.

A viabilização do trabalho da rede é presente nas ações e nos níveis de saúde como práticas transversais, que estão especialmente vinculadas às políticas sociais. Isso possibilita concretizar a diretriz do SUS que preconiza a atenção integral à saúde.

A assistente social, pela especificidade da profissão e pela capacidade teórico-metodológica, tem na sua ação cotidiana papel importante na construção da integralidade em saúde pensadas como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Como ensina Martinelli (2011), o trabalho em rede exige movimentação de diversos saberes e ações entre diferentes sujeitos e serviços para viabilizar os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais.

O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas (MARTINELLI, 2011, p. 503).

No campo do cotidiano e vivências sociofamiliares, a rede é onde circula informação e se estabelece relações humanas e sociais. O trabalho em rede é fundamental, pois visa a proteção dos pacientes e suas famílias, principalmente aquelas que apresentam dificuldades para acesso aos serviços e os processos de tratamento.

O Serviço Social aciona a rede de serviços nas situações em que a vulnerabilidade social é detectada e há dificuldade para manter a constância dos familiares nas visitas e outras situações. Na articulação com prefeituras e outros serviços de saúde, busca parcerias para viabilizar o tratamento e fortalecimento de recursos (SOUZA, 2009. p. 153).

Neste raciocínio, vemos como é importante o trabalho de intervenção da assistente social, integrada à equipe, preservando as relações sociais, articulando a rede de serviços de políticas públicas, para a continuidade do atendimento de modo referenciado, sem a sensação de desproteção. Isso foi identificado pela AS 4.

[...] uma fragilidade eu identifico é a articulação da rede, porque eu vejo que não só na questão dos cuidados paliativos, mas no geral assim, as políticas, os serviços deveriam se conversar mais, que a gente está falando do mesmo paciente e só que a gente vê que trata como se fosse uma parte, não como um todo. [...] Deveria ser mais articulada a rede (AS 4).

Guerra (2009) ressalta que a formulação da intervenção se vincula à investigação para identificar e estabelecer estratégias, a fim de orientar a escolha dos instrumentais e a ação profissional. Vemos que o trabalho em rede é um potencializador das ações, sendo uma estratégia para o enfrentamento das demandas cotidianas e superação da prática fragmentada. Conhecer o potencial da rede, sua organização e fluxo, remete a encaminhamentos adequados e a rápida inserção dos usuários nos serviços.

4.2.1 Não Sou Joelho, Mas Articulo

Articulação, segundo o dicionário Aurélio, é uma ação ou efeito de articular, de unir pelas articulações, pelas juntas e na medicina é ponto de ligação entre dois órgãos ou partes de um mesmo órgão que, normalmente, atribui flexibilidade, facilitando a disjunção dos mesmos. Nesta analogia, podemos entender que em relação à atuação profissional, a articulação permite a movimentação das ideias e das propostas, estabelecendo o que é necessário para ação ou continuidade dela, sem desprezar as singularidades.

O trabalho do assistente social está na movimentação entre profissionais e a rede de serviços, tendo visibilidade e capacidade de ligar as partes e movimentá-las. O trabalho toma visibilidade e força na relação dos pares e equipe e nas ações em rede. Sobre isso, o CFESS aponta que dentro de uma das ações de articulação na relação com recursos comunitários e institucionais está também o seguinte objetivo:

Manter canais e mecanismos de articulação com instituições públicas, particulares, ONG's e serviços, seja diretamente, através de visita institucional ou em contato telefônico, como forma de assegurar

a qualidade da atenção prestada. Considerar o sistema de referência e contra-referência. Identificar recursos internos e externos à unidade de saúde para referenciamento dos usuários, tendo em vista seus interesses e necessidades (por exemplo, atividades esportivas e culturais, grupos de ajuda, conselhos de políticas e de direitos, associações, sindicatos etc.) (CFESS, p.36, 2008).

Para tanto, entendemos que o assistente social move um conjunto de conhecimentos, competências, saberes práticos e interventivos, habilidades e valores para o seu fazer profissional. Tendo compreensão do contexto social, distinguindo demandas institucionais, do usuário e da profissão, identificando possibilidades concretas e com condições para a formulação de respostas profissionais.

Nesta perspectiva, Santos, C., (2013) considera que é na articulação da dimensão técnico-operativa com as demais dimensões da intervenção profissional que é possível materializar em ações, as concepções teórico-metodológicas e ético-políticas que orientam o profissional. Seguindo o mesmo argumento, Mito e Nogueira (2009) apontam a questão específica do conhecimento:

[...] que articula saberes e práticas na construção da identidade profissional, demanda efetivar mediações entre a realidade (o contexto socioeconômico-político, as políticas sociais existentes e os contextos institucionais) e os marcos teóricos e metodológicos, bem como o descarte do risco de se pensar a prática a partir dela mesma e circunscrita a si mesma. Enfim, a prática como critério de verdade ou a definição de ações a partir de um campo teórico idealista (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 233).

As autoras consideram ainda que as ações profissionais condensam e expressam toda a formulação teórica, ética e técnica da profissão. Portanto, o conhecimento sobre as ações profissionais pauta-se em um processo que parte do abstrato ao concreto, sendo a síntese de múltiplas determinações. Por isso, reafirmam que as ações não podem ser vistas de forma isolada. Ou seja, as ações profissionais se articulam em diferentes processos, à medida que se aproximam ou se diferenciam entre si e que se direcionam à composição de diferentes níveis de respostas para as demandas colocadas aos assistentes sociais.

Para Guerra (2009), a natureza interventiva da profissão abarca os níveis de conhecimento que são expressos na competência articuladora na busca por saberes para respostas às situações do cotidiano profissional.

Para a assistente social que atua no campo da saúde e em cuidados paliativos, é fundamental trazer à tona que a saúde é uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. Não é possível realizar ações estanques e padronizadas em políticas sociais que atuam diretamente sobre e com a vida.

Assim sendo, como profissional da articulação, é necessário que o/a assistente social tenha trânsito no campo dos saberes e da prática, aproximação institucional e aproximação às redes de serviços, expressando sua capacidade de desenvolver estratégias de trabalho para além da pessoalidade. A assistente social tem que buscar o conhecimento e aprimoramento com referenciais teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, com vistas ao fortalecimento e comprometimento com a busca de alternativas frente às necessidades sociais, na perspectiva da garantia dos direitos humanos e sociais.

Incentivando o aprimoramento dos profissionais, a política de educação permanente do CFESS/CRESS (2012) define em seus pressupostos algumas concepções e articulação com os valores alinhados aos princípios da profissão. Aponta que a educação é um instrumento de luta e que uma posição antagônica favorece a precarização dos serviços, das condições de trabalho das assistentes sociais e causa também alienação para intervenção crítica na realidade.

[...]. Se queremos qualificar a intervenção, temos de fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar a construção de saberes comprometidos com a qualidade do exercício profissional (MARTINELLI, 2007, p.28).

Então entendemos que a educação permanente provoca alterações, tanto nos espaços ocupacionais quanto na formação, incidindo sobremaneira nas respostas às demandas da população, sendo presente a inserção técnica e qualificada de assistentes sociais. Neste sentido, o CFESS (2012) ressalta que por meio da educação permanente

[...] é possível aprofundar este debate, imprimir mais avanços e consolidar uma política que valorize a qualificação profissional como um bem político, ético, técnico-operativo e um direito das/os assistentes sociais, para orientar e balizar as ações do Serviço Social na direção do projeto ético-político (CFESS, 2012, p. 16).

Neste sentido, é necessária a reflexão constante sobre a realidade e a intervenção, relacionando-as com a dimensão ético-política, estando atento aos debates contemporâneos que desafiam o trabalho profissional. Assim sendo, é necessária a busca permanente pelo conhecimento, pelo aprimoramento profissional e pela prática em pesquisa, para que tenhamos efetividade nas respostas e ações para além do momento de fragilidade em saúde.

A educação permanente é uma necessidade em todas as profissões e áreas do conhecimento. Esse mesmo direcionamento é feito pela política de educação permanente do SUS (2012), que também comunga com a aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Assim, na mesma perspectiva, indica a importância do compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual apresentação de um trabalho de qualidade e com resolutividade.

Não obstante, entendemos que a educação permanente compreende a transformação nos serviços, não como uma mera questão técnica, mas apresentando condições de provocar mudança nas ações e relações de saúde. Sobre isso, a política de educação permanente do SUS (2012) transparece a relação entre educação e trabalho e, a partir disso, as possibilidades de mudanças nos processos de condução dos serviços organização e gestão, inserindo trabalhadores gestores e usuários.

Outros profissionais na saúde também são requisitados a apresentar respostas a constantes como mais uma baliza que conduz a diferentes e ou novos caminhos na atuação profissional. No entanto, o/a assistente social, entre demais profissionais de saúde, está em posição estratégica para diagnosticar as necessidades sociais em saúde, pois tem maior apreensão das condições objetivas de vida dos pacientes, facilitando a abertura de diálogo buscando mediações para o atendimento em saúde.

O contexto sócio-ocupacional exige profissionais cada vez mais versados a atuarem nas mais novas e diversas demandas apresentadas pelo capital e pelas relações sociais. Iamamoto (2001) já nos aponta para este desafio, onde o profissional não deve ater-se apenas às práticas cotidianas, mas deve estar sempre atento às novas formas de intervenção sendo propositivo e interventivo. É estar apto diante da realidade para construir propostas de trabalhos criativos: "pensar o Serviço

Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar de sua recriação" (IAMAMOTO, 2001, p. 19).

Assim, então, pensamos as especificidades à atuação articulada em cuidados paliativos e a prerrogativa, que nos leva ao movimento de não ficarmos presos a atuações burocráticas e cotidianas, devemos seguir o rumo do trabalho profissional contemporâneo, que é apontado por lamamoto (2001). Por fim, enalteçemos a importância dos profissionais discutirem sobre a atuação na saúde e em consolidar pesquisa e estudos sobre o exercício profissional. Devemos oportunizar e participar de espaço para estudo de questões relacionadas ao exercício profissional e compromisso da categoria na busca de qualidade do trabalho focado na saúde e realçar a importância dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

4.2.2 As Expressões do Trabalho Em Cuidados Paliativos: As Ações Intersetoriais.

Discutiremos neste item a intersectorialidade, que de antemão consideramos que perpassa todo o trabalho em saúde. Para isso nos ancoramos em Bourguignon e Barbosa (2017); Costa (2010); Junqueira (2000); Mito e Nogueira (2013); e Silva e Junqueira (2016). Muitos dos autores aqui elencados consideram que a intersectorialidade é mobilizadora das políticas públicas, com a premissa da integração dos setores e que colabora para a resolução de problemas sociais complexos.

Para Silva e Junqueira (2016), a intersectorialidade na saúde é entendida como articulação de ações, na busca de ultrapassar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais e assim alcançar resultados relevantes nos serviços de saúde prestados à população, sendo a experiência de diferentes sujeitos e serviços sociais.

Há uma conexão entre redes e articulação intersectorial, pois nas "redes os objetivos são definidos coletivamente, entre pessoas e instituições, ao propor acordos de cooperação, ao se articularem na busca de soluções intersectoriais" (SILVA; JUNQUEIRA, 2016, p. 177)

A intersectorialidade é a totalidade das ações, a adoção de políticas públicas integradas, voltadas para as necessidades individuais e coletivas. Para além das políticas sociais, a intersectorialidade tem conexão com outras dimensões das

relações e dos diversos segmentos sociais. Isto é, a adoção de políticas públicas integradas (INOJOSA, 1998); (JUNQUEIRA 2000); (SILVA; JUNQUEIRA, 2016).

A intersectorialidade tem sido identificada como ação importante na discussão das políticas sociais, como eixo estruturante na saúde, pois traz melhor resolutividade e desempenho das ações e serviços de saúde. Nesta área, a intersectorialidade, em sua maioria, aproxima-se da perspectiva organizacional da saúde, dialogando com diversos setores da sociedade, possibilitando discutir situações comuns em que a ação entre setores da saúde seja articulada para entender e as dificuldades das ações e atendimento no âmbito da saúde.

A premissa intersectorial está presente na concepção de integralidade no SUS expresso na lei 8080/ 90, no artigo 7º, em que as ações de saúde se manifestam por ações intersectorializadas e articuladas com outras políticas públicas, considerando o usuário da saúde em sua totalidade nas dimensões biopsíquicas e sociais, compreendendo a vulnerabilidade social.

As ações intersectoriais devem ser constituídas de forma integrada e estratégica e, diante disso, entendemos que é necessário que as demandas sejam coletivizadas e construídas na base das diretrizes do SUS, atendidas conforme as dimensões da competência sócio-profissionais. Costa (2010) considera que, se não for assim, as articulações intersectoriais ficam resumidas a atividades que não superam o conjunto das ações fragmentadas.

A intervenção deve ser orientada na perspectiva teórico-política, o que entendemos carecer de identificação e leitura crítica da realidade, aproximação das condições materiais de vida, respostas efetivas a paciente e familiares diante da organização da rede de serviços.

As entrevistadas apontaram a importância das ações intersectoriais compondo a rede de serviços. Foram destacados por elas os serviços e listamos de acordo com os que foram citados mais vezes pelas AS, seguindo do primeiro ao sexto serviço.

1º Unidade Básica de Saúde;

2º Serviços de Atenção Domiciliar;

3º Secretaria Municipal do Idoso e Instituições de Longa Permanência (ILPI);

4º Farmácia Regional e Secretaria Municipal de Assistência Social;

5º Ministério Público e Centro de Referência de Assistência Social;

6º Instituições de atendimento à pessoa com deficiência e idosos, Organizações Não Governamentais (ONGs), pastorais e empresas.

Nesta lista, vemos serviços de saúde básica, da rede de assistência social e do sistema de justiça, os quais são relevantes para o atendimento de pacientes paliativos e suporte das famílias, para acesso a medicamentos, benefícios sociais, ou ILPI. Para a AS 2, o paciente *"realmente precisa do serviço público de encaminhamento, e que às vezes não conhecem ou não sabem seus direitos, então a gente acaba encaminhando para todo mundo"*. Isso também fica explícito na fala da AS 5: *"tem situações que a gente tem que encaminhar"*. As ações intersetoriais são complementadas com os serviços da rede.

Salientamos que a intersetorialidade não é um mero somatório de partes, mas uma ação coordenada, conjugada, ela se constitui assim como a interdisciplinaridade como integração dos saberes e práticas na relação usuário equipe e rede de serviços (COSTA, 2010). De modo que "é necessário discutir a interdisciplinaridade resgatando suas determinações, decorrentes dos saberes e das práticas profissionais enquanto processos sociais e institucionais, construídos e reconstruídos no fazer diário". (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 229).

Entendemos que a intersetorialidade apresenta aproximação da rede e articulação dos sujeitos. Ela é identificada como estratégias de expansão e cooperação entre vários atores sociais de diferentes setores, níveis de governo. As ações intersetoriais na saúde estão voltadas à superação da fragmentação setorial, com ações efetivas, ampliando as possibilidades e superando os desafios da atenção em saúde.

4.3. DE VOLTA AO COMEÇO: BREVES SÍNTESES ACERCA DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CUIDADOS DOS PALIATIVOS

Ao longo desta dissertação, abordamos o trabalho em cuidados paliativos, com foco na experiência em Londrina, e apontamos para as ações e estratégias desenvolvidas em cuidados paliativos com pacientes e familiares, no trabalho em equipe e em rede. Com isso, foi possível caracterizar como se expressa e movimenta o trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais. Assim, neste item, voltamos ao começo, com breves sínteses subsidiadas por Andrade (2009), Costa (2009), Lemos (2009) e Martinelli (2011).

Em cuidados paliativos, a atuação da Assistente Social no processo de morrer está direcionada à garantia dos direitos, em consonância com o código de ética profissional (Martinelli, 2011). Vemos esta relação no reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos; entre outros princípios fundamentais e elementos do Código de Ética dos Assistentes Sociais.

Entende-se que os profissionais que atuam em cuidados paliativos são capazes de forjar, à luz do projeto profissional crítico, estratégias que valorizem o sujeito em sua totalidade, ainda que esse vivencie as dificuldades de uma doença crônica que ameace a vida. Portanto, uma atuação norteada pelos compromissos éticos e políticos pode contribuir para a radicalização da democracia, da liberdade e da cidadania (INCA, 2017, p. 37)

A partir do exposto, é relevante termos a compreensão que a reflexão ética é o caminho do assistente social para a avaliação contínua das ações, dos compromissos e das relações com os pacientes, familiares e equipe. A materialização da ética na intervenção do serviço social em cuidados paliativos acontece de forma imprescindível na reflexão das determinações sócio-históricas.

Devemos vislumbrar os cuidados paliativos como possibilidade de proposta organizada de atenção em que os profissionais de diferentes áreas se unem com o objetivo de oferecer ao paciente e família a atenção que requerem em momento tão especial, (ANDRADE, 2009). Nesta mesma perspectiva, Frossard (2016) sinaliza que, na abordagem dos Cuidados Paliativos, é imprescindível ultrapassar uma visão restrita à cura da doença. Devemos compreender que as ações precisam estar voltadas à proteção social e decisões autônomas do paciente ou de seus familiares. Entendemos, então, o quão relevante deve ser a garantia dos direitos, mesmo na finitude da vida, não sendo apenas uma alternativa para o fim, mas a possibilidade de amplos cuidados.

É substancial que o profissional, junto aos pacientes e familiares, estabeleça as ações diante do prognóstico, das prioridades e necessidades no processo de morte. Nesta situação de ampliação ou manutenção da vida em conjunto com o processo de morrer, os profissionais que atuam em cuidados paliativos observam

que, a qualidade de vida, a garantia de direitos e a vontade do paciente, mesmo em cenário no qual não há condições de melhoras importantes a fim de reverter o quadro para a cura, toda a assistência deve ser oferecida, ressaltando os cuidados em todas as áreas enquanto houver vida.

Diante dos desafios sociais, entendemos, sobretudo, que há crescente dificuldade na conciliação da vida familiar e do cuidar, que requer do sistema de saúde um apoio direcionado tanto aos pacientes como aos seus familiares. Pensando em cuidados paliativos e correlacionando com o contexto pandêmico, consideramos prioritário pensar ações humanizadas em saúde, uma vez que o paciente está mais vulnerável e suscetível à morte.

Para os pacientes com indicação de ações em cuidados paliativos, no período da pandemia observou-se o agravamento da sua condição de prover o isolamento e cuidados de proteção conforme as possibilidades de gestão do fim da vida. É visto também a diminuição da busca pelo serviço de saúde na tentativa de diminuir o risco de contaminação. Nesta perspectiva, é necessário um processo permanente de ação-reflexão-ação acerca dos limites das possibilidades e de reestruturação do trabalho no contexto pandêmico para a manutenção de qualidade em saúde e para o final de vida digna.

Posto isso, devemos manter a atuação crítica na possibilidade do distanciamento social sem nos colocarmos distantes das necessidades dos pacientes e seus familiares, estando atentos às expressões que se manifestam nas situações de terminalidade de vida e problematizar os desafios postos ao cotidiano profissional, principalmente em um contexto pandêmico.

Você precisa antes se paramentar inteira, então, a gente usa o propé, o jaleco, a luva, a touca, a máscara, às vezes os óculos ou a viseira, dependendo do caso do paciente. Então, assim, você acaba até se desconfigurando para ter este contato e mesmo assim a gente não tem contato, mesmo cumprimentar de mão, isso não acontecesse mais e que a gente tinha muito isso, de acolhimento, de carinho com os pacientes e hoje a gente só tem uma conversa, então isso afeta um pouco, acaba gerando um distanciamento entre as pessoas [...] (AS 2).

Todas as entrevistadas relataram dificuldade neste contexto, diante do aumento da demanda quantitativa e da complexidade da demanda qualitativa; da dificuldade de acompanhamento dos pacientes que acabavam por interromper o

tratamento para não sair de casa ou não queriam receber a equipe por medo da contaminação.

Outras situações apontadas como dificuldades foram a falta de condições de acolhimento com a interrupção dos atendimentos presenciais e com a suspensão dos acompanhantes e das visitas trazendo as questões as sanitárias e de humanização. Sendo diante disso necessária maior observação das prerrogativas da ação direta realizada pelas assistentes sociais.

Afetou muito o trabalho com as famílias, porque a gente teve que restringir, o hospital sempre foi muito aberto, a nossa intenção sempre foi trazer muito a família para dentro do hospital, [...] participando muito do tratamento, sempre que tem dúvidas a gente conversa, [...] a gente teve que aprender a dizer não para isso e teve que aprender a conviver com este não e isso é muito difícil, muito, você ter que limitar, [...] a gente teve que fazer o trabalho inverso de convencer a família [...] eu acho que foi o pior, foi mais sofrido, até hoje eu ainda não me acostumei com isso sabe? É o que foi pior de verdade, de você não conseguir acolher a família da maneira que a gente gostaria, [...]. A gente teve que aprender o não (AS 7).

Também foi observada dificuldades no trabalho em equipe pelo o distanciamento necessário, ou limitação de pessoas nos espaços e a interação visto que alguns trabalhadores em *home office*. Sobre esta questão, a AS 2 relata:

[...] interrompeu as visitas e a gente fez muitos processos por de conversas por telefone, tele atendimentos, reuniões com famílias também por teleatendimento, a gente tirou muito do contato pessoal, do presencial, a gente perdeu bastante. (AS 2)

Entre as entrevistadas, três fizeram teletrabalho e relataram as dificuldades para o atendimento remoto, do distanciamento das ações das equipes. Referente ao distanciamento e aplicação de recursos tecnológicos para o atendimento, a AS 1 tece o seguinte relato:

falta um pouco da aproximação, desta questão do calor humano, uma coisa é você fazer por telefone, outra coisa é você estar olhando nos olhos e compartilhar daquela situação, com aquela família, é se colocar no lugar dessa família mesmo, que ela está sentindo respeitar os limites as possibilidades, isso é mais no contato visual. (AS 1)

Observamos também que quando o trabalho é realizado de forma remota, tendo como instrumentos as tecnologias de informação e comunicação fora do ambiente

da instituição empregadora, é um fator dificultador quando desempenhado em ambiente doméstico por mulheres, como no caso das entrevistadas, o que implica no seguinte tema:

No que se refere às condições de trabalho, há que se considerar a intensificação do trabalho feminino e aprofundamento da desigual divisão sexual do trabalho, refletindo sobre a particularidade de as mulheres realizarem esse trabalho no ambiente doméstico, mesmo lugar em que já possuem múltiplas tarefas socialmente impostas (CFESS, 2020, p. 5)

Foi perceptível a alteração no trabalho em cuidados paliativos nos relatos sobre os fatores dificultadores diante do contexto pandêmico, ocorrendo o reordenamento do trabalho da equipe, a realocação dos leitos CP para leitos gerais e protocolos mais rígidos de segurança sanitária, exigindo mudanças e adequações de fluxo e atendimento.

Isto posto, entendemos que coube às assistentes sociais trabalhadoras da saúde sugerir e definir requisitos que garantam as condições sanitárias e de atuação para a realização do trabalho no contexto pandêmico, a fim de preservar a saúde e as questões éticas relativas aos segmentos profissionais, visando os direitos, o conforto e a humanização do atendimento.

Aqui consideramos o aporte teórico-metodológico para capacidade crítica e de percepção da totalidade que caracteriza a assistente social na atuação em saúde. Esta apreensão do real (CFESS, 2010) se dá pela gama de conhecimento que traz a capacidade de inserção criativa e propositiva. Então poderemos observar como a competência articuladora se expressa no trabalho em equipe, em rede e nas ações de controle social.

Na percepção das necessidades múltiplas do indivíduo em Cuidados Paliativos, a resolução das demandas por um único profissional da equipe se mostra ineficaz, as respostas apresentadas devem ser para além do controle de sintomas e dor física, a ação deve ser da equipe interdisciplinar, cujo saberes se complementam para a busca, defesa e garantia de direitos tanto do paciente quanto do familiar.

Sendo, portanto, necessário qualificar o conhecimento para qualificar a intervenção, o que exige construir experiências, realizando pesquisa a partir da prática, ter visão crítica, trocar experiências pela via interdisciplinar, para construção

do saber, nutrir permanentemente o conhecimento, ter novas práticas com o objetivo de aprimorar a intervenção, assim como indica o nosso projeto ético-político.

É necessário também que possamos nos reforçar lançando práticas que manifestem nossa disposição política, na perspectiva de adensar a política como campo de direitos e aprofundar o social como espaço de construção e de invento vindouros. Devemos considerar que no ambiente hospitalar, trabalhar com um paciente que se aproxima do processo de terminalidade de vida, além de uma atenção humanizada, este deve ser tratado com ética, respeito e ser considerado cidadão de direito até o seu último dia de vida.

Nesse processo, a assistente social é identificada historicamente (COSTA, 2009) como uma das profissionais de saúde que mais se dedica às questões relativas à humanização do atendimento.

Diante disto, entendemos que consolidamos a nossa identidade profissional, fortalecemo-nos enquanto seres humanos quando somos capazes de humanizar a nossa prática, pois esta é a substância do existir. Notoriamente, isto acontece não apenas como trabalho individual, mas como expressão imperativa de um sujeito coletivo da área da saúde, não só considerando a Política de Humanização, mas também as múltiplas manifestações da vida cotidiana que são necessárias para atenção humanizada, práticas interdisciplinares e democráticas.

Assim, ponderamos também que a característica do trabalho do assistente social em cuidados paliativos se deposita no atendimento direto das necessidades sociais destes usuários e familiares que necessitam de acolhida, de escuta e atendimento integral, e nesta perspectiva, o alcance de direitos e a superação da condição de doença ou de processo digno de término de vida.

Por mais que possam parecer semelhantes, encontramos diferenças bastante significativas entre os cenários nos quais se dá a situação de morte, e que podem influenciar diretamente a atuação profissional especialmente para os assistentes sociais [...] (LEMOS, 2009, p. 118).

É necessário desenvolver estratégias para o enfrentamento das situações frente à possibilidade iminente de morte. As demandas apresentadas ao assistente social em cuidados paliativos são complexas e não se apresentam na imediaticidade da vida social. As queixas explícitas são demandas que podem estar relacionadas a

situações veladas de violência, como a negligência, o abuso financeiro e vínculo familiar rompido, por exemplo.

A grande preocupação e foco do assistente social em Cuidados Paliativos podem ser resumidos em: para o paciente, garantia da qualidade de vida nos momentos finais e morte digna. Para a família, auxílio na manutenção do equilíbrio familiar possível (ANDRADE, 2009, p. 401).

Além do mais, há a percepção que as demandas estão relacionadas a questões financeiras, aquisição de medicamentos, dietas especiais, de equipamentos como cadeiras de rodas, colchão especial, arranjos e organização pessoal e familiar para dispensação de cuidados ao paciente e dificuldade de acesso a direitos sociais, como apontado por Martinelli (2011).

Muitas são as demandas para o Serviço Social na etapa que precede a morte, como procedimentos legais documentais e orientações. Lemos (2009) traz a importância do serviço social no pré ou pós luto com o apoio emocional e a escuta, sendo necessárias estratégias para auxiliar o enfrentamento da situação de morte e luto e que impacta diretamente na atuação profissional, sobretudo do assistente social.

A população atendida apresenta necessidades sociais desde o nascimento, na vida adulta, no processo de envelhecimento, e até o final da vida. São situações carregadas de significações, vínculos familiares fragilizados, falta de cuidados, não acesso aos serviços de saúde. Estas vulnerabilidades, segundo Martinelli (2007), nos pedem um gesto humano: um olhar, um sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.

Na complementaridade dos cuidados paliativos com ações humanizadas (Brasil, 2003) vemos a importância de reconhecer o que outro traz como legítimo e particular para necessidade de saúde, onde acolher representa estar amparado em relação às equipes e aos serviços. Assim, a assistente social, em sua atuação profissional, expressa esta relação, constituída na confiança, vínculo e compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos.

Entendemos que as ações e atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais perpassam as várias políticas, envolvendo o trabalho interdisciplinar, o que indica a relevância de reconhecer o paciente e sua família, como únicos e carregam

suas objetividades e subjetividades e suas relações socioculturais, econômicas e religiosas que devem ser vistos na integralidade e atendidos para além das doenças.

No Processo de terminalidade de vida, as pessoas continuam sendo cidadãos de direitos, atores de suas relações sociais, vivenciando as expressões da questão social e mesmo no momento de finitude de vida devem ter suas demandas consideradas e seus direitos garantidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando a morte chamar avisa que eu já vou
Poder abraçar quem foi e me deixou
E se sentir saudade saiba, eu tô bem
É só lembrar de tudo que a gente passou

Zant

A presente pesquisa buscou conhecer como é desenvolvido o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos na cidade de Londrina. O percurso metodológico construído e executado apresentou múltiplos desafios pelo contexto pandêmico, que exigiu a adoção de medidas sanitárias de isolamento social e distanciamento sanitário como formas de diminuir a circulação do vírus da COVID 19. Outro desafio foi o uso de recursos digitais e tecnológicos para a realização das entrevistas com as profissionais, demandando a necessidade de conhecer o funcionamento da plataforma, de modo a deixar as entrevistas tranquilas e disponíveis para compartilhar as experiências profissionais. Isso posto, também consideramos como um elemento desafiador os melindres de falar de um tema tão enigmático como cuidados paliativos, que envolve o processo de final de vida.

A estruturação deste trabalho se apresentou em quatro capítulos. No primeiro capítulo, fizemos o indicativo sobre a escolha do tema e caracterizamos o universo da pesquisa e apresentamos a metodologia construída e executada nesta pesquisa.

No segundo capítulo, intitulado “A Política de Saúde: perspectiva dos cuidados e cuidados paliativos”, percorremos caminhos que permitiram identificarmos o estabelecimento dos cuidados paliativos como Política de Saúde apontando para normativas que regulamentam os cuidados paliativos. O que vimos neste caminho foi a sistematização das normativas de cuidados paliativos, o que possibilitou a construção de uma linha do tempo, que mostrou a complexificação da estruturação da legislação de saúde e como ela foi se moldando diante das necessidades de atender pacientes crônicos, até por fim abordar diretamente os cuidados paliativos em política própria.

Concluimos também que as situações postas de desmonte das políticas públicas e o contexto pandêmico requerem uma atenção criteriosa frente às dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, principalmente no atendimento destinado aos pacientes em cuidados paliativos. A necessidade de

valorização da dimensão humana e subjetiva deve ser essencial para não direcionar os cuidados apenas na doença, mas sim elevar os pacientes e familiares como protagonistas de cuidados.

Então, chegamos ao entendimento da relevância da estruturação dos Cuidados Paliativos como parte da política de saúde, pensando e preservando a vida até o momento final, considerando a morte um processo natural. E, deste modo, deve-se pensar na terminalidade da vida, possibilitando que a família vivencie o luto e os ritos da despedida decorrente da finitude da vida. A efetivação da política de cuidados paliativos no Brasil, resolução 41/2018, dispõe de diretrizes para organização dos cuidados e incrementou a valorização da dimensão humana como questão fundamental, assegurando os cuidados paliativos como oferta de suporte para o final da vida.

Compreendemos o quanto é fundamental o reconhecimento dos cuidados paliativos como política pública, para estruturação da rede de serviços e efetivação de equipes de profissionais para atendimento aos pacientes em cuidados paliativos, como foi visto nos trabalhos desenvolvidos em Londrina. Porém não basta o desejo dos profissionais e a iniciativa da gestão, é fundamental o compromisso governamental, a educação continuada, a provisão de remédios essenciais, destinação de leitos e a expansão dos serviços de cuidados paliativos.

Apresentamos no terceiro capítulo denominado "O Trabalho da Assistente Social em Cuidados Paliativos" que trata sobre a inserção da assistente social em saúde como uma caracterização da profissão. Isto aponta Costa (2009), pois a ação profissional possibilita a articulação dos saberes na direção dos interesses dos usuários. O trabalho das assistentes sociais na política de saúde apresenta elementos para o reconhecimento de diversas e complexas questões no campo social, que repercutem na assistência ao paciente e sua família. Assim, foi possível entendermos que o trabalho das assistentes sociais na saúde está na ação em situações que possam dificultar ou impedir o acesso às políticas públicas e aos serviços de saúde. Evidenciamos também que o trabalho das assistentes sociais se caracteriza pela transversalidade e articulação com as demais políticas.

As condições sociais como elementos que impedem os cuidados que são trazidos por paciente e familiares e postos para o trabalho de assistente social, evidenciando e particularizando o trabalho na área nos cuidados paliativos, sendo necessário que as ações não estejam desconectadas dos processos de trabalho em

saúde. Identificamos que os parâmetros para atuação de assistente social em saúde devem ser revistos, pois não abordam o trabalho em cuidados paliativos e nem em contexto pandêmico com restrições sanitárias.

O conteúdo desenvolvido nesta dissertação apontou que as necessidades sociais do paciente e de familiares são elementos para as ações em cuidados paliativos. Assim, evidenciamos o trabalho do assistente social em cuidados paliativos a partir das vivências de usuários e familiares posta para as ações de orientação executadas pelas assistentes sociais, desmistificando a percepção de que cuidados paliativos é abreviar a vida.

Por fim, no último capítulo, abordamos o Trabalho de Assistente Social em Cuidados Paliativos na Cidade de Londrina. Apreendemos que o trabalho da assistente social em cuidados paliativos ocorre a partir de uma reflexão crítica do trabalho da assistente social frente a ações de orientação e articulação, no atendimento social e acompanhamento do paciente e seus familiares, na atuação junto a equipe de cuidados paliativos. Os resultados da pesquisa apresentam contribuições com o entendimento do desenvolvimento do trabalho da assistente social em cuidados paliativos, a importância do trabalho em rede e a necessidade de cuidados para morte. Sendo estes resultados a possibilidade para o aprimoramento da atuação da assistente social, elementos para estudos e debates futuros na área.

Esta dissertação possibilitou conhecer como se expressa o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos na cidade de Londrina, onde identificamos as ações e atividades desenvolvidas em cuidados paliativos pelas assistentes sociais. Foi possível também reconhecer os demandatários e as demandas apresentadas para o trabalho, assim como as ações desenvolvidas com a rede que perpassam as ações intersetoriais. Demonstramos que as competências e o trabalho das assistentes sociais em cuidados paliativos estão centrados nas ações e atividades desenvolvidas junto às equipes de cuidados paliativos.

Na elaboração, relacionamos as experiências dos sujeitos da pesquisa prezando a humanização, a relação da política de saúde, a discussão de cuidados paliativos e a pandemia.

Os resultados da pesquisa possibilitaram o estabelecimento de relação com o problema, objetivos da pesquisa e os sujeitos pesquisados, com a possibilidade de entender o cotidiano de trabalho a partir das relações construídas pelas assistentes sociais e isso apontou para a importância do trabalho em rede e ações intersetoriais,

possibilitando uma reflexão crítica do trabalho da assistente social em cuidados paliativos.

As ações das assistentes sociais no trabalho em cuidados paliativos em Londrina demonstradas pela pesquisa apresentaram como o ponto comum o acolhimento das necessidades dos pacientes e familiares para o atendimento das questões sociais, que é uma especificidade da profissão. Identificamos que as ações partem de demandas dos pacientes, dos familiares, da equipe e que vão além do ambiente hospitalar, envolvendo também os núcleos de apoio na comunidade, sejam eles vizinhos, igrejas ou instituições. Isso possibilita o reconhecimento da imagem profissional crítica e interventiva e dá a tônica do trabalho do assistente social em equipe, do trabalho em rede e das ações intersetoriais e demonstra a importância da construção dessas ações.

As ações em cuidados paliativos partem das demandas de atendimento e das requisições necessárias para os cuidados, seguindo como referência o manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Este manual dá o acesso à compreensão a protocolos e orientações escritas, mesmo este considerando que “o Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios.” (ANCP, 2012, p.21). Ele é direcionado a todos os profissionais envolvidos no atendimento em cuidados paliativos.

Entendemos que em cuidados paliativos os processos de trabalho seguem diretrizes de assistência conforme as categorias profissionais, de acordo com a necessidade de intervenção clínica ou terapêutica e de ações de gestão para determinados serviços. Exemplos de protocolos são os que estão direcionados para a área médica e de enfermagem, para uso de sedação e manejo de pacientes.

Verificou-se com a pesquisa que as assistentes sociais organizam processos e rotinas para o desenvolvimento das atividades em Cuidados Paliativos e entendemos que o estabelecimento de protocolo pode ser uma estratégia comum em cuidados paliativos direcionados para cada momento da intervenção. Com isso, a interlocução entre os processos de trabalho em saúde e processos de trabalhos em cuidados paliativos se relacionam pelas observâncias das condições clínicas e sociais que o paciente apresenta e determinando a condução dos cuidados.

Relacionamos as experiências dos sujeitos da pesquisa prezando a humanização, a relação da política de saúde, a discussão de cuidados paliativos e a pandemia.

Mesmo diante dos limites do entendimento sobre o que são os cuidados paliativos e a sua importância, vemos a possibilidade que em breve o conceito de cuidados paliativos seja levado a todos os serviços e hospitais, principalmente os hospitais públicos. Isso possibilitará a oferta a qualquer momento para acesso com portas abertas nos hospitais e nos serviços de saúde aos pacientes que estão em cuidados paliativos, mantendo uma concepção extremamente humana em relação ao paciente, proporcionando a organização e suporte para o final da vida. Há dificuldades em se falar de cuidados paliativos é necessário falar e reconhecer suas contribuições, pois como disse a AS 7: "*tendo conhecimento, a gente só expande*".

O retorno à ideia inicial nos leva aos Cuidados Paliativos como forma singular de atendimento: para os pacientes sem prognósticos de cura, promovendo qualidade de vida, a melhora do controle da dor e dos sintomas, proporcionando também às suas famílias a participação e entendimento do processo de final de vida, que é o que traz a peculiaridade do trabalho em cuidados paliativos.

Concluimos que o trabalho da assistente social em cuidados paliativos está, na ação profissional racionalizada, refletida, planejada, e articulada à realidade social, o que possibilita a estruturação do trabalho em equipe e o trabalho em rede. Constatamos também que, o trabalho da assistente social em cuidados paliativos, mesmo na iminência do fim de vida do paciente, deve ser reconhecido na perspectiva da cidadania e da democracia. É necessária a compreensão ética dos cuidados e da humanização da ação, imprimindo princípios e valores, em busca da qualidade do atendimento e do aprimoramento profissional. A reflexão ética é o caminho do assistente social para a avaliação contínua do seu trabalho, do compromisso com as relações com pacientes, familiares, equipe e rede.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**: com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, São Paulo; Brasília: OPAS/OMS/ Ministério da Saúde, 2009. p. 399-408.

ALVES, F. L; MIOTO, R. C. T. A demanda no processo de trabalho dos assistentes sociais e sua configuração em serviços de saúde. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 19, p. e020001, 2020. DOI: 10.20396/sss.v19i0.8661050.

Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8661050>. Acesso em: 25 maio. 2021.

ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado**. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. 2012.

_____. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ANDRADE, Letícia. **Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte**: cuidados paliativos na assistência domiciliar. 2007. 199 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____. O papel do assistente social na equipe (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado**. 2ª ed. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. 2012. p.341-344

_____. O papel do assistente social na equipe (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado**. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. 2009. p. 221-223

_____. Serviço Social. *In*: **Cuidado Paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2008. 61-73.

AUBERT, Anna Caramuru Pessoa. **Morrer dignamente: aspectos filosóficos, jurídicos e morais da autonomia para morrer**. [recurso eletrônico] / Alegre, RS: Editora Fi, 2021.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2009. p. 13-39.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, Sept. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>.

BERNARDO, M. H. J.; OLIVEIRA T. Monitoramento remoto com idosos: uma experiência de cuidado em tempos de pandemia da COVID-19. *In*: LOLE, A., STAMPA, I., & GOMES, R. L. R. **Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia**. Mórula Editorial. 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/produto/para-alem-da-quarentena-reflexoes-sobre-crise-e-pandemia/>. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL, Ministro da Saúde. **Políticas de Saúde Metodologia de Formulação**. Brasília. 1998. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Emenda Constitucional nº. 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Senado Federal. Secretaria de Informação Legislativa. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=251058&norma=270459>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br). Acesso em: 4 mar. 2021.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: L8142 (planalto.gov.br). Acesso em: 4 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNP**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2446 de 11 de novembro de 2014. Redefine a **Política Nacional de Promoção à Saúde PNPS** disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 21 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 687 de 30 de março de 2006. Aprova **Política de Promoção à Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html>. Acesso em: 21 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº41, de 31 de outubro de 2018**. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Publicado em: 23/11/2018 Edição: 225 Seção: 1 Página: 276 Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: Cartilhas e doc. base - HumanizaSUS 2011 (saude.gov.br). Acesso em: 20 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 26 out. 2020.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2009. p. 88-110.

_____.; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2009. p. 197-217.

BREITBART, William. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: EDUNISC/Edições Loyola, 2004, p. 209-228.

CAMPOS, G.W.S. Humanização da saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, p.389-400, mar/ago 2005. Disponível em: [debate.p65 \(scielosp.org\)](http://debate.p65.scielo.org). Acesso em: 28 jan. 2021.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-92.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p.117-130

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012 (1ª edição ampliada). Disponível em: <http://cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf> Acesso em: 6 jan. 2021.

_____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. **Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993**, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. **O serviço social em hospitais: orientações básicas**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª região, 2008.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

_____. **Política de Educação Permanente**. Brasília (DF), 2012. Disponível em: BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf. Acesso em: mar. de 2021.

_____. **Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

_____. **Resolução CFESS nº 493 de 21 de agosto de 2006**. EMENTA: Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

_____. **Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia**. Brasília. CFESS 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos Serviços de saúde e a Inserção dos(as) assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2009. p. 304-351.

_____. **Serviço Social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.17, p.401-403, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n17/401-403/pt>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

DUARTE, Rosália. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225. Editora UFPR. 2004.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013.

_____. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**. Rio de Janeiro, v. 15, n2, p. 345-353, abr/jun. 1999.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Caderno EBAPE.BR**, v. 14, Edição Especial, Artigo 12, Rio de Janeiro, jul. 2016.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza; SILVA, Jeane Alves da; AGUIAR, Aline Batista; PAIVA, Rafaela Rodrigues de. Cuidados Paliativos Oncológicos e Assistência Social. **ESPAÇO PÚBLICO Revista de Políticas Públicas** ISSN 2595-5535, n. 4, v. 4, ano 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicaspublicas/article/view/242360/33211>. Acesso: em 7 set. 2020.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza; SILVA, Emanuel Cristiano de Souza. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Revista Katálisis**, vol. 19, núm. 2, julho-setembro, 2016, p. 281-288 Universidade Federal de Santa Catarina.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>.

GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social na comunidade. *In*: GUARÁ, I. M. F. R *et al.* **Redes de Proteção Social**. 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História, 2010. p. 11- 30. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2021.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. *In*: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p.701-717, 2009.

_____. **Instrumentalidade do Serviço Social**. 8ª ed. São Paulo, Cortez. 2010.

_____. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 62, p. 5-34. 2000

GUESSER, A. H. **A etnometodologia e a análise da conversação e da fala**. Em **Tese**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 149-168, dez. 2003. ISSN 1806-5023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/13686>>. Acesso em: 07 ago. 2018. doi:<https://doi.org/10.5007/%x>.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2009. p. 161-196.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação social**. 4ª Ed. São Paulo, Cortez. 2001.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo, Cortez. 2011.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2017. 188 p.

INOJOSA, Rose M. Intersetorialidade e configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**. v.32, nº2, mar./abr 1998. p. 35-48.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista De Administração Pública**. V.34. 2000. v.34, nº 6, p. 35 a 45. Disponível

em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>. Acesso em: 28 de ago. 2020.

KOVÁCS, Maria Julia. Morte no contexto dos cuidados paliativos. *In: Cuidado Paliativo* / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 547-558.

KUBLER- Ross, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: 8ª Ed., Martins Fontes. São Paulo, 1998.

LEMOS, Naira Dutra. O serviço social e a morte. *In: SANTOS, F. S. (Org.) Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 115 - 124.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; PRÁ, Keli Regina Dal. "A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v.6, n.1, 2007. p.93-104.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e Princípios. CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). **Cuidado Paliativo**. Coord. OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 15-32.

_____. Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. *In: ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado*. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. 2012. p. 94 - 110

MARTINELLI, Maria Lúcia. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 6, 2007. p. 21-33.

_____. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 497-508, set. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>.

MATOS, Maurílio Castro de. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. *In: Lole, A., Stampa, I., & Gomes, R. L. R. Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia*. Mórula Editorial. 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/produto/para-alem-da-quarentena-reflexoes-sobre-crise-e-pandemia/>. Acesso em: 28 de ago. 2020.

_____. **Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. 272 p.

_____. **Serviço Social Ética e Saúde – reflexões para o exercício profissional**. 2ed São Paulo: Cortez, 2017.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In:*

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos - ANCP**. 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2012, p. 23-30.

MATTA, GC. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. *In: Matta GC. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.

MATTA, GC; MOROSINI, Marcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. *In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 39-44

MCCOUGHLAN, MARIE. A necessidade de cuidados paliativos. *In: PESSINI, L.; BERTACHINI, (Orgs.). Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: EDUNISC/Edições Loyola, 2004, p. 167-180.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. *In: PESSINI, L.; BERTACHINI, (Orgs.). Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: EDUNISC/Edições Loyola, 2004, p. 291-299.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, R. A.; BARBOSA, P. de C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2653-2662, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>.

MENICUCCI, T.M.G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MERHY, Emerson Elias e FRANCO. Túlio Batista. Trabalho em Saúde. *In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 427- 432.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2000, v. 5, n. 1. Acesso em: 28 Out. 2020, pp. 7-18. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>. Epub 19 Jul 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

_____. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. O trabalho com redes como um procedimento de intervenção profissional: o desafio de requalificação dos serviços. **Katalysis**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 51-58, 2002. Disponível em: Vista do O trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços (ufsc.br). Acesso em: 21 jul. 2020.

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2009. p. 273-303.

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000300005>.

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**. Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009. DOI:10.26512/ser_social.v11i25.12733. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733. Acesso em: 21 julh. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2009. p. 218 - 241.

_____; TUMELERO, Silvana Marta. A relativa autonomia do assistente social na implementação das políticas sociais: elementos explicativos. **O Social em Questão** - Ano XVIII - nº 34. Rio de Janeiro PUC, 2015 p. 205 - 228. Disponível em: OSQ_34_9_Nogueira_Tumelero.pdf (puc-rio.br). Acesso: em 29 ago. 2021

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à Saúde no Brasil. *In*: **Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 547-573.

_____. Modelos de atenção e vigilância da saúde. *In*: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. **Epidemiologia e Saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.

_____; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**. (impr), V.12, p 109-114, 2010.

_____; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, Volume: 12 Suplemento, 2007. p. 1819-1829. Disponível em: www.scielo.org/j/csc/i/2007.v12suppl0/ acesso em: 01 ago. 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

59702014000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2021.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**. (Porto Alegre), vol. 12, n. 1, 2013, pp. 114-127 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, RS, Brasil.

PESSINI, Leo. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 18, n.3, p. 549-560, jun. 2010.

_____. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: EDUNISC/Edições Loyola, 2004.

_____; BERTACHINI, L (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: EDUNISC/Edições Loyola, 2004.

PRATA, Henrique Moraes. **Cuidados Paliativos e direitos dos pacientes terminal**. Barueri, São Paulo: Manole, 2017.

PRATTA, E.; SANTOS, M. A. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução**. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 25, n. 2, p. 203-211, abr. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000200008>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2021.
<https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300003>.

RAICHELIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 116, p. 609- 635, dez. 2013.

RAMOS, Adriana; FORTI, Valeria. Contribuições à discussão do trabalho do assistente social na área da saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes. *In*: **Serviço Social e Política de Saúde: Ensaios sobre trabalho e formação profissionais**, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 83-107.

RODRIGUES, Inês Gimenes. **O significado do trabalho em equipe em cuidados paliativos ontológicos domiciliar: um estudo etnográfico**. 2009. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS AFJ dos; FERREIRA EAL, GUIRRO UB do P. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. 2020. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_fnal_compressed.pdf. Acesso em: 10 mai. 2016.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. *In: Revista Conexão Geraes*. CRESS-MG. 2013. p 25 - 30.

SANTOS, Franklin Santana. Conceituando a Morte. *In: SANTOS, F. S. (Org.) Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 301-318.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. M R. *Katálisis*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.

SILVA, M. F.; JUNQUEIRA, L.A.P. Ação intersectorial na saúde. *In: JUNQUEIRA, L.A.P.; CORÁ, M.A.J. (Orgs). Redes sociais e intersectorialidade*. São Paulo: Tiki Books, 2016. 296 p. Disponível em: <https://dowbor.org/wp-content/uploads/2013/03/Redes-sociais-eintersectorialidade-com-capa.pdf#page=173>. Acesso em: 02 mar. 2020

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do Sus*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2021.

TORRES, Mabel Mascarenhas. Exercício profissional do assistente social: analisando a dimensão técnico-operativa e as atividades desenvolvidas. *Anais do I Colóquio Internacional IV Colóquio Nacional sobre o Trabalho do/a Assistente Social. Alagoas*. 2017. Disponível em:<https://www.seer.ufal.br/index.php/coloiocintas/article/download/3693/262>. Acesso em: 20 mar. 2021.

_____. O trabalho socioeducativo desenvolvido pelo assistente social: concepções e atividades desenvolvidas. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v. 14, n. 2. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18306/9533>. Acesso em: 20 mar. 2021

_____. **Serviço Social em Revista**. Londrina. v. 12. N. 1. 2009. p. 202-227. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10060/8789>. Acesso em: 30 mai. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2009v12n1p202>

TRINDADE, Rosa Lucia Prêdes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais, *In SANTOS, Cláudia Mônica dos. et al. (Org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

ULYSSES DE CARVALHO, C. S. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*.v. 54, n.1,2008. p. 87-96.Disponível em:<[RBC 47/1 \(inca.gov.br\)](http://RBC47/1(inca.gov.br))>. Acesso em: 02 dez 2020.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. Serviço Social em Saúde. *In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde*. São

Paulo: Cortez, 2009. p. 242-272.

WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. **Sociais Ciência e Medicina**, v. 41, p. 1403-1409, 1995.

APÊNDICE A
MODELO DE OFÍCIO CONVITE ENCAMINHADO ÀS ASSISTENTES SOCIAIS.

Londrina, ____ de _____ de _____.

À
@@@@@@@@@@@
Assistente Social

Prezada Senhora,

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “**A competência articuladora no trabalho e nas ações desenvolvidas pelo(a) assistente social em cuidados paliativos**”, realizada pela mestrandA ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA, sob a orientação da professora Dra Mabel Mascarenhas Torres, a ser realizada nos hospitais de atenção à saúde de nível secundário e terciário bem como nas instituições de serviço de saúde, que tenham em seu quadro de funcionários, assistentes sociais que atuam em ações e/ou equipes de cuidados paliativos.

O objetivo da pesquisa é reconhecer como se expressa a competência articuladora no trabalho e nas ações desenvolvidas pelo Assistente Social tanto nas ações como no trabalho das equipes de cuidados paliativos.

Ressaltamos que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, e, uma das etapas para a avaliação do referido Comitê, é a apresentação da Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição - Co-Participante, cujo modelo está anexado.

Desde já agradeço a participação e me coloco a disposição para qualquer dúvida e esclarecimentos.

Cordialmente,

Profa Dra Sandra Lourenço de Andrade Fortuna
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social
Universidade Estadual de Londrina

APÊNDICE B
ROTEIRO DA ENTREVISTA

I - IDENTIFICAÇÃO

Ano de nascimento _____

Identidade Sexual (auto declaração): _____

Identidade etnia (auto declaração): _____ Religião: _____

II - FORMAÇÃO ACADÊMICA

Ano de formação _____ Unidade de ensino: pública () privada ()

presencial () ensino a distância ()

Você é pós-graduado? sim () não () Na área da saúde sim () não ()

Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Fez OU FAZ alguma formação para atuar em cuidados paliativos? sim () não ()

- se sim qual? _____

III CONDIÇÕES DO ESPAÇO SOCIO OCUPACIONAL

Há quantos anos você trabalha na área da saúde? _____

Há quantos anos você trabalha nesta instituição? _____

Qual a carga horária semanal de trabalho na instituição? _____

O espaço físico no qual realiza as atividades de trabalho é uso exclusivo do Serviço Social? sim () não ()

IV - TRABALHO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Há quantos anos existe trabalho em cuidados paliativos nesta instituição?

O trabalho desenvolvido é através de () ação () equipe () outros

Quais os profissionais a integram ação ou equipe

Assistente social () Médico () Enfermeiro () Fisioterapeuta ()

Nutricionista () Outros ()

Você desenvolve trabalho exclusivamente em Cuidados paliativos? sim () não ()

Se não, quantas horas semanais você dedica para o trabalho em cuidados paliativos? _____

Há quanto tempo você atua em Cuidados paliativos? É sua primeira experiência?

Como surgiu o convite para trabalhar em cuidados paliativos?

O que te motivou a aceitar o convite e a participar dos cuidados paliativos?

Qual sua concepção de cuidados paliativos?

Quais ações e atividades são desenvolvidas pelo Assistente social em Cuidados Paliativos?

Quais ações você considera exclusiva do Assistente Social na atuação em cuidados Paliativos?

Quais as demandas apresentadas ao assistente social em cuidados paliativos?

Quais são as recorrentes?

Quem são os demandatários do trabalho do assistente social em cuidados paliativos?

Quais as ações desenvolvidas em rede em cuidados paliativos?

Como se dá a competência articuladora para o atendimento das demandas em cuidado paliativo?

Quais serviços compõem a rede na realização do trabalho em cuidados paliativos?

UBS() SAD() SMI() FARMÁCIA REGIONAL() MP() ILPI() INSS() SMA() OUTRA: _____

Quais são as ações intersetoriais realizadas no trabalho em cuidados paliativos?

Quais aos limites e possibilidade presentes no trabalho em rede no trabalho em cuidados paliativos?

Diante do contexto pandêmico houve alguma alteração em seu trabalho em cuidados paliativos? Se houve como afetou o trabalho em cuidados paliativos?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“A COMPETÊNCIA ARTICULADORA NO TRABALHO E NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA (O) ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS”

Prezado (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“A competência articuladora no trabalho e nas ações desenvolvidas pelo (a) do assistente social em cuidados paliativos”**, a ser realizada nos “hospitais de atenção a saúde de nível secundário e terciário e também instituições de serviço de saúde e que tenha em seu quadro de funcionários assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos. O objetivo da pesquisa é reconhecer como se expressa a competência articuladora no trabalho e nas ações desenvolvidas pelo Assistente Social em equipes de cuidados paliativos. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: entrevista estruturada com questões abertas que, se autorizadas, serão gravadas pela pesquisadora.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e publicações que dela derivarem; serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: contribuir para distinguir como se expressa a competência articuladora no trabalho e nas ações desenvolvidas pelo Assistente Social em de cuidados paliativos e com a rede de serviços. O conhecimento produzido pela pesquisa pode subsidiar a ação de profissionais no e o reconhecimento deste no exercício do seu cotidiano de trabalho. Além disso, a

reflexão a partir da pesquisa remete ao desvelamento de questões ainda pouco discutidas, na medida em que aprofunda o debate sobre o cotidiano e trabalho profissional do assistente social em cuidados paliativos. Quanto aos riscos, estes são mínimos, uma vez que o sujeito da pesquisa responderá a um questionário e ele poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus ou retaliação pela sua desistência. Assim, como se trata de um questionário, a decisão de continuar ou não participando da pesquisa, caberá somente ao sujeito. Caso o participante necessite o pesquisador irá ampará-lo prontamente.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Alexsandra Aparecida de Jesus Moreira, telefone (43) 9.9989-1405; lelexmor@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de _____.

Alexsandra Aparecida de Jesus Moreira
Pesquisadora Responsável
RG: 4.553.945-8/ SSP/PR

Eu, _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COMPETÊNCIA ARTICULADORA NO TRABALHO DESENVOLVIDO PELA(O) ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Pesquisador: ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39403020.8.0000.5231

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.416.471

Apresentação do Projeto:

"O presente projeto com o tema Cuidados Paliativos é desenvolvido para a realização da dissertação de mestrado. A razão que justifica o interesse e a construção deste projeto surge das inquietações do meu cotidiano profissional, como trabalhadora na área da saúde na cidade de Londrina, no Hospital Dr. Anísio Figueiredo - Hospital Zona Norte (HZN), de atenção do nível secundário, unidade própria da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Paraná. Neste espaço de exercício profissional é constante o enfrentamento de elementos das expressões que evidenciam a desigualdade social, como a violência, a falta de proteção, de acesso à informação, aos direitos, aos bens e serviços e que são dificultares do processo saúde-doença. a Comissão do HZN observa a importância de identificar e priorizar além das demandas clínicas, também as de fundo social que venham a interferir no atendimento, recuperação, bem-estar do paciente e amparo a familiares. Assim a atuação do Assistente Social na comissão de cuidados paliativos, inicialmente baseou-se em orientação sobre questões previdenciárias, encaminhar pacientes e familiares à rede de serviços e mediar com os demais profissionais da equipe e também familiares situações que pudessem influenciar nos cuidados com o paciente como permanência de acompanhante no período de internação. Com o exposto, a proposta deste projeto de pesquisa é contribuir com o aprimoramento de uma atuação eficiente do profissional Assistente Social, em sua especificidade no atendimento em equipe de Cuidados Paliativos, a partir de uma reflexão crítica da prática profissional em situações de mediação, articulação, no acompanhamento e

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

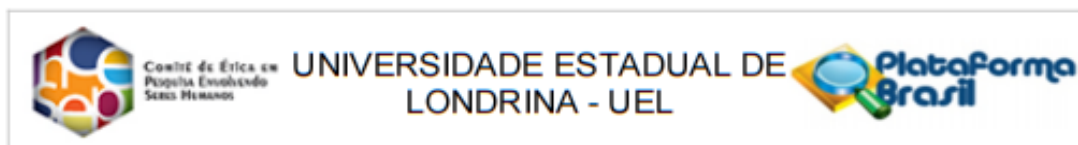
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.416.471

assistência do paciente e na atuação junto a equipe. A pesquisa será construída com a participação de sujeitos, ou seja, assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos, na cidade de Londrina e que aceitem participar. A pesquisa será desenvolvida no universo de hospitais de atenção a saúde de nível secundário e terciário e também em instituições de serviço de saúde, que tenham em seu quadro de funcionários assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos. Para tanto, será realizada um entrevista semi-estruturada, a qual será gravada para a análise de conteúdo."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer como se expressa a competência articuladora constitutiva do trabalho do assistente social em cuidados paliativos.

Objetivos Secundários:

Identificar as ações e atividades desenvolvidas no trabalho do assistente Social em cuidados paliativos.

Reconhecer os demandatários e as demandas apresentadas para o trabalho do Assistente Social em cuidados paliativos.

Identificar as ações desenvolvidas com a rede de saúde, com a rede socioassistencial e ações intersetoriais.

Especificar as competências do Assistente Social em cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

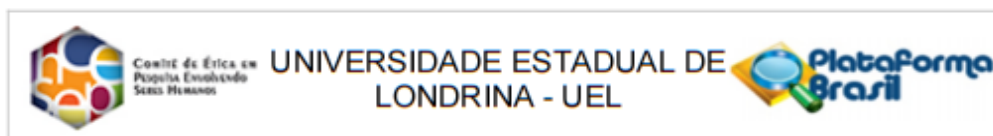
Riscos

Quanto aos riscos aos quais os voluntários serão expostos, estes são mínimos, uma vez que o sujeito da pesquisa responderá a um questionário e ele poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus ou retaliação pela sua desistência. Assim, como se trata de um questionário, a decisão de continuar ou não participando da pesquisa, caberá somente ao sujeito. Caso o participante necessite o pesquisador irá ampará-lo prontamente.

Benefícios:

Conhecer como se expressa a competência articuladora constitutiva do trabalho do assistente social em cuidados paliativos.

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.416.471

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na compreensão do assunto proposto. O projeto apresenta relevância social e científica devidamente justificados, os materiais e métodos empregados são pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

QUANTO À FOLHA DE ROSTO:

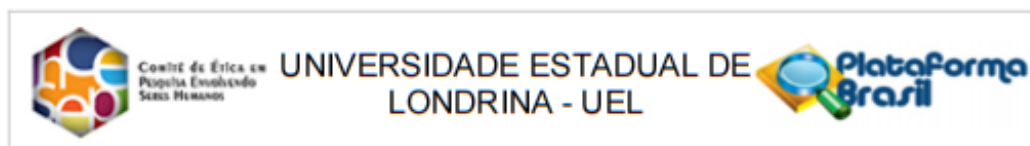
- A folha de rosto contém a assinatura da pesquisadora responsável;
- Contém a assinatura da responsável pela instituição onde se realizará a pesquisa - Sandra L. Fortuna, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina.

QUANTO AO TCLE:

- O TCLE está construído de acordo com as resoluções vigentes (466/2012).
- A redação está em forma de convite com linguagem clara e acessível apropriada aos participantes;
- Apresenta o título, nome do responsável pela pesquisa, local de realização da pesquisa objetivos, detalhamento dos procedimentos e métodos a serem utilizados, benefícios da pesquisa, riscos e desconfortos decorrentes da participação na pesquisa juntamente com providências de acolhimento e formas de minimizar, reduzir ou evitar os riscos;
- Está garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete em qualquer ônus ou prejuízo ao participante;
- Está garantida a manutenção do sigilo e da confidencialidade dos voluntários preservando a sua identidade durante toda a pesquisa;
- Foi garantido ao voluntário o direito ao ressarcimento das possíveis despesas decorrentes da pesquisa;
- Consta no TCLE informações referentes ao e-mail, telefone pessoal e endereço do responsável pela pesquisa, bem como informações do e-mail, telefone e endereço do CEP-UEL;
- Garantia que TCLE será em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra que ficará com pesquisador.

QUANTO À DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE: - As declarações de autorização foram apresentadas;

Endereço: LABESC - Sala 14	
Bairro: Campus Universitário	CEP: 86.057-970
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.416.471

- Apresenta o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal;
- Informa o que será realizado na instituição coparticipante;
- Informa o período em que os dados serão coletados;
- Apresenta a assinatura dos responsáveis pelas instituições - Hospital do Coração (Unidade Bela Suiça, Londrina - Julia Andrea Cardoso Pupin Campos), Hospital Evangélico de Londrina (Carmem Augusta Turri); Prefeitura Municipal de Londrina - Serviço de Atenção Domiciliar (Nazilda Ventura Salviano), Unimed Londrina (Luciere Ramon); Hospital Infantil (Melissa F. B. Faria); Hospital da Zona Sul de Londrina (Ana Cláudia M. Rico) e Hospital Dr. Eulalino Inácio de Andrade (Rosa Y. S. Nogueira).
- Indica que a coleta de dados somente ocorrerá após a aprovação do projeto pelo CEP-UEL.

QUANTO AO CRONOGRAMA:

- Está adequadamente descrito, indicando cada fase do estudo;
- A coleta de dados está prevista para o período de 01/12/2020 a 31/01/2021; - Indica que a coleta de dados terá início apenas após aprovação do CEP.

QUANTO AO ORÇAMENTO:

- A pesquisa apresenta o orçamento detalhado com financiamento próprio no valor de R\$ 380,00; - Há coerência entre o método e o orçamento apresentados.

QUANTO AO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- Foi adequadamente apresentado.

Recomendações:

Incluir o texto referente ao Risco, o qual a pesquisadora apresentou em "Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador:" dentro o Formulário da Plataforma Brasil, no campo "Riscos".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

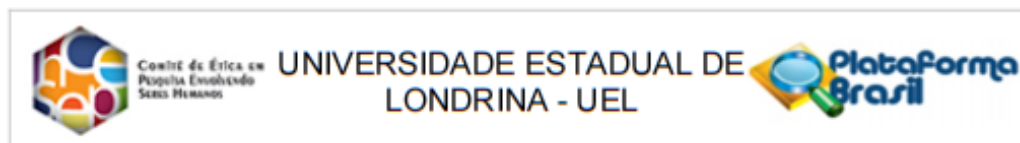
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA **CEP:** 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.416.471

e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1647730.pdf	12/11/2020 11:11:59		Aceito
Outros	outros.pdf	12/11/2020 11:10:00	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/11/2020 22:08:07	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclehzsro.pdf	11/11/2020 21:56:48	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de	tclezs.pdf	20/10/2020	ALEXSANDRA	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

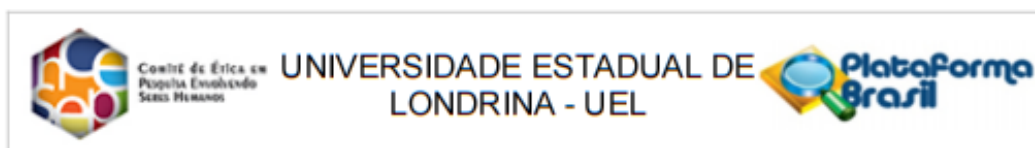
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.416.471

Assentimento / Justificativa de Ausência	tclezs.pdf	16:09:08	APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleuni.pdf	20/10/2020 16:08:28	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclesad.pdf	20/10/2020 16:08:05	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleinf.pdf	20/10/2020 16:07:19	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclehel.pdf	20/10/2020 16:06:38	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecor.pdf	19/10/2020 23:56:57	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/10/2020 22:57:07	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.doc	14/10/2020 00:54:29	ALEXSANDRA APARECIDA DE JESUS MOREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 23 de Novembro de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br