

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer

Adriana Rodrigues Coelho Dadalto

**ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS
PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Cachoeiro de Itapemirim - ES

2019

Adriana Rodrigues Coelho Dadalto

**ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS
PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multidisciplinar do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, como requisito parcial para obtenção do título de Assistente Social Especialista em Atenção ao Câncer.

Orientador:

Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro

Cachoeiro de Itapemirim - ES

2019

Adriana Rodrigues Coelho Dadalto

**ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI, como requisito parcial para obtenção do título de Assistente Social Especialista em Atenção ao Câncer

Comissão Examinadora

Membro convidado: Maitê Peccini Moreira – Especialista em Atenção ao Câncer pelas instituições Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI e Centro Universitário São Camilo-ES, Preceptora HECI.

Flavia Ribeiro dos Santos Alemães Especialização em Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos pela Universidade Norte do Paraná, Especialização em Preceptoría SUS / PSUS pelo Instituto Sírio-Libanês, Coordenadora do Serviço Social do HECI
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI – **Preceptora Co-Orientadora**

Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro – Mestre em Administração de Empresa pela FUCAPE-ES. Esp. em Enfermagem em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário São Camilo –ES. Coordenador dos Programas de Residência Multiprofissional do CUSC/HECI
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECI
Preceptor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Cachoeiro de Itapemirim – ES, seis de fevereiro de dois mil e dezenove

RESUMO

Os cuidados paliativos estão relacionados a um conjunto de ações promovidas por uma equipe multidisciplinar, com objetivo de promover qualidade de vida aos pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura, objetivando proporcionar um cuidado humanizado. Inicialmente voltado apenas aos pacientes oncológicos, se estendendo às outras patologias a partir de renovação do conceito de cuidados paliativos pela Organização Mundial de Saúde em 2002. A condição paliativa ocasiona diversos impactos e alterações na vida do paciente e também de sua família, exigindo a atuação de uma equipe multiprofissional. O presente estudo objetivou provocar uma reflexão crítica sobre o processo de finitude humana, e como o profissional de Serviço Social pode contribuir no cuidado paliativo. A metodologia deste trabalho consiste na revisão bibliográfica de literaturas sobre esta temática. Pretende-se com este estudo fomentar a discussão sobre os cuidados paliativos e sobre a atuação do Serviço Social, de forma a subsidiar futuros estudos sobre esta temática, bem como auxiliar os profissionais inseridos nesta área por meio do assunto aqui abordado.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo; Serviço Social; Câncer; Morte .

ABSTRACT

Palliative care they are related to a set of actions promoted by a multidisciplinary team, aiming to promote quality of life for patients outside the therapeutic possibility of healing. Aiming to provide a humanized care. Initially come back only on cancer patients, extending to other pathologies from the renewal of the palliative care concept by the World Health Organization in 2002. The palliative condition causes several impacts and changes in the life of the patient and his family, requiring the performance of a multi-professional team. The present study aimed to provoke a critical reflection on the process of human finitude, and how the Social Work professional can contribute to palliative care. The methodology of this work consists of the bibliographical review of literature on this subject. The aim of this study is to promote the discussion about palliative care and about the work of Social Work, in order to subsidize future studies on this subject, as well as to assist the professionals inserted in this area through the subject matter discussed here.

Keywords: Palliative care; Social Service; Cancer; Death.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Matsumoto (2012), os cuidados paliativos não são baseados em protocolos e sim em princípios, que devem ser aplicados desde o diagnóstico, procurando atender as necessidades de ordem física; emocional; social e espiritual. A prática paliativista teve origem na década de 1960 no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. Em 1970 este movimento se estendeu para a América, através da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, expandindo-se aos poucos para outros países. Inicialmente os cuidados paliativos eram destinados exclusivamente a pacientes oncológicos, já em 2002, a partir da revisão e ampliação do conceito definido pela OMS, a prática foi estendida a outras doenças como as cardíacas; renais; degenerativas; neurológicas e a aids (GOMES, OTHERO 2016).

Em relação aos cuidados paliativos direcionados aos pacientes oncológicos, faz-se pertinente destacar o crescente número de novos casos de câncer diagnosticados a cada ano. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2018), há uma estimativa de 600 mil novos casos de câncer para 2018 e 2019 no Brasil, o que motiva abordar cada vez mais sobre essa temática tão presente em nosso cotidiano e que ainda desperta muitos receios, preconceitos e ideias estigmatizantes em grande parte da população.

¹ Residente em Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECl, adriana.r.cdadalto@gmail.com.

² Mestre em Administração de Empresa pela FUCAPE-ES. Esp. Esp. em Enfermagem em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário São Camilo –ES. MBA em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde pela Funda. Oswaldo Cruz. Esp. Em Perceptoria do SUS pelo Sírrio-Libânes. Coordenador dos Programas de Residência Multiprofissional do CUSC/HECl. Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo – ES, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECl, Gustavo.zigoni@gmail.com.

Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim- HECl, Espírito Santo
Cachoeiro de Itapemirim – ES, fevereiro de 2019.

Conforme estudos divulgados por Silva e Hortale (2006), o câncer é considerado um problema de saúde pública, e a maioria dos pacientes já são diagnosticados em estágios avançados, dificultando a possibilidade terapêutica de cura e aumentando a necessidade do cuidado paliativo. Paiva (2009) afirma que atualmente houve diversos avanços tecnológicos na medicina que possibilitam um aumento significativo na sobrevida do paciente. No entanto, quando a patologia em questão se trata de um câncer, permanece em nossa sociedade ideias associadas à dor; perdas; sofrimento; procedimentos invasivos e morte. Tais impactos se tornam ainda mais presentes em países subdesenvolvidos, devido à inexistência de um sistema formal de saúde capaz de atender as reais necessidades dos pacientes, agravando os problemas de ordens físicas; econômicas; sociais e emocionais (SILVA, HORTALE 2006).

Em meio a complexidade envolvida nos cuidados paliativos, torna-se necessário a atuação de uma equipe multidisciplinar voltada para o atendimento ao paciente e seus familiares. O paciente fora da possibilidade terapêutica de cura necessitará de atenção especial e integral, fazendo-se necessário, portanto, a complementação de saberes e partilha de responsabilidades entre todos profissionais envolvidos na assistência a estes pacientes (HERMES, LAMARCA 2013).

De acordo com Tavares, Souza e Santos (2017) o profissional de Serviço Social é também qualificado como profissional de saúde, é capacitado para atuar junto a equipe multidisciplinar. O assistente social nos cuidados paliativos fará uso de sua capacidade de decifrar a realidade, atuará como profissional garantidor de direitos, tendo sua ação pautada na intervenção social de forma articulada com os demais profissionais. Voltando seu olhar e ação para o paciente, familiares e equipe,

de modo a identificar as demandas apresentadas e realizar as devidas intervenções (LEMOS 2009).

Os profissionais de saúde (médicos; enfermeiros; assistentes sociais; psicólogos; fisioterapeutas; nutricionista e farmacêuticos) lidam frequentemente com pacientes paliativos, principalmente devido aos avanços da medicina que possibilitam um aumento significativo na sobrevida do paciente. Todavia, concorda-se com Figueiredo (2006) que este assunto não é devidamente trabalhado no período de formação dos profissionais de saúde, que geralmente tem contato com essa realidade apenas na prática profissional, dificultando a execução da equipe que não teve preparo prévio, para lidar com toda complexidade envolvida nestes cuidados.

Portanto, é válido afirmar a necessidade de ampliar a discussão e formação sobre cuidados paliativos, bem como a importância da inclusão desta temática nas bases curriculares dos cursos de graduação, acrescentando disciplinas que abordem sobre o ato de cuidar de um paciente fora da possibilidade terapêutica, e todas as situações que podem surgir no decorrer deste processo, inclusive a morte. É válido ressaltar também a importância de uma melhor divulgação de informações sobre este assunto, propiciando maior conscientização da população (HERMES, LAMARCA 2013).

Considerando as questões acima pontuadas, e também as lacunas sinaladas por Hermes e Lamarca (2013), relacionadas a carência de publicações referentes a atuação do Serviço Social em cuidados paliativos – embora na prática os assistentes sociais estejam fortemente presentes no atendimento paliativo, avaliou-se pertinente abordar este assunto. Objetivando provocar uma reflexão crítica sobre o processo

de finitude humana e como o profissional de Serviço Social pode contribuir neste processo.

Para melhor compreensão, faz-se necessário analisar as diversas reações que os pacientes e familiares podem apresentar mediante a um diagnóstico oncológico paliativo. Também torna-se pertinente identificar como o profissional de Serviço Social pode contribuir no processo de tratamento, atuando como viabilizador de direitos e colaborador para minimização do sofrimento e aumento da qualidade de vida do paciente e de seus familiares (SIMÃO *et al* 2010). Reforçando, portanto, a necessidade de se ampliar a discussão sobre os cuidados paliativos e sobre a atuação do Serviço Social, de forma a subsidiar futuros estudos sobre esta temática, bem como auxiliar os profissionais inseridos nesta área por meio do assunto aqui abordado.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica, sendo realizado um levantamento de publicações científicas, legislações e livros de referências sobre o Cuidado Paliativo e Serviço Social. Na base de dados da internet foram realizadas pesquisa no Scielo e no Portal da BVS Saúde, sendo utilizados os seguintes descritores: Cuidado Paliativo; Câncer; Serviço Social; Atuação do Serviço Social na Saúde e nos Cuidados Paliativos; Percepção da morte pelo paciente oncológico e seus familiares.

O levantamento nas bases de dados foi realizado entre março a novembro de 2018. Foram utilizadas publicações a partir do ano 2000 e legislações em períodos anteriores. Optou-se por estabelecer um período cronológico um pouco mais

extenso, devido os cuidados paliativos serem relativamente recente na política de saúde, além das poucas publicações de autores que retratam sobre o Serviço Social na Saúde e principalmente nos cuidados paliativos.

O trabalho está dividido em três capítulos, buscando abordar de forma organizada e sistematizada assuntos relevantes sobre o conteúdo apresentado, contribuindo para melhor compreensão deste trabalho. O primeiro capítulo discorre sobre o conceito e origem dos cuidados paliativos e práticas paliativistas em tratamento oncológico. Falaremos sobre as distintas formas de reação mediante um diagnóstico de câncer, destacando a importância de discutirmos sobre a vida, a morte e o morrer. O segundo capítulo apontará sobre a inserção do profissional de Serviço Social na política de saúde. Apresentaremos um breve histórico relacionado à saúde pública antes do Sistema Único de Saúde – SUS. O terceiro capítulo ressaltará sobre a atuação do Serviço Social em cuidados paliativos. Por fim, finalizaremos com as considerações finais obtidas por meio da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Origem dos cuidados paliativos e práticas paliativistas

Os cuidados paliativos, como mencionado anteriormente, de acordo com o conceito definido pela Organização Mundial de Saúde (1990) e atualizado em 2002, a partir da revisão e ampliação desse mesmo conceito, estão relacionados a um conjunto de ações promovidas por uma equipe multidisciplinar, com objetivo de promover qualidade de vida aos pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura. Tais cuidados não buscam prolongar a vida nem acelerar a morte, mas sim permitir

que a morte siga seu curso natural, possibilitando ao paciente viver esse processo de finitude humana com dignidade.

De acordo com Paiva, Júnior e Damásio (2014), a prática paliativista é relativamente recente na assistência à saúde. Teve origem no século XX, no ano de 1967, na Inglaterra, com a criação do primeiro hospice moderno (St. Christopher Hospice) criado pela enfermeira, médica e assistente social Cicely Saunders, considerada pioneira nos cuidados paliativos.

Segundo Matsumoto (2012), o termo hospice é originado no latim, e se constituíam como abrigos destinados a receber e cuidar dos peregrinos e viajantes, posteriormente com o surgimento dos hospices modernos, recebeu características hospitalares. Após o período de experiência do St. Christopher Hospice, outros profissionais de diferentes países, principalmente dos Estados Unidos e do Canadá, levaram as práticas paliativistas para seus estados. Na década de 70, os cuidados paliativos foram introduzidos na América, sendo fundado um hospice nos Estados Unidos, pela psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, por meio do contato com o trabalho de Cicely Saunders.

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram início na década de 1980, sendo o Rio Grande do Sul em 1983, o primeiro estado brasileiro a contar com o serviço de cuidados paliativos, estendendo-se em 1986 para São Paulo e em seguida para Santa Catarina e Paraná. Nesta perspectiva de cuidados, merece destaque o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes - INCA, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos cuidados paliativos (HERMES E LAMARCA 2013).

Os cuidados paliativos surgiram ao longo do tempo em resposta à práticas mecanizadas, que não se preocupavam com a qualidade de vida e com a dignidade

humana, e sim apresentavam como objetivo principal a cura da doença. Surgiram em meio a este contexto, questionamentos éticos direcionados aos cuidados fornecidos, visando uma prática que possibilitasse ao paciente uma morte digna e menos sofrida. Inicialmente os cuidados paliativos eram voltados restritamente aos pacientes oncológicos e terminais, estendendo-se a partir de 1988 às outras patologias (PAIVA, JÚNIOR, DAMÁSIO 2014).

Praticar cuidados paliativos requer treinamento; preparo; dedicação; solidariedade, e habilidades no relacionamento interpessoal de todos profissionais envolvidos nestes cuidados. Constantemente os profissionais se depararam com o sofrimento e angustia dos pacientes e de seus familiares, demandando intervenções que amenizem a dor e o sofrimento, sejam eles de ordem física; social; emocional ou espiritual (ARAÚJO 2009).

De acordo com Matsumoto (2012) em 1986 foram publicados princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos, sendo tais princípios reafirmados em 2002 na revisão da Organização Mundial de Saúde, sendo eles: Promover alívio de dor e de sintomas desagradáveis; Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; Não acelerar nem adiar a morte; Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; Deve ser iniciado o mais precocemente possível, com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a

radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Estudos realizados por Bossoni *et al* (2009) apontam que o paciente em cuidados paliativos deve ser considerado em sua totalidade, considerando suas necessidades em um momento da vida marcado por fragilidades; angustias; incertezas e dor. Requisitando, portanto, um olhar atento e humanizado por parte de cada profissional. Não raramente, em função da dificuldade de controle de sintomas e também devido às condições socioeconômicas, o paciente necessita ser hospitalizado, requisitando dos profissionais envolvidos zelo e atenção. Em alguns momentos, o paciente necessitará apenas ser ouvido, sentir que não está sozinho e que pode contar com seus familiares, amigos e equipe. Torna-se pertinente enfatizar a necessidade de fortalecimento de vínculos entre o profissional e o paciente, possibilitando uma intervenção eficiente e eficaz (CARDOSO *et al* 2013).

Na prática paliativista, a preocupação pela dignidade humana e pela autonomia do paciente prevalece em todos os momentos, desde o diagnóstico até os momentos finais da vida. Pratica-se a ortotanásia, método que não procura acelerar nem abreviar a morte do paciente, mas sim possibilitar que a morte siga seu curso natural da melhor forma possível, com dignidade e humanização. (FELIX *et al* 2013).

Biondo, Silva e Secco (2009) afirmam que a ortotanásia opõe-se a eutanásia e a distanásia. A eutanásia é uma conduta proibida pelo código de ética médica, na qual procura-se abreviar a vida do paciente fora da possibilidade de cura, não realizando procedimentos terapêuticos ou os interrompendo, mesmo quando há possibilidade de benefícios para o paciente. Já na distanásia, pratica-se o prolongamento exagerado do processo de morrer, submetendo o paciente a

procedimentos invasivos incapazes de reverter a condição atual da doença, prolongando o sofrimento.

Portanto de acordo com os princípios dos cuidados paliativos, opta-se pela não realização de procedimentos invasivos, e sim por medidas de conforto, que visem possibilitar ao paciente uma morte digna. Em meio a este contexto, torna-se pertinente ressaltar que em 2003 foi lançada no Brasil a Política de Humanização – PHN, também conhecida como Humaniza SUS, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS, se fazendo presente em todas as políticas e programas do SUS (Política Nacional de Humanização - PNH 2003).

Ainda de acordo com a PNH (2003), na atenção hospitalar é garantido o direito à visita aberta e a presença de um familiar e sua rede social. É fornecida aos pacientes em terminalidade, visita humanizada dos familiares e amigos no decorrer do dia em horários estabelecidos, possibilitando um contato próximo com as pessoas que lhe são importantes. Há também pacientes que manifestam desejos em passar os momentos finais de sua vida no ambiente familiar. Nestes casos quando possível, o Serviço Social em conjunto com a equipe multi, auxiliará e orientará à família para que a mesma possa receber seu ente enfermo em casa, e fornecer os cuidados necessários no aconchego familiar.

3.2 Dilemas envolvidos no diagnóstico oncológico, e a percepção da morte pelo paciente e familiares

Apesar dos inúmeros avanços na medicina, que possibilitam a cura ou um aumento significativo na sobrevida do paciente oncológico, o câncer ainda hoje é

fortemente associado como sinônimo de dor, sofrimento e risco de morte iminente (PAIVA 2009).

Todos os anos ocorre um aumento representativo de novos casos oncológicos. De acordo com dados divulgados pelo INCA em 2018, há uma estimativa de 600 mil casos novos de câncer por ano, previstos para 2018 e 2019 em nosso país. Sendo o câncer de pele, não melanoma, o mais frequente, seguido pelo câncer de mama nas mulheres e de próstata nos homens (INCA 2018).

O alarmante índice de novos casos oncológicos que surgem a cada ano, chama nossa atenção e nos desperta para uma reflexão crítica, sobre este assunto considerado tão pertinente em nossa atualidade, e que ainda provoca muitas dúvidas e inseguranças na vida das pessoas diagnosticadas com algum tipo de neoplasia maligna. Bossoni *et al* (2009) afirmam que cada indivíduo reagirá ao diagnóstico oncológico de formas diferentes, e que diversos fatores influenciam neste processo, inclusive o momento de vida no qual o paciente se encontra. Portanto, observa-se que a percepção de morte variará de acordo com cada fase do desenvolvimento humano. Apresentando reações distintas na fase infanto-juvenil, adulta e idosa.

De acordo com Hohendorff e Melo (2009) a forma de compreensão da morte presente na fase infantil está relacionada ao processo de formação cognitiva interligada a três percepções: irreversibilidade – relacionado a algo permanente; não funcionalidade – correspondente ao encerramento das funções vitais; universalidade – vinculado ao conhecimento que tudo que é vivo um dia morre. Sendo assim, a criança menor de cinco anos de idade vê a morte como algo reversível, passando a amadurecer este conceito de acordo com seu desenvolvimento.

Já na fase da adolescência por se tratar de um período de desenvolvimento e de transformações, o adolescente compreende a morte como “algo distante de sua realidade”, arriscando-se muitas vezes a situações nas quais colocam sua vida em risco. Nesta fase, há compreensão da morte como algo definitivo, e por este motivo o adolescente sofre, e apresenta dificuldade de aceitação quando percebe que a morte se aproxima. No caso de um diagnóstico oncológico, o adolescente não associa esta patologia diretamente a algo que levará à morte, e sim como uma doença que requer tratamento (MELO 2004).

Estudos realizados por Barbosa, Melchiori e Neme (2011) apontam que a fase adulta é permeada por diversos fatores que dificultam a vivência da finitude. Nesta fase o indivíduo encontra-se no ápice de sua vida, geralmente já constituiu família; possui filhos; trabalho; e uma vida estável, sendo a morte algo inesperado e indesejável. A preocupação em deixar seus familiares desamparados principalmente quando o paciente é o único ou principal provedor do lar, aumenta seu sofrimento e angústia. Demonstrando de tal forma que a consciência da terminalidade suscita no paciente muitos receios, necessitando de apoio, acolhimento e orientações.

Contudo, a fase idosa destaca-se com melhor aceitação pela sociedade e também pelo próprio paciente. Imagina-se que o mesmo já tenha vivenciado as fases de desenvolvimento humano e está próximo a completar seu ciclo vital. No entanto, as percepções nesta fase não seguem uma linha linear, estão condicionadas às experiências e vivências anteriores. O idoso que não alcançou uma vida satisfatória e neste momento final não recebe apoio e atenção de seus familiares, enfrentará maiores dificuldades para lidar com esse processo. Ressalta-se ainda que na fase idosa, o quadro paliativo acentua ainda mais a queda na qualidade de vida deste indivíduo, devido não possuir o mesmo vigor físico que nas

fases anteriores, intensificando a fragilidade neste momento de finitude (BORGES *et al* 2006).

Portanto, observa-se que em todas as fases da vida, o paciente oncológico paliativo, necessitará do apoio e cuidado de todas as pessoas que estão a sua volta, inclusive de uma equipe multiprofissional, empenhada a fornecer os cuidados e auxiliar neste momento difícil e perplexo. Estudos apontam que uma pessoa gravemente doente percebe quando a morte se aproxima, podendo alterar seu comportamento de forma positiva ou negativa. Algumas pessoas passam a aproveitar ao máximo o tempo de vida que ainda lhe restam, procuram organizar situações pendentes, planejando uma morte em paz e harmoniosa. Já em alguns casos, o paciente estaciona sua vida no momento do diagnóstico, deixam de apresentar o desejo em viver e passam a esperar a morte (BOSSONI *et al* 2009).

Concorda-se com Souza e Gomes (2012) que o diagnóstico oncológico paliativo, acomete não apenas os pacientes, mas também seus familiares. Desencadeando um turbilhão de sentimentos envolvendo choque; medo; dor; angústia; incerteza; sofrimento e aflição, provocando muitas vezes sentimento de impotência por não saber como ajudar a amenizar o sofrimento de alguém que tanto ama. O que leva a afirmar a necessidade da atuação da equipe multiprofissional junto às famílias, fornecendo acolhimento e orientação, de forma a auxiliá-los para uma melhor compreensão sobre a atual realidade e necessidade do paciente.

Por se tratar de uma situação complexa e delicada, podem ocorrer desequilíbrios nas relações familiares, exigindo novas reorganizações, objetivando reencontrar o equilíbrio perdido. Portanto, a família é extremamente importante no decorrer de todo processo oncológico paliativo, e também demanda apoio e orientações (VOLPATO E SANTOS 2007).

Estudos divulgados por Kübler-Ross (2008) apontam que o paciente a partir do momento que suspeita de um mau prognóstico, passa a vivenciar os estágios emocionais referentes à morte, também conhecidos como “estágios de luto”. Sendo eles: negação; raiva; barganha; depressão e aceitação. A negação geralmente ocorre na fase inicial, após o diagnóstico ou até mesmo na possibilidade de um diagnóstico desfavorável. Em algumas situações o paciente procura por outras opiniões médicas e tratamentos alternativos. O segundo estágio é caracterizado pela raiva, não sendo mais possível negar a existência da doença o paciente revolta-se contra Deus, contra as pessoas que estão à sua volta e também com a equipe. Nesta fase o tratamento torna-se mais difícil e os profissionais envolvidos devem intensificar o acolhimento e atenção a este paciente.

Já a terceira fase é marcada pela barganha, o paciente procura negociar mais tempo de vida com Deus e com as pessoas, por meio de um bom comportamento. Nesta fase o paciente torna-se mais acessível e menos revoltado. No quarto estágio ocorre a depressão, o paciente manifestava-se quieto, com desejos de isolamento. Há duas fases distintas de depressão: a reativa e a reparativa. A primeira está relacionada com sentimento de isolamento e revolta. Na segunda o paciente procura trabalhar as perdas e ganhos da vida, buscando atingir um estado de paz de espírito, contribuindo para a aceitação do inevitável. Contudo, no último estágio considerado o mais tranquilo ocorre a aceitação. O paciente consciente de sua finitude aceita sua condição atual sem tanto sofrimento, não deseja a morte mais encontra-se em paz de espírito (KÜBLE-ROSS 2008).

Vale ressaltar, conforme destacado nos estágios de Kübler-Ross, que a vivência destas fases não ocorre em uma ordem consecutiva e de forma linear. Nem todos pacientes passarão por todas as fases, alguns ficam estagnados na negação.

Entretanto, a equipe multidisciplinar deverá considerar a necessidade e especificidade de cada paciente em cada momento de sua vida e de seu tratamento, procurando contribuir positivamente neste processo de enfrentamento paliativo. Minimizando a dor e sofrimento do paciente e de seus familiares.

3.3 A Trajetória Histórica da Saúde Pública no Brasil antes do Sistema Único de Saúde e a Inserção do Serviço Social na Saúde.

Ao abordarmos sobre a inserção do Serviço Social na saúde, traçaremos um breve resgate histórico sobre o caminho percorrido pela saúde pública no Brasil antes da implantação do SUS. Posteriormente mencionaremos sobre a inserção do Serviço Social na política de Saúde.

De acordo com estudos divulgados por Bravo (2001) o acesso à saúde apenas passou a ser reconhecido como direito garantido por lei a partir de 1988, após a consolidação do SUS. Até então estava vinculado à contribuição previdenciária. A política de saúde como política social foi formulada na década de 30 e era subdividida em dois subsetores: saúde pública e saúde previdenciária.

No período anterior a 1930, a atuação do estado na saúde estava voltada a práticas sanitárias, que objetivava controlar doenças que ameaçavam o desempenho da classe trabalhadora na venda de sua força de trabalho. Os trabalhadores eram submetidos às jornadas desumanas e condições insalubres. Não havia preocupação com o bem-estar do indivíduo (OLIVEIRA 2009).

Apesar do aumento do número de trabalhadores de carteira assinada e avanços no setor previdenciário, a saúde pública não teve melhorias consideráveis. As doenças infecciosas e parasitárias não foram eliminadas, permanecendo

elevadas taxas de mortalidade, e a classe trabalhadora continuava sendo explorada. Acentuando, portanto, o quadro de insatisfação social e desejo de mudança (BRAVO 2001).

De acordo com a autora acima citada, em meio a esta conjuntura, a década de 1980 foi marcada por diversos movimentos sociais, destacando-se o Movimento de Reforma Sanitária no qual reuniu intelectuais, profissionais da saúde, lideranças políticas e populares lutando contra a ditadura, e as diversas formas de exploração, principalmente contra o modelo de saúde vigente na época. Defendia a substituição do modelo médico assistencial privatista por um Sistema Unificado de Saúde.

Neste contexto, ocorreu em março de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada como divisor de águas na política de saúde. Os temas debatidos nesta conferência serviram de base para a implantação do SUS e para a Reforma Sanitária. Portanto, por meio das lutas do movimento sanitário, tornou-se possível a alteração do acesso à saúde, até então atrelada a contribuição previdenciária, para um direito social garantido por lei, conforme assegura a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em 1990, é publicada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, e a Lei Complementar 8.142/90 (OLIVEIRA 2009).

Contudo, ainda de acordo com o mesmo autor, a efetivação do acesso à saúde como direito universal enfrentou diversas investidas do projeto neoliberal, o qual defendia um estado mínimo para as questões sociais, e máximo para os interesses capitalistas. O Neoliberalismo transfere a responsabilidade do governo para a sociedade. Observa-se um retrocesso nos avanços conquistados na Constituição Federal de 1988.

Todavia, concorda-se com Nogueira e Sarreta que apesar de vários anos após a implantação do Sistema Único de Saúde, o SUS real encontra-se longe dos objetivos do SUS constitucional. Há uma enorme discrepância entre a proposta do movimento de Reforma Sanitária e a prática social do sistema de saúde pública vigente em nosso País. Porém a sociedade brasileira não deve desistir de lutar e reivindicar por melhorias, mas sim intensificar os movimentos e debates, defendendo a real efetivação do Sistema Único de Saúde e demais direitos constitucionais.

De acordo com Pinheiro (2015) o Serviço Social como prática profissional teve sua origem no final do século XIX e início do Século XX, quando o capitalismo monopolista consolida sua hegemonia mundial. O Serviço Social surge portando, como estratégia para amenizar os conflitos de classes existentes entre a burguesia e o proletariado, mediante o agravamento das mazelas sociais, se responsabilizando pela execução de ações sociais direcionadas à população pauperizada, em resposta as questões sociais. Observa-se que desde sua origem o Serviço Social situa-se entre o antagonismo de interesses de classes.

De acordo com Santos (2007) As origens do serviço social estão vinculadas as práticas religiosas e filantrópicas, inicialmente pautadas na caridade. Antes da década de 30 as ações assistenciais eram direcionadas pelos costumes da igreja católica, sem aprofundamentos técnico-científicos. No momento anterior à 1945 o Serviço Social recebia influências europeias, sendo substituído pela influência norte-americana a partir deste período.

Também a partir da década de 40, o setor de saúde passa a ser a área de maior contratação dos profissionais de Serviço Social, em função da alteração do conceito de saúde definido pela OMS em 1948 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidade”.

Tal alteração considera as necessidades de saúde como produto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural, exigindo portanto, a necessidade de outros profissionais de saúde, entre eles os assistentes sociais. Destaca-se também como outro fator que impulsionou a inserção dos assistentes sociais na saúde, a consolidação da Política Nacional de Saúde no Brasil no período entre 1945 a 1950, requisitando a atuação do profissional de Serviço Social como mediador entre a instituição e população, pelo fato da saúde na época não ser de acesso universal (SANTOS 2007).

O profissional de Serviço Social tem como objeto de trabalho as expressões da questão social, trabalhando com viabilizador de direitos sociais, mediante as políticas sociais. O assistente é chamado a intervir nos determinantes sociais que possam interferir no processo de saúde e doença dos usuários. Sua ação profissional deve ser pautada no código de ética, buscando por meio do uso de sua capacidade de decifrar a realidade, ir além das demandas emergenciais apresentadas. Contudo, torna-se necessário identificar estratégias e construir propostas que viabilizem a efetivação de direitos. Para uma atuação eficiente e eficaz, o assistente social deve desenvolver uma visão holística, focada na totalidade. Deve ser considerado o contexto social, econômico e cultural, de forma a possibilitar uma intervenção que realmente atenda as particularidades e especificidades de cada paciente (NASCIMENTO 2017).

Portanto, destaca-se que o profissional de Serviço Social deve sempre estar articulado e atento aos movimentos dos usuários e trabalhadores que lutam pela real efetivação do SUS, buscando conhecer sua realidade cotidiana e compreender o contexto no qual o usuário encontra-se inserido. Assim sendo, o assistente social por meio do uso de suas atribuições é chamado a facilitar o acesso de todo e

qualquer usuário aos serviços de saúde e aos direitos sociais; atuando em equipe; estimulando a intersetorialidade; promovendo ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social; evitando a fragmentação dos serviços e atendimentos aos usuários de forma a garantir a defesa da democracia, das políticas públicas e viabilizar a real efetivação dos direitos (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

3.4 Atuação do Assistente Social nos Cuidados Paliativos Oncológicos.

Considerando toda complexidade envolvida no cuidado paliativo oncológico, o paciente e seus familiares devem ser assistidos em sua totalidade e integralidade, tendo os aspectos físicos; psicossociais; culturais e espirituais atendidos de forma ativa e contínua, requisitando portanto a atuação de uma equipe multiprofissional, na qual cada profissional contribuirá no decorrer de todo processo paliativo. O atendimento aos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, requer complementação de saberes e partilha de responsabilidades, possibilitando uma atuação ampla, diversificada, eficiente e capaz de atender o paciente em todas as dimensões, propiciando um atendimento digno e humanizado (HERMES E LAMARCA 2013).

Os profissionais de Serviço Social nos cuidados paliativos, procuram por meio do acolhimento e escuta qualificada ao paciente e seus familiares identificar as demandas sociais, orientar e acompanhar todo processo, para que o paciente de fato tenha suas necessidades atendidas e seus direitos garantidos. O atendimento social inicia-se desde a inserção do paciente no serviço. A atuação dos assistentes

sociais é voltada para três seguimentos: paciente, familiares e equipe (CABRAL et al 2017).

Conforme Andrade (2012), primeiramente busca-se conhecer o paciente, família e cuidadores. É realizada uma anamnese social, a fim de identificar o perfil socioeconômico, com informações sobre a composição familiar; local de moradia; formação e profissão; situação trabalhista e previdenciária; renda familiar; dinâmica familiar; religião e rede de apoio. Tais dados, serão fundamentais no decorrer do tratamento, pois fornecerão subsídio para atuações futuras que se fizerem necessárias, bem como nortearão o trabalho do Serviço Social, por meio da identificação de demandas.

Ainda de acordo com Andrade (2012), o assistente social desempenha o importante papel de informar a equipe quem é o paciente e sua biografia (onde e em quais condições vive), auxiliando no planejamento do tratamento. Nos direcionamentos aos pacientes e familiares, procura-se estabelecer uma relação de confiança no decorrer dos atendimentos, por meio do acolhimento e escuta. Nem todas as informações serão levantadas no primeiro atendimento. O profissional deve ter a sensibilidade de ouvir, acolher, permitir que o paciente extravase suas tristezas, insatisfações e inquietações. Torna-se indispensável conhecer e estabelecer contato com a rede de apoio, facilitando uma resposta positiva nas intervenções a serem desenvolvidas.

A família destaca-se como a principal rede de apoio do paciente. Geralmente, são os familiares as pessoas responsáveis pelos cuidados ao paciente, necessitando também de orientação e atenção da equipe. A família constantemente está exposta ao sofrimento, estresse e diversas dificuldades psicossociais advindas do turbilhão de sentimentos consequentes do enfrentamento oncológico paliativo,

bem como das inúmeras responsabilidades decorrentes deste processo (MEDEIROS, SILVA E SARDINHA 2015).

De acordo com dados divulgados pelo INCA (2018), os pacientes oncológicos apresentam direitos sociais específicos, como: Auxílio-doença; Benefício de Prestação Continuada – BPC; Aposentadoria por invalidez; Isenção do imposto de renda na aposentadoria; Isenção de ICMS e IPVA na compra do veículo adaptado; Quitação do financiamento da casa própria; Saque do FGTS; Saque do PIS/PASEP; Tratamento Fora do Domicílio, entre outros. Mediante tais direitos, o profissional de Serviço Social orienta o paciente e seu familiar os procedimentos necessários para acessá-los. Contudo, vale ressaltar que muitas são as dificuldades que os pacientes encontram para terem seus direitos garantidos, ora pela falta de informação, morosidade nos processos; desresponsabilização das instituições e falhas no sistema que muitas vezes não fornece assistência adequada. Ora pelo sofrimento e vulnerabilidade provenientes da condição paliativa e todas as implicações físicas; sociais; emocionais e espirituais.

O diagnóstico oncológico paliativo desencadeia tanto no paciente quanto na vida das pessoas que estão a sua volta, diversas transformações, provocando a necessidade de se readequarem a nova realidade. Neste sentido, o acesso aos direitos sociais podem minimizar as consequências econômicas e sociais do processo de tratamento, refletindo nos aspectos psicossociais no cotidiano do paciente e seus familiares. Cabe ressaltar que quanto menor a condição socioeconômica do paciente, maiores serão suas necessidades e maiores também as dificuldades de acesso aos serviços e direitos sociais. Portanto, considerando os direitos sociais como direitos fundamentais para a manutenção da vida social, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, podemos afirmar que o acesso

a esses direitos são indispensáveis para a superação de vulnerabilidade, acesso à igualdade e justiça social (MEDEIROS, SILVA E SARDINHA 2015).

Estudos divulgados por Pelegrine (2013) asseveram que o assistente social em cuidados paliativos além de orientar, acompanhar e viabilizar o acesso aos direitos, desenvolvem um importante papel socioeducativo. Os pacientes e familiares são incentivados a exercerem sua autonomia; a participarem de todo processo como protagonistas, reivindicarem seus direitos e buscarem esclarecimentos para acessá-los. O profissional de Serviço Social estimulará o empoderamento do paciente, incentivando sua autonomia e o direito em optar e decidir no decorrer de todo processo.

Conforme corroboram Medeiros, Santos e Sardinha (2015), diversas são as dificuldades encontradas pelos pacientes oncológicos para que tenham acesso aos seus direitos. Apesar de possuírem respaldo legal, muitos pacientes não conseguem acessá-los, mesmo sendo orientados e continuamente acompanhados, pois se tornam vítimas de um sistema criado para assisti-los, que muitas vezes acaba por excluí-los, quando a burocratização dos processos ou não cumprimento das leis impossibilitam a efetivação de tais direitos, no momento no qual o paciente mais necessita.

Apesar dos assistentes sociais não receberem em sua formação acadêmica preparo específico para a atuação junto a pacientes em cuidados paliativos, estes profissionais apresentam habilidades desenvolvidas no decorrer de sua formação e atuação profissional que, aliados ao Código de Ética e Projeto Ético-Político, podem contribuir para o aprimoramento da qualidade de vida, por meio do acolhimento, escuta das demandas apresentadas, e leitura das realidades sociais, intervindo em defesa aos direitos sociais (SIMÃO et al 2010).

Portanto, torna-se indispensável à atuação do profissional de Serviço Social nos cuidados paliativos, pois por meio das habilidades deste profissional e de seus instrumentos de trabalho, serão formulados planos de ação que contribuirão para a minimização do sofrimento, superação da vulnerabilidade e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida no processo de finitude. Contudo, os assistentes sociais e também os demais integrantes da equipe multiprofissional, enfrentam inúmeros problemas que podem refletir nos trabalhos realizados. No entanto, cabe a estes profissionais construir métodos que reduzam as dificuldades existentes, possibilitando um atendimento eficiente, acolhedor e humanizado, capaz de atender o paciente em sua totalidade e integralidade contribuindo no enfrentamento oncológico paliativo (MEDEIROS, SILVA E SARDINHA 2015).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se por meio do estudo apresentado, que os cuidados paliativos objetivam proporcionar qualidade de vida aos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, considerando as necessidades de ordem física, social, emocional e espiritual. Contribuindo para que o processo de finitude seja vivenciado da melhor maneira possível.

O diagnóstico oncológico paliativo, ocasiona diversos impactos e alterações na vida dos pacientes e seus familiares, requisitando a atuação de uma equipe multiprofissional, na qual cada área por meio do uso de suas atribuições contribuirá no decorrer de todo tratamento e enfrentamento paliativo. Cada paciente enfrenta este momento de forma diferente, de acordo com seu momento de vida e vivências anteriores, sendo de extrema importância o apoio da família e equipe, colaborando para minimização da dor e sofrimento.

Nos cuidados paliativos procura-se fornecer condições que possibilite a experiência da finitude humana como processo natural da vida, respeitando a autonomia e dignidade do paciente em todos os momentos. Neste sentido, considerando toda complexidade envolvida na condição paliativa, torna-se necessário a atuação do profissional de Serviço Social, que por meio de sua capacidade de decifrar a realidade e identificar estratégias que viabilizem o acesso aos direitos, promovam melhoria da qualidade de vida.

O assistente social apresenta um importante papel educativo, no sentido de trabalhar a autonomia e empoderamento do paciente, de forma a estimulá-los a reivindicarem seus direitos e participarem de todo processo paliativo como protagonistas de sua própria história e tratamento.

Em relação aos direitos sociais dos pacientes oncológicos, apesar de todo respaldo legal que apresentam, ainda enfrentam múltiplas dificuldades para acessá-los. Necessitando a intervenção de profissionais comprometidos em lutar pela real defesa e efetivação de seus direitos. Portanto, torna-se indispensável a atuação dos assistentes sociais aos pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura.

Conforme evidenciado na discussão de dados e já sinalizado em pesquisas anteriores, nota-se a ausência de preparo específico para a atuação do assistente social nos cuidados paliativos, o que pode ser considerado como fator dificultador no exercício. No entanto, apesar desta carência na formação profissional, o assistente social apresenta habilidades que contribuem para esse tipo de cuidado.

Pretendeu-se com este estudo, fomentar a importância da inclusão desta temática no processo de formação dos profissionais de saúde, além de propiciar uma análise crítica sobre a questão paliativa tão presente em nosso meio. Neste sentido, vale destacar a recente publicação realizada pela OMS, no Diário Oficial

da União, em 23 de novembro de 2018, sobre a Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018, que normativa a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS. A respectiva Resolução, representa um grade avanço neste meio.

Espera-se que os assuntos aqui discutidos possam cooperar para o entendimento das questões apresentadas, subsidiando a atuação profissional dos assistentes sociais e demais profissionais atuantes na assistência ao paciente paliativo. Sugere-se que a continuidade deste estudo, considerando a amplitude deste tema e escassez de publicações do Serviço Social nos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O papel do assistente social na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.341-345.

ARAUJO, M. M. T. **A comunicação no processo de morrer.** In: SANTOS, F. S. (Org.). Cuidados Paliativos. Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2009. Editora Cortez, pg. 218-219.

BARBOSA, C. G; MELCHIORI, L. E. NEME, C. M. B. **O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos.** *Paidéia* maio-ago. 2011, Vol. 21, No. 49, 175-185.

BOSSONI, R. H. C. et al. **Câncer e morte. Um dilema para pacientes e familiares.** *Rev. Contexto & Saúde Ijuí*, v.9, n 17Julho/Dez.2009 p.13-21.

BORGES, A. D. V. S. et al. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento.** *Psicologia em estudo Maringá*, v.11, n.2, p.361-369, mai./ago.2006.

Brasil. **Constituição da república Federativa do Brasil.** Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 de outubro.1988.Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. >. Acessado em: 05 de junho de 2018.

_____. **Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acessado em: 05 de junho de 2018.

_____. Resolução Nº 41, 31 de outubro de 2018. Comissão Intergetores Tripartite.

BIONDO, C. A; SILVA, M. J.P, SECCO, L. M. D. **Distanásia, Eutanásia e Ortotanásia: Percepções dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensivas e Implicações na Assistência.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 setembro-outubro; 17(5).

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2001.

CABRAL, S. B. et al. **Cuidados Paliativos: reflexões acerca da atuação do assistente social em âmbito hospitalar.** Florianópolis 2017.

CARDOSO, D. H. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Out-Dez;22(4):1134-41.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, DF, 2010.

FELIX, Z.C et al. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2733-2746, 2013.

FIGUEIREDO, M. T. A. **Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil.** *Rev Prática Hospitalar* 2006; 8(47):36-40.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. **Cuidados Paliativos.** *Estudos Avançados* 30 (88),2016.

INCA. **Brasil deve ter 600 mil novos casos de câncer por anos em 2018 e 2019.** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/inca-brasil-deve-ter-600-mil-novos-casos-de-cancer-por-ano-em-2018-e-2019>>. Acesso em: 17 de abril de 2018.

INCA. **Direitos Sociais da Pessoa com Câncer.** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2018. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

HERMES, H. R; LAMARCA, I. C. A. **Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2577-2588, 2013. Rio de Janeiro.

HOHENDORFF, J. V; MELO, W. V. **Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar.** *Estudos e pesquisa em psicologia*, UERJ, RJ, ANO 9, N.2, P. 480-492, 2º SEMESTRE DE 2009.

HUMANIZA SUS. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** [Internet]. Brasília-DF 2008. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2018.

KÜBLE-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

LEMOS, D. N. **O Serviço Social e a Morte.** (Org.). Cuidados Paliativos. Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2009. Editora Cortez, pg116-121.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios.** In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MEDEIROS, T. S; SILVA, O. R; SARDINHA, A. L. B. Acolhimento e Acesso aos Direitos Sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 403 - 415, ago./dez. 2015.

MELO, C. V. O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana. Brasília 2004.

NASCIMENTO, L. J. **A atuação do Serviço Social em Cuidados Paliativos: Exercício Profissional, Trabalho e Processos de trabalho.** Paraná 2017.

NOGUEIRA, D.O; SARRETA, F. O. **A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais.** São Paulo.

OLIVEIRA, P. P. **O Serviço Social na Saúde: trajetória, demandas e enfrentamento no âmbito hospitalar.** Florianópolis 2009.

PAIVA, F. C. L; Júnior, J. A; DAMÁSIO, A. C. **Ética em cuidados Paliativos: Concepções sobre o fim da Vida. Rev. Bioética. (Impr.).**2014;22(3)550-5560.

PAIVA, L.E. **O médico e sua relação com o paciente diante a morte.** In: SANTOS, F. S. (Org.). Cuidados Paliativos. Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2009. Editora Cortez, pg. 77.

PELEGRINI, S. M. A dimensão socioeducativa do assistente social na área da saúde. Belo Horizonte 2013.

PINHEIRO, E. B. **Serviço Social e Saúde: aspectos da intervenção social.** Maranhão 2015.

SANTOS, M.S. **O Serviço Social na Conjuntura da Política Social de Saúde.** Pará 2007.

SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out, 2006.

SIMÃO, A. B. et al. **A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações.** *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 102, p. 352-364, abr./jun. 2010.

SOUZA, M. G. G; GOMES, A. M. T. **Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: Um estudo e representações sociais.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 abr/jun; 20(2):p.149-154.

TAVARES, A. M. O; SOUSA, D. M; SANTOS, C. T. **A Pratica do Assistente Social em Cuidados Paliativos.** Maranhão, 2017, p 1-12.

VOPLATO, F. S; SANTOS, G.R.S. **Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores.** *Imaginário - usp*, 2007, vol. 13, no 14, 511-544.