



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
COORDENAÇÃO DE ENSINO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

HIGOR CLAUDINO OLIVEIRA

QUE FAZ O ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS?

RIO DE JANEIRO
2023

HIGOR CLAUDINO OLIVEIRA

QUE FAZ O ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS?

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer como requisito parcial para a conclusão da Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Ma. Renata Figueiredo da Rocha Roque.

Co-orientadora: Ma. Mabel Viana Krieger.

RIO DE JANEIRO
2023

HIGOR CLAUDINO OLIVEIRA

QUE FAZ O ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS?

Aprovado em 28 de fevereiro de 2023.

Banca examinadora:

Ma. Renata Figueiredo da Rocha Roque (orientadora)
Instituto Nacional de Câncer

Ma. Mabel Viana Krieger (co-orientadora)
Instituto Nacional de Câncer

Ma. Mariana de Abreu Machado
Instituto Nacional de Câncer

Dra. Andreia Pereira de Assis Ouverney
Instituto Nacional de Câncer

RESUMO

OLIVEIRA, Higor Claudino. **Que faz o assistente social no âmbito dos cuidados paliativos?** 2023. 12f. Artigo científico. (Especialização em oncologia) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2023.

O tema deste trabalho são as atribuições do assistente social no âmbito dos cuidados paliativos, indicados àqueles que estão à margem da cura. A efetivação da principal proposta dos cuidados paliativos, a produção da qualidade de vida, depende da intervenção interprofissional de uma equipe multidisciplinar, da qual faz parte o assistente social. Experimentando a rotina de um hospital oncológico de referência na cidade do Rio de Janeiro, sobretudo os questionamentos à presença do assistente social nesse espaço, e, diante do presente exposto, delimitamos o objetivo de apresentar quais são as atribuições do assistente social no interior dos cuidados paliativos e, mais especificamente, identificar as publicações mais recentes e digitalmente acessíveis a propósito. Para tal, consultamos as bases SciELO, LILACS e BVS Brasil, levantando o material bibliográfico, e levamos adiante uma revisão narrativa de literatura. Por fim, tecemos alguns comentários e apontamentos.

Palavras-chave: Serviço Social; cuidados paliativos; trabalho multiprofissional; interdisciplinaridade.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Higor Claudino. **What does the social worker do in palliative care?** 2023. 12f. Cientific paper. (Oncology specialization) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2023.

The subject of this paper is the attributions of the social worker in palliative care, indicated to those who are aside of healing. The realization of palliative care's main intent depends on the interprofessional intervention of a multidisciplinary, wich icludes the social worker. Experiencing the routine of a reference oncological hospital in the city of Rio de Janeiro, especially the questions that regards the presence of the social worker at this space, we delimited that the objective of these lines is presenting what are the attributions of the social worker in palliative care and, more specifically, identify most recent and digitally acessible publications about it. In order to do it, we consulted the SciELO, LILACS and BVS Brasil databases, surveying the bibliographic material, and carried out a narrative literature review. Finally, we make some comments and notes.

Keywords: Social Work; palliative care; multiprofessional work; interdisciplinarity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO [p. 7]
CONSIDERAÇÕES INICIAIS [p. 8]
METODOLOGIA DE PESQUISA [p. 11]
RESULTADOS [p. 12]
DISCUSSÃO [p. 14]
CONSIDERAÇÕES FINAIS [p. 17]
REFERÊNCIAS [p. 19]

1. INTRODUÇÃO

Há certo consenso de que a década de 1980 foi para o Brasil um momento de grandes transformações societárias (cf. Bravo e Matos, 2018). Nesse período, as lutas envolvendo a Saúde brasileira contaram com a força e a dedicação de segmentos sociais até então novos, que se empenharam na discussão sobre as condições de vida da população e na defesa intransigente de um novo modelo de assistência sanitária. Destacamos, dentre outras boas novas, a universalidade do direito à Saúde, uma proposta defendida pelos segmentos progressistas que, do ponto de vista do acesso e da cobertura, significou um verdadeiro giro: todos têm direito à Saúde no Brasil, sem distinções; mesmo até os estrangeiros, sejam eles refugiados, imigrantes ou turistas.

Apesar desse giro e das demais mudanças legais, estruturais e conceituais, alguns obstáculos colocaram-se ao longo dos anos e, até o presente momento, seguem dificultando o acesso dos cidadãos aos serviços de Saúde. Além disso, pode-se mencionar a inversão do SUS: a atenção básica, responsável pela promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e a redução de danos, é aviltada a favor dos outros níveis de complexidade e do setor privado (cf. Silva e Bizerra, 2017). A convergência desses fatores enseja situações em que os usuários demandantes de atendimento em hospitais, já acometidos por doenças graves que poderiam ter sido precocemente identificadas e submetidas a terapêuticas curativas, cheguem às respectivas unidades em estado de franco avanço da doença, sem perspectivas curativas e, assim, indicados aos cuidados paliativos exclusivos.

Enquanto modelo assistencial, a objetivação dos cuidados paliativos hipoteca-se ao trabalho coletivo e integrado de uma equipe multidisciplinar que, conjuntamente, intenciona o controle dos sintomas que acometem o sujeito adoecido a fim de produzir a qualidade de vida, apesar da enfermidade. Reconhecidos e requisitados no campo da Saúde desde 1945 (cf. Bravo, 2018), os assistentes sociais compõem essas equipes multidisciplinares e exercem papel na assistência aos usuários e aos familiares que os acompanham.

As razões para o texto ora apresentado vêm das experiências que tivemos quando de nosso período de atuação na internação hospitalar de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos e exclusivos na cidade do Rio de Janeiro. Muito embora historicamente requisitados na Saúde e, como se verá, também nos cuidados paliativos, percebemos questionamentos sobre o como e o porquê de nossa presença nesse espaço institucional; não raro foi a interrogação por parte dos profissionais e dos próprios

pacientes, a princípio resistentes à abordagem nossa, a respeito do que faz o assistente social no âmbito dos cuidados paliativos, situação que suscitou uma constante inquietação.

E inquietos, pois, optamos por realizar este breve excursão, cujo título sugere o nosso propósito. Inicial e panoramicamente, apresentamos um resgate histórico acerca da emergência dos cuidados paliativos. Nesse primeiro movimento, assinalamos os principais elementos constitutivos da terapêutica paliativista, sobretudo os princípios que a enfiavam, e trazemos notas sobre como os cuidados paliativos foram e são reconhecidos no Brasil. Após isso, dando maior vazão àquela inquietação, trazemos à mesa os resultados de um levantamento bibliográfico e de uma revisão narrativa que atendem os objetivos geral e específico de, primeiramente, apresentar quais são as atribuições mais comumente colocadas à mão do assistente social no âmbito dos cuidados paliativos e identificar as publicações mais recentes e digitalmente acessíveis a respeito.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAS

Processo longo, complexo e, como todo acontecimento histórico, marcado por continuidades e rupturas, o florescimento dos cuidados paliativos é algo recente, que remonta a segunda metade da década de 1960 (cf. Pessini e Bertachini, 2006). Nem sempre a noção de paliativo, mesmo até a própria palavra – derivada de *pallium*, termo latino – estiveram associados a um modelo específico de assistência sanitária. Os cuidados paliativos despontaram em solo inglês e no bojo do movimento *hospice* moderno, que, segundo Matsumoto (2009), propôs uma pensamento humanitário cujo horizonte é o acolhimento, o cuidado e o trato dos sujeitos gravemente adoecidos e dos moribundos, à vista de lhes resgatar e resguardar a dignidade tanto na vida, mesmo que em seus últimos instantes, quanto na morte.

Antes disso, houve instituições chamadas *hospice*, mas de natureza e funcionamento pouco semelhantes àquilo que conhecemos hoje. Do fim da Antiguidade até o Medievo e a Modernidade, os *hospices* de até então acolhiam os enfermos miseráveis e os feridos ou exaustos de guerra, tais como os cruzados e demais combatentes (cf. Floriani, 2009). Grosso modo, eram casas de acolhimento que, em sentido de caridade e à luz da palavra cristã, abriam as portas aos necessitados de cuidado e descanso, fosse derradeiro ou não. Ou seja, a assistência dedicada a esses necessitados dependia da boa vontade de quem se dispunha a prestá-la, fossem os sujeitos prestadores profissionais ou não.

O deslançar do movimento *hospice* moderno e a aprimoração do pensamento que propunham os seus principais nomes, dentre os quais a figura de maior destaque é Cicely Saunders (1918-2005), fez com que os cuidados típicos dos *hospices* ultrapassassem a qualidade de benemerência. Em termos institucionais e técnico-profissionais, esses espaços foram gradualmente assumindo caráter hospitalar, e aos indivíduos envolvidos nos cuidados, ou que pretendiam fazê-lo em algum momento da vida, colocou-se a necessidade de qualificação superior e sintonia com o pensamento proposto, cujos princípios norteadores são sete – e que, retirando-os de Matsumoto (2009, p. 114-115), seguem abaixo.

1. O início precoce do acompanhamento em cuidados paliativos;
2. Reafirmação da vida e sua importância
3. Compreender a morte como processo natural, sem antecipar nem postergá-la;
4. Promover a avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto;
5. Perceber o indivíduo em sua completude, incluindo aspectos psicossociais e espirituais;
6. Oferecer o melhor suporte ao paciente, focando na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente o curso da doença e auxiliando-o a viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte;
7. Compreender os familiares e demais entes como parte importante do processo. Que a eles sejam oferecidos suporte e amparo durante os processos de adoecimento, morte e luto.

Assim, tem forma o *hospice* moderno, que Floriani (2009) define como uma instituição de média complexidade na qual as práticas profissionais, alinhadas ao pensamento que os paliativistas defendem, têm por objetivo o alívio do sofrimento, a produção da qualidade de vida e a garantia de dignidade.

O marco histórico e, ao mesmo tempo, simbólico do florescimento dos cuidados paliativos é a fundação do St. Christopher's Hospice, em 1967. Localizado ao sul de Londres e fundado sob a liderança de Saunders, esse *hospice* foi a instituição que primeiro ofertou *cuidados diferenciados* a pessoas em situação de adoecimento grave e fim de vida. A modo de dizer, o St. Christopher's foi, e é, o núcleo irradiante a instituições de semelhante natureza: centro de assistência, ensino e pesquisa em que se pratica e desenvolve os cuidados paliativos, trabalhando mediante novas acepções de doença, vida e morte.

Todavia, esses *cuidados diferenciados* não eram, à época, *paliativos*, e sim *cuidados hospice*. E decerto: o conceito de palição, admitido na medicina e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sofreu mudanças sensíveis ao longo dos anos. O paliativo associou-se aos cuidados a partir das elaborações de Balfour Mount (1939–), médico canadense que divulgou a proposta para além da Inglaterra, mas ainda no mundo anglófono. Conforme dito, paliativo tem raiz etimológica em *pallium*, cujo significado remete ao manto de lã de ovelhas sob o qual os pastores ingleses apascentavam o gado e protegiam-se do frio da tundra. Amplamente aceita pelo movimento *hospice*, essa nova denominação veio para melhor denominar o pensamento *hospice* na prática: uma clínica específica cujos princípios éticos, abordagens de homem e de cuidado convergem no objetivo comum de assegurar o conforto, a dignidade e a qualidade de vida.

O primeiro conceito de cuidados paliativos que a OMS definiu data de 1990. Sumariamente, tal definição punha os cuidados paliativos enquanto o cuidado total àqueles acometidos por doenças que, em última instância, não respondem às terapêuticas curativas (cf. WHO, 1990). Entretanto, esse conceito foi revisado em 2002 e, doravante, em concomitância com as pesquisas desenvolvidas no interior dos próprios cuidados paliativos, passou a incluir o diagnóstico precoce e a prevenção do sofrimento, não só a sua mitigação (cf. WHO, 2002). Isso exige a identificação, a avaliação sintomatológica e o tratamento da dor em suas diferentes expressões.

No Brasil, as conceituações e as recomendações da OMS encontram comprazo nas diretrizes que a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) ventila, bem como na Resolução nº 41 do Ministério da Saúde, texto de outubro de 2018 que, considerando marcos legais anteriores e as ponderações da 67ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde, dispõe que os cuidados paliativos envolvem a “assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento”. A ANCP reconhece a Resolução nº 41 e, periodicamente, divulga novas informações, produções nacionais e recomendações para aprimorar a qualidade do cuidado. Uma das recomendações mais recorrentes é a *equipe mínima*, que, pelas considerações colocadas (cf. ANCP, 2012), deve dispor de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. A equipe desejável, porém, há de possuir esses profissionais mais fisioterapeutas, dentistas, nutricionista e capelão, além de, se possível, terapeutas ocupacionais. Pelas recomendações e diretrizes à tela, esses

profissionais têm de realizar um atendimento multiprofissional e interdisciplinar, elemento que possibilita a apreensão do sujeito em sua completude.

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é um elemento referendado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). A Resolução nº 557 do CFESS, de 2009, dispõe que esse modo integrado de atuação contribui para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, “abrangendo os direitos humanos em sua integralidade”. E, especificamente, sobre a relação entre o Serviço Social e os cuidados paliativos, Hughes *et alii* (2014) pontuam que se trata de um verdadeiro imbricamento. Ademais de enfermeira, médica e capelã, Saunders foi uma assistente social, e uma das principais bases de suas contribuições é a *completude do sujeito*. Parte Saunders (1965) da premissa de que as avaliações do assistente social acerca da realidade biográfica do usuário dos serviços é condição *sine qua non* a um atendimento adequado. Ou seja, a efetivação da proposta dos cuidados paliativos deve ser simetrizada àquela realidade vivida pelo sujeito adoecido e, além dele, pelos familiares que o acompanham durante o adoecimento e o processo de morte. A equipe de paliativistas, destarte, tem de conhecer o paciente em suas condições de vida e histórico para que tome decisões adequadas ao caso; e a coleta e a socialização dessas informações é tarefa do assistente social, por excelência.

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

A fim de assinalar quais são as tarefas privativas que são mais comumente conferidas ao assistente social no âmbito dos cuidados paliativos e, mais especificamente, à vista de identificar o que foi divulgado acerca disso no último decênio, levamos à frente uma revisão narrativa de literatura. Assim, apresentamos as linhas gerais da discussão sem que esgotemos o assunto, e tecemos considerações a propósito.

O levantamento bibliográfico ocorreu nas bases SciELO, provedor eletrônico multidisciplinar de largo alcance, LILACS e BVS Brasil, provedores que disponibilizam as produções das ciências de saúde latinas e brasileiras, respectivamente. Nossa chave de busca foi *serviço social e cuidados paliativos*. Na base SciELO, encontramos quarenta e um artigos, enquanto que nas demais bases, nenhum. O material total foi submetido a uma seleção cujos critérios de inclusão foram a circunscrição da abordagem à realidade brasileira, o idioma dos textos – o português – e o formato artigo; e cujos critérios de exclusão foram textos publicados há mais de dez anos e a tematização de realidades estrangeiras. Ao fim, trinta e três artigos foram excluídos por conta do lapso temporal – o arco de tempo sob o qual estamos inicia-se em 1º de janeiro de 2013 e termina em 1º de

janeiro de 2023 – e dois, apenas, porque dizem respeito à atuação dos assistentes sociais no *locus* paliativista português.

Após essa seleção, tomamos à leitura seis artigos, nos atentando a quais são as atribuições comuns dentre os textos que têm duas ou mais menções. Na Tabela 1, trazemos, sumariados, os dados sobre os textos encontrados: a base de dados em que estão, o título, os autores e o ano de publicação. Por outro lado, na Tabela 2 estão dispostas as atribuições identificadas e a quantidade de menções. Ambas as Tabelas seguem no item posterior, *Resultados*.

4. RESULTADOS

De pronto, identificamos que todos os artigos são sistematizações de prática, tipo que, nas palavras de Almeida (1997, p. 3), caracteriza “[...] todo processo de organização teórico-metodológico e técnico-instrumental da ação profissional em Serviço Social”. A sistematização é um importante momento na prática do assistente social porque abre ao profissional, sujeito da ação, a possibilidade de interagir com o objeto, que há de ser analisado em seus diversos aspectos. Aliada ao registro, a sistematização da prática é um instrumento que ocasiona a mediação entre a teoria e a prática do Serviço Social e, voltando a Almeida (1997, p. 8), “constitui uma dimensão importante do trabalho profissional que favorece uma reflexão contínua de suas respostas sócio-institucionais em suas relações de determinação com a dinâmica do ser social”.

A seguir, temos as Tabelas 1 e 2.

Tabela 1

BASE DE DADOS	TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	TIPO E METODOLOGIA
SciELO	<i>Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde</i>	Hermes e Lamarca	2013	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo misto: revisão sistemática de literatura e sistematização da prática

SciELO	<i>Acolhimento e acesso aos direitos sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos</i>	Medeiros, Silva e Sardinha	2015	Textos & Contextos	Artigo misto: sistematização da prática e pesquisa qualitativa
SciELO	<i>Cuidados paliativos: reflexões acerca da atuação do assistente social em âmbito hospitalar</i>	Cabral, Darosci, Marques e Silveira	2017	UFSC	Artigo misto: sistematização da prática e revisão sistemática de literatura
SciELO	<i>A prática do assistente social em cuidados paliativos</i>	Tavares, Sousa e Santos	2017	JOINPP/UFMA	Artigo misto: sistematização da prática e revisão sistemática de literatura
SciELO	<i>Serviço social e oncologia: os cuidados paliativos em foco</i>	Frossard, Rodrigues, Oliveira e Fernandes	2018	E-Revista Facitec	Artigo misto: sistematização da prática e revisão narrativa de literatura
SciELO	<i>Protocolo de intervenção do serviço social em cuidados paliativos</i>	Mello, Lima e Serrano	2019	RCI: Revista Científica Integrada	Sistematização da prática

Tabela 2

ATRIBUIÇÃO	NÚMERO DE MENCÕES
Acolhimento	7
Escuta	7
<i>Assistência direta à rede de suporte</i>	6
<i>Preparação dos familiares para o momento do óbito</i>	4
<i>Acionamento da rede intersetorial</i>	4
<i>Suporte à família no pós-óbito</i>	4
<i>Prestar à equipe informações sobre a vida do paciente para fora do hospital</i>	3
<i>Contribuição à elaboração do plano de cuidados</i>	3

5. DISCUSSÃO

Acerca da atuação dos assistentes sociais – e não apenas no campo da Saúde –, Vasconcelos (2009) defende que os profissionais do Serviço Social têm de possuir clareza sobre as suas próprias atribuições para determinar a prioridade das ações, das estratégias e dos planejamentos. Posto isso, antes de mais nada ressaltamos que as atribuições acima elencadas não escapam aos documentos norteadores da atuação dos assistentes sociais no campo da Saúde, nem à natureza interventiva do Serviço Social.

Lemos nos *Parâmetros Para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde – Parâmetros*, doravante – que esses profissionais devem democratizar as informações mediante orientações, sejam individuais ou coletivas, elaborar o perfil econômico-social dos usuários, “evidenciando as condições determinantes e condicionantes da Saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção” (CFESS, 2009, p. 43-44), e contribuir ao fortalecimento dos laços familiares, para que os usuários e os indivíduos que o acompanham tornem-se protagonistas no cuidado. Ademais, à luz de Andrade (2008) observamos que todos os itens são consonantes com os princípios do *Código de Ética do/a Assistente Social*, dentre os quais destacamos o princípio terceiro, a “Ampliação e consolidação da cidadania [...], com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”, e quinto (CFESS, 1993, p. 23), “Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais”.

Tal como se vê, o acolhimento e a escuta, elementos indissociáveis, são o par comum a todos os textos encontrados e, a nosso ver, constituem o ponto de partida para todas as atribuições. Desde há muito, historicamente, os assistentes sociais realizam o acolhimento e a escuta, cuja boa aplicabilidade técnica depende da experiência e da precisão técnica: é fundamental que se perceba se o momento de uma abordagem é ou não oportuno à realização da ação de início planejada. Portanto, o assistente social, sobretudo no âmbito dos cuidados paliativos, deve apurar a maneira e o olhar ao momento certo para a coleta de informações ou à prestação de uma ou outra orientação, mesmo porque há vezes em que o que há para se fazer é tão somente, mediante o acolhimento, escutar o que os familiares e os próprios usuários têm a dizer sobre as dificuldades colocadas pelo processo de adoecimento e morte.

O texto de Chupel e Miotto (2015) traz um sumário das produções sobre o acolhimento, todas da lavra de profissionais de Saúde. As autoras registram que os assistentes sociais não dispõem de larga produção bibliográfica acerca disso. Contudo, há

linhas que apontam para tendências gerais, dentre as quais nos parece mais profícua e adequada à proposta subjacente aos *Parâmetros*, às recomendações da OMS e da ANCP e ao nosso Código de Ética a ideia de que o acolhimento, associado à escuta, é um processo interventivo que não se limita ao ato de receber alguém, e sim a uma “sequência de ato de um processo de trabalho. Envolve a escuta social [...], com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo” (Santos *apud* Chupel e Miotto, *ibid.*, p. 47). Que percebamos: a ótica dessa ideia põe em linha de conta o caráter processual do acolhimento, que desborda o ato de recepcionar porque a cada abordagem dá-se um acolhimento. Além do mais, entende-se a díade acolhimento e escuta enquanto meio através do qual podemos identificar os problemas não só em sentidos individual e coletivo, o que podemos levar adiante *tão somente* escutando e, por ora, acantonando a ação previamente intencionada.

A contribuição à elaboração de um plano de cuidados é a atribuição menos referenciada, situação que, à leitura que fazemos, é de se chamar a atenção. Basicamente, o plano de cuidados é um planejamento interdisciplinar que envolve as condutas profissionais que, ao fim e ao cabo, orientam os usuários – ou, em termo específico de Saúde, *pacientes* – e seus familiares a respeito dos cuidados, e isso com o objetivo de minorar o sofrimento através do controle da dor e demais sintomas (cf. Inca, 2022). Ou seja, trata-se de importante instrumento, em torno do qual orbitam todas as demais atribuições: a assistência à rede, a preparação dos familiares para o momento do óbito e o suporte pós-óbito, porque, conforme registramos, os cuidados paliativos estendem a assistência à família, necessariamente; e o acionamento da rede intersetorial e a orientação sobre direitos sociais, uma vez que os assistentes sociais, entre outras ações, devem desenvolver condutas que viabilizem o acesso dos usuários e familiares aos direitos sociais. A prestação de informações à equipe do ponto de vista biográfico – que, como as demais, depende do acolhimento e da escuta, mediante os quais as informações sujeitas ao plano de cuidados são coletadas – converge na elaboração do plano de cuidados por parte da equipe multiprofissional.

Nesse processo, os assistentes sociais trabalham com informações que têm três eixos – e quais sejam: a *composição familiar*, a *situação econômico-social* e a *rede de cuidados*. Usualmente, o levantamento dessas informações ocorre através da entrevista social, instrumento cuja aplicação pode ou não se dar no primeiro acolhimento, a depender do momento e da oportunidade.

Saber da composição da rede familiar, ou social – amigos, colegas de religião, ex-cônjuges e vizinhos, em geral –, faz-se importante para que tenhamos a noção de quem convive junto ao usuário e se esse grupo de pessoas faz parte da rede de apoio, ou se têm potencial para isso. De mais a mais, é importante saber qual o grau de compreensão desses indivíduos sobre o processo de adoecimento (cf. Inca, *ibid.*, p. 131); ou seja, se compreendem o avanço da doença e se todos estão cientes ou não do diagnóstico e do prognóstico. Assim, temos como identificar os limites e as possibilidades de cuidado, evitando exigências e planejamentos que não têm factibilidade, e prognosticar situações passíveis de contorno. As informações que dizem respeito à situação econômico-social e profissional são a profissão, as condições trabalhistas, a existência ou não de vínculo previdenciário, a renda familiar e a indicação ou não aos programas de assistência social. Conhecendo isso, o assistente social dá os encaminhamentos necessários ao acesso às demais políticas sociais e, conseqüentemente, viabiliza o sustento do usuário e do núcleo familiar. Enfim, a rede de cuidados, elemento que parte, a princípio, da identificação do cuidador principal do usuário; quer dizer, do indivíduo, familiar ou não, que concentra em suas mãos boa parte dos cuidados dedicados ao usuário. Se o cuidador, como o usuário, apresenta problemas de saúde e se há outros membros da família que os tenham são, também, fatores importantes e que devem ser identificados. O olhar para esses dados deve ser ampliado, uma vez que a rede de cuidados não se limita ao núcleo familiar, conforme sugerido, e pode agregar relações de outra ordem, tais como cuidadores formais, contratados, e sujeitos não aparentados.

O *diagnóstico*, o *prognóstico* e os *sintomas* que acometem o usuário são informações tão importantes quanto todas essas e, do ponto de vista do cuidado e do planejamento, devem ser de conhecimento geral de *toda* a equipe. Sobre nós, assistentes sociais, saber qual é a expectativa de vida estimada para cada usuário assegura que não forneçamos orientações sobre políticas sociais que, em razão do pouco tempo de vida, o paciente não terá acesso, por exemplo. As orientações desavisadas, ainda que bem intencionadas, podem levar os familiares e os usuários a momentos de angústia e profunda frustração.

Por fim, em sentido inverso àquele de identificar as atribuições com duas ou mais menções dentre os textos em questão, sublinharíamos as ações socioeducativas que os assistentes sociais assumem no interior dos cuidados paliativos. Voltando aos *Parâmetros*, essas ações encontram respaldo e vê-se mesma conformidade com as diretivas e recomendações da ANCP, as propostas comuns aos cuidados paliativos e a

Resolução nº 41, que indica a promoção e a disseminação de informações sobre os cuidados paliativos como um dos objetivos. O fazer profissional socioeducativo possui características *sui generis* e, dentre elas, destacamos o vínculo com a cultura, que compreendemos como modo de vida, sentir, agir e pensar. Por intermédio de uma ação socioeducativa pode-se influenciar essas formas de viver, agir e pensar dos sujeitos; pode-se, por exemplo, individual ou grupalmente, disseminar conhecimentos sobre os cuidados paliativos, o como e o porquê, além de, sob outras perspectivas, sensibilizar os interlocutores no que se refere à prevenção e à proteção da saúde, promovendo-a.

Nessa direção, um dos desafios é o domínio sobre as temáticas que vêm à baila no interior dos cuidados paliativos, tais como a morte, o processo de morrer e a finitude humana, que são absorvidas e colocadas sobretudo pela tanatologia e Filosofia e escapam à grade e às diretrizes curriculares do Serviço Social. Todavia, conforme Roman e Friedlander (1998) pontuam, os demais profissionais de Saúde enfrentam problema semelhante: a morte, o morrer e a finitude humana estão alheias às diretrizes curriculares dos cursos superiores das ciências da Saúde, que instruem apenas a cura e não tendem a compreender que a morte não é obrigatoriamente um fracasso. O bom desempenho desse papel socioeducativo, no que diz respeito ao Serviço Social, e o entendimento real do próprio fulcro dos cuidados paliativos, algo que se estende a todos, dependem de um mergulho na Filosofia e do aprofundamento teórico nas áreas da tanatologia e bioética, que podem ou não ocorrer durante um curso de especialização, residência ou aperfeiçoamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos gerais, buscamos nestas linhas apresentar quais são as atribuições mais comumente colocadas à mão do assistente social no âmbito dos cuidados paliativos e, especificamente, identificar as publicações mais recentes e digitalmente acessíveis a respeito. Cumprimos com isso mediante levantamento bibliográfico e revisão narrativa de literatura. Em comum, os textos têm a qualidade de sistematização da prática; e respeitada a proporcionalidade, certas atribuições são mencionadas, algumas em todos os textos, outras não.

A partir de um panorama histórico geral, apresentamos a proposta e os princípios dos cuidados paliativos, cuja tônica não é o foco à doença, e sim ao indivíduo adoecido e à família, e cuja prática cobre as dimensões totais desses sujeitos: o físico, o emocional, o social e o espiritual. A assistência paliativa, desse modo, deve ser necessariamente

multiprofissional e interdisciplinar. O fazer profissional do assistente social nesse meio é um dado reconhecido e, ao exame que fazemos, tem por principais razões a adequação dos cuidados à realidade vivida pelo usuário, garantindo a factibilidade e a continuidade da terapêutica, e a viabilização do acesso às políticas sociais, que materializam os direitos sociais e civis.

Através da leitura dos artigos encontrados, percebemos que o acolhimento e a escuta são as atribuições que têm maiores menções. Isso, decerto, não ocorre desavisadamente: a escuta e o acolhimento são o ponto de partida para todas as demais ações, cujas efetivações hipotecam-se a dados previamente coletados. Por outro lado, a contribuição à elaboração do plano de cuidados e as atividades socioeducativas são pouco mencionadas, situações para as quais chamamos a atenção. A própria quantidade reduzida de produções acerca do que fazem os assistentes sociais no interior dos cuidados paliativos, apenas seis artigos recentemente publicados e acessíveis ao grande público, é um elemento que assinala a necessidade de fomento à discussão a propósito.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de cuidados paliativos ampliado e atualizado. São Paulo: ANCP, 2012.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Panorama dos cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: ANCP, 2018.

ANDRADE, Letícia. Serviço social. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP) (org.). Cuidado paliativo. São Paulo, CREMESP, p. 69-73, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2018.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. In: In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera et alii (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2018, p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera *et alii* (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2018, p. 1-22.

CABRAL, Sheylla B.; DAROSCI, Manuela; MARQUES, Aline A.; SILVEIRA, Scheila Rodrigues. Cuidados paliativos: reflexões acerca da atuação do assistente social em âmbito hospitalar. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina. 2017.

CHUPEL, Claudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. Serviço Social e Saúde, Campinas, v. 9, n. 2, p. 37-59, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de ética profissional do/a assistente social. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2009.

D’ALESSANDRO, Maria Perez Soares; PIRES, Carina Tischler; FORTE, Daniel Neves *et alii* (orgs.) Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês/Ministério da Saúde. 2020.

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento *hospice*: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. 2009, 192fl. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

FROSSARD, Andrea; RODRIGUES, Luciana; OLIVEIRA, Bruno; FERNANDES, Cristiana. Serviço social e oncologia: os cuidados paliativos em foco. E-Revista Facitec, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 1-9, ago. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/e-revistafacitec/article/view/5508>>. Último acesso: oito de março de dois mil e vinte e três.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 26-31, 2012.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem das categorias profissionais de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, set. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). A avaliação do paciente em cuidados paliativos, vol. 1. Cuidados paliativos na prática. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP) (org.). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, p. 14-19.

MEDEIROS, Thaize; SILVA, Olinda Rodrigues da; SARDINHA, Ana Lídia Brito. Acolhimento e acesso aos direitos sociais: assistência em cuidados paliativos oncológicos. Textos & Contextos, v. 14, n. 2, p. 403-415, Porto Alegre, 2015.

MELLO, Isabella Luccas; LIMA, Hilda Manoela de; SERRANO, Luzia Cristina de Almeida. Protocolo de intervenção do serviço social em cuidados paliativos. RCI – Revista Científica Integrada, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 1-18, Porto Alegre, 2015.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2011, p. 19-55.

- ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul./dez. 1998.
- SAUNDERS, Cicely. *Pain and impending death*. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. *Textbook of pain*. New York: Churchill Livingstone, p. 621-624, 1989.
- SAUNDERS, Cicely. *The last stages of life*. In: *The American Journal of Nursing*, v. 65, n. 3, 70-75, 1965.
- SILVA, Edna Maurício da; BIZERRA, Fernando de Araújo. Complementaridade invertida do SUS: o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina. 2017.
- TAVARES, Andrea Maria Oliveira; SOUSA, Debora Medeiros; SANTOS, Camila Teixeira. A prática do assistente social em cuidados paliativos. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmers: policies and managerial guidelines*. Geneva: WHO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmers: policies and managerial guidelines*. Geneva: WHO, 1990.