1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda o tema “A Atuação do profissional do Serviço Social em caso de óbito e luto em hospitais”. Como objeto de estudo, questiona-se: Qual a importância desse profissional na assistência à família no caso e óbito e luto?

Pretende-se através deste estudo, entender a importância da atuação do profissional do Serviço Social em situações de óbito e luto em hospitais; compreender como esse profissional pode auxiliar na aceitação do óbito e luto dos familiares do paciente; além de analisar quais as funções competem aos profissionais do Serviço Social na sua atuação em hospitais.

O interesse pelo tema proposto se dá por conta dos assuntos: morte, óbito, lutos serem tão difíceis de lidar, do ponto de vista emocional e pouco discutidos na sociedade e nas famílias brasileiras. Assim, depara-se com a necessidade de preparo profissional e visão de mundos diversos, que nós como futuros Assistentes Sociais teremos de ter ao assumirmos o compromisso com nossa profissão, bem como necessária a reflexão pelos já profissionais de Serviço Social.

O tema “morte e morrer” é apresentado por Elias (2001, p. 27), como um fenômeno de algo social. Além disso é uma temática pouco difundida e estudada entre os profissionais do Serviço Social, tema presente apenas no contexto do Assistente Social que atua em hospitais. Assim, esse profissional passa a ser um mediador entre a doença e a morte, junto às famílias e, por vezes, também junto aos pacientes, cuidando para que essa escuta e esse atendimento sejam humanizados e dignos.

De acordo com Martinelli (2009), no âmbito do Serviço Social, os assistentes sociais são profissionais que chegam o mais próximo possível da vida cotidiana das pessoas com as quais trabalham. Poucas profissões conseguem chegar tão perto deste limite de poder ter uma compreensão do contexto de vida do usuário.

Dividiu-se o presente estudo em dois momentos: aborda-se primeiramente o percurso histórico do Serviço Social até a contemporaneidade, onde são, brevemente, apresentadas suas atribuições, de forma generalizada, em seguida aborda-se o trabalho do Assistente Social que atua em hospitais, e por fim, salienta-se sobre o

óbito e luto no tocante às funções e desafios dos profissionais do Serviço Social que atuam em hospitais. Após, descreve-se a metodologia utilizada que foi a pesquisa bibliográfica onde buscou-se, inicialmente, fundamentar teoricamente a discussão dos dados, a partir de leituras em livros e artigos científicos, de modo a preparar a pesquisadora para a referida discussão e para as considerações finais, trazidas ao final deste trabalho de conclusão de curso.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

– Analisar a importância da atuação do profissional do Serviço Social em situações de óbito e luto em hospitais.

1.1.2 Objetivos Específicos

– Compreender como o profissional do Serviço Social pode auxiliar em situações de óbito e luto dos familiares do paciente.

– Avaliar quais as funções competem aos profissionais do Serviço Social na sua atuação em hospitais, em especial nos casos de óbito e luto.

1.2 JUSTIFICATIVA

Mioto e Nogueira (2009) afirmam que “o modelo de atenção à saúde, construído pelo movimento sanitário, […] pautado na concepção ampliada de saúde e postulando o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença, constituiu-se num terreno extremamente fértil para o Serviço Social.” (p. 221-222). Para além disso, trouxe também a possibilidade de ampliação do espaço de atuação do profissional de Serviço Social, ressignificando suas competências e ações profissionais, de modo a permitir o encaminhamento de ações que tensionem a política vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social. O profissional de Serviço Social, nesse sentido, passa a atuar também na esfera pública e particular da saúde.

Brito (2005) afirma que, em um hospital, o trabalho do assistente social tem o objetivo de identificar os determinantes sociais nos processos de saúde e adoecimento. Por meio das entrevistas, visitas domiciliares e relatórios, por exemplo, o assistente social se depara com indivíduos fragilizados, em função dos diagnósticos, dos processos da doença e morte e sua atuação necessita de uma visão humanizada.

Nesse sentido, o presente estudo justifica-se pela importância do debate sobre o tema entre os estudantes e os profissionais do Serviço Social. Ademais, refletir sobre a necessidade de uma equipe multidisciplinar que cuide das necessidades físicas e emocionais dos pacientes e seus entes queridos, leva-nos também a reflexão da importância do Serviço Social nesse momento e, portanto, a temática da pesquisa visa esclarecer e contribuir para o entendimento da profissão e suas funções, no referido espaço sócio ocupacional, em especial nos momentos de óbito e luto de familiares dos usuários/pacientes do sistema de saúde, no espaço onde o assistente social está inserido.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SERVIÇO SOCIAL

2.1.1 PERCURSO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Historicamente, a assistência social à população não era considerada um dever estatal e um direito do cidadão. Existente desde o Brasil Colônia, período compreendido entre 1530 a 1822, o Serviço Social possuía caráter caritativo e filantrópico. Embora Jones (2004) afirme que a filantropia e a política de estado sejam distintas, entendemos que na história do Brasil, estão intimamente conjugadas na Política. Nessa época, predominava o que chamamos de *assistencialismo*, isto é, o uso distorcido da assistência para fins eleitoreiros e populistas (PEREIRA, 2007). A passagem da filantropia para a política de Estado é marcada pela desestruturação da família, nos anos de 1920, em que foi necessária a intervenção do Estado, com a criação de legislação e políticas sociais, para com o problema da delinquência infantil (SOUZA, 2012).

Souza (2012) aponta ainda que, desde 1934, com a desestruturação familiar causada pela passagem da filantropia para as Políticas Sociais, o Estado gradativamente aperfeiçoou o controle sobre a educação, tanto em ambiente familiar quanto escolar, criando controles para superar os fracassos da família por meio de escolas e internatos especiais. Foi também na década de 1930, que surgiu o Serviço Social no Brasil, estando estreitamente ligado à Igreja Católica. O país passava por um turbulento período no qual a burguesia não estava dando conta das manifestações realizadas pela classe trabalhadora, que reivindicava por melhorias nas condições e trabalho e pelos direitos sociais. A fim de manter a ordem social vigente da época, a classe dominante, o Estado e a Igreja, somaram forças para conter a classe trabalhadora e manter a harmonia social. A Igreja criou, nesse período, uma formação específica para moças de “famílias tradicionais” que tinham o intuito de exercer funções sociais. Nas décadas de 1940 e 1950, o Serviço Social recebeu grande influência norte-americana e positivista, em que as práticas de abordagem individual e em grupo, nas comunidades, buscava o desenvolvimento da mesma. Nas décadas seguintes (1960 e 1970), iniciou-se um movimento de renovação da profissão, de

modo a alterar o tradicionalismo presente, até então, na profissão. Em 1979 acontece, em São Paulo, o Congresso da Virada, que discutiremos mais adiante, que foi um marco de ruptura do conservadorismo. Na década de 1980, passou-se a debater a Ética do Serviço Social e somente em 1986 foi aprovado o Código de Ética Profissional. Em 1990, o Serviço Social, que já possuía caráter progressista, sentiu os efeitos da política neoliberal. Os profissionais passaram a atuar no terceiro setor, onde a demanda de trabalho aumentou. Nos anos 2000, cresceu a discussão em torno da eficiência das políticas sociais, o que levou ao aumento de graduação presencial e à distância, além dos cursos de pós-graduação.

Feita a explanação de modo geral, discutiremos mais detalhadamente o percurso do Serviço Social a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, não sem antes passar, ainda que brevemente, pelo importante Movimento de Reconceituação para, então, apresentarmos o seu Projeto Ético-político. O Movimento de Reconceituação é um marco para o Serviço Social que propõe a ruptura das práticas tradicionais. É por meio e através desse movimento que surge um perfil profissional crítico do assistente social que atua frente aos desafios postos para a profissão.

Historicamente, o Movimento de Reconceituação teve início no período da ditadura civil-militar que ocorreu no Brasil de 1964 a 1985, fomentada por interesses imperialistas que buscavam a disseminação e a expansão do modelo econômico capitalista. Nesse contexto de autocracia burguesa (NETTO, 2005), o Serviço Social vem responder as novas demandas desse cenário. O Serviço Social, nesse contexto, era um mero reprodutor das formas tradicionais – paliativo, assistencialista, filantrópico. Em posição de subalternidade, os assistentes sociais, eram reprodutores das políticas sociais e mantedores da ordem social. Reitera-se que, após o golpe de estado e implantação da ditadura militar no Brasil, o governo passou a ser regido sob uma perspectiva ideológica repressiva e a reprodução da ideia de que o governo fazia o bem para toda a população, livrando o povo dos comunistas, era a ideia que reinava no período – e quem fosse contrário a esse pensamento, era torturado, morto, exilado ou violentado das mais diversas formas possíveis.

Com a entrada do Serviço Social nas universidades, devido às demandas mercadológicas do sistema capitalista, esse passou a ter uma postura mais crítica em seus fundamentos, como é apontado por Netto (2005). O autor ainda ressalta que, nas ciências sociais, renovação é entendido como:

> […] conjunto de características novas, que no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições […], procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais (p. 131).

Iamamoto (2010, p. 205), por sua vez, defende que o Movimento de Reconstrução, "é dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*". Nesse sentido, a renovação do Serviço Social implica em uma formação plural.

Netto (2005) apresenta três perspectivas nesse processo de renovação do Serviço Social, a saber: perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. Os dois primeiros projetos foram afirmados nos encontros de teorização do Serviço Social brasileiro que ocorreram em Araxá, em 1967 e em Teresópolis, em 1970. Para nós, interessa saber sobre a intenção de ruptura, em outras palavras, sobre a Reconstrução.

A intenção de ruptura pretendeu romper com a perspectiva modernizadora e com a reatualização conservadora e tal rompimento se deu através de diálogos teóricos com as teorias Marxistas. A proximidade com a classe trabalhadora, resultou em um Código de Ética, formulado em 1986, o qual afirma que:

> A nova ética é resultado da inserção da categoria nas lutas da classe trabalhadora e, consequentemente, de uma nova visão da sociedade brasileira. Neste sentido, a categoria através de suas organizações, faz uma opção clara por uma prática profissional vinculada aos interesses desta classe. As conquistas no espaço institucional e a garantia da autonomia da prática profissional requerida pelas contradições desta sociedade só poderão ser obtidas através da organização da categoria articulada às demais organizações da classe trabalhadora. (CFESS, 1986, p. 01).

Em 1982, Iamamoto e Carvalho publicam *Relações Sociais e o Serviço Social no Brasil*, uma notória obra que busca em Karl Marx fundamentos para a atuação do profissional do Serviço Social. Todas essas mudanças encaminharam para a elaboração de um novo projeto de atuação profissional do Assistente Social, que já fora discutido e abordado anteriormente. Reitera-se, por fim que, a consolidação do projeto ético-político representa para o Serviço Social a materialização do exercício profissional enquanto meio para garantir a preservação da luta dos trabalhadores pelos seus direitos.

Pereira (2007) em seu notório artigo intitulado *A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS*, trata as transformações sofridas pela Assistência Social Brasileira no curso da história, particularmente após sua inserção na Constituição Federal vigente. Nesse sentido, debruçamo-nos em seus estudos para traçar a transformação histórica da Assistência Social no país. A promulgação da CF de 1988 representa uma etapa fundamental da viabilização de um projeto de reformas de cunho social progressista, que residem nos princípios da universalidade, da seguridade social e da compreensão dos direitos sociais como itens indispensáveis para a construção da cidadania. Ao assumir condição de política pública de Seguridade, concretizando os direitos sociais previstos, a Assistência Social exigiu, segundo Pereira (2007, p. 65) redefinições "legais, teóricas e filosóficas que lhe conferiram um paradigma próprio". A autora ainda nos diz que:

> Foi, pois, no âmbito das leis, dos conceitos, das ideias, e até das utopias, redefinidos a partir da crise do regime ditatorial (que vigorou no Brasil por 25 anos), que a assistência social brasileira lavrou tentos não desprezíveis: ganhou um paradigma norteador, centrado na cidadania; ressignificou-se, assumindo a identidade de política de Seguridade Social; e se introduziu nos ordenamentos jurídicos, nos currículos das universidades, na consciência e nos discursos de intelectuais e políticos formadores de opinião, nos debates parlamentares, na agenda dos governos e de organizações da sociedade civil. Transformou-se igualmente em objeto de estudos e pesquisas; em matéria suscitadora de polêmicas; em bandeira de luta de grupos simpatizantes (e até militantes) e em "espinha atravessada na garganta" de liberais e conservadores que, até hoje, não a reconhecem como direito devido (PEREIRA, 2007, p. 65).

Em outras palavras, a Assistência Social vem constituindo-se, desde o início da década de 1990, em um importante espaço de construção de projetos sociais contra hegemônicos. Disposta sob a Lei Orgânica da Assistência Social [1]– a LOAS, promulgada no ano de 1933, a Assistência Social passou a ser concebida como "direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas" (BRASIL, 1993), tendo por objetivos, listados em seu segundo artigo:

---

[1]A partir da Constituição, em 1993 temos a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742, que regulamenta esse aspecto da Constituição e estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos. A lei pode ser acessada na íntegra através do site <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm>. Acesso em <18 ago. 22>.

> I – a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> c) a promoção da integração ao mercado de trabalho; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> II – a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)
>
> III – a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

A Assistência Social nada tem a ver com paternalismo ou autoritarismo (PEREIRA, 2007), mas implica em obrigar o Estado a arcar com suas responsabilidades e deveres, que lhe foram delegadas pela sociedade no desenvolvimento da democracia.

Assim, podemos afirmar que a história do Serviço Social demonstra que sua institucionalização não esteve livre dos processos sociais e econômicos vivenciados pelo homem. O Movimento de Reconceituação teve como saldo positivo, a incorporação do Serviço Social na categoria trabalhista e a questão social como objeto de estudo e intervenção da área. O projeto ético-político é fruto desse período e um instrumento importantíssimo para a atuação do profissional do Serviço Social. Esse comprometimento profissional assume a liberdade como valor fundamental e central, e o trabalho como uma atividade que constitui o ser social (Ribeiro et. al, 2015). O profissional do Serviço Social, a partir de então, reconhece a relevância que o agir profissional crítico tem diante da realidade social, pois é o momento que a profissão rompe com o tradicionalismo, e se vê mais comprometido com a prática profissional.

Desta forma, devido a importância do projeto ético-político na perspectiva de atuação profissional, entendemos ser necessário maior detalhamento do mesmo, para melhor entendimento das intervenções realizadas pelo assistente social.

2.1.2 O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

A história do Serviço Social demonstra, conforme supramencionado, que sua institucionalização sofreu com os processos sociais e econômicos vivenciados pela sociedade da época e que a criação de um projeto ético-político para o agir profissional do assistente social foi necessário de modo que esse passou a ter um olhar crítico diante da realidade social.

O período de 1970 a 1980 é considerado um marco para o desenvolvimento do serviço social no país, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional. Busca-se, aqui, abordar o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, sua constituição histórica, seu estado atual e seus desafios futuros, segundo os estudos de Teixeira e Reis (2009).

Deve-se considerar, quando pensamos em projetos sociais – sejam eles, individuais ou coletivos, é que vivemos em uma sociedade de classes e, logo, ao falar de caráter social, está se falando também em caráter político. No desenvolvimento da *práxis* está o desenvolvimento histórico do ser social. No Serviço Social, conforme Teixeira e Reis (2009, p.4), “os sujeitos que nele intervêm procuram lhe imprimir uma determinada direção social, que atende aos diversos interesses sociais que estão em jogo na sociedade (políticos, ideológicos, econômicos, etc.)”. Na sociedade em que vivemos, a dinâmica de classes sociais é a relação antagônica da burguesia e do proletariado. Nesse sentido, os projetos podem ser transformadores ou conservadores da ordem social e o projeto ético-político do Serviço Social está vinculado a transformação social. Na atuação contra hegemônica do assistente social, seja em espaços como salas de plantões de atendimento, salas de espera, intervenções mais complexas e até mesmo em hospitais para tratar do luto, está embutido uma valoração ética específica e ela é bem clara e explícita em relação a seus compromissos sociais. A partir do que foi exposto, pode-se chegar a algumas conclusões do projeto ético-político profissional do Serviço Social.

> Os projetos profissionais [inclusive o projeto ético-político do Serviço Social] apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas […] (TEIXEIRA, REIS, 2009 *apud* NETTO,1999, p. 95).

Sistematizando o projeto ético-político têm-se a seguinte estruturação: a) explicitação dos valores ético-políticos; b) a matriz teórico-metodológica a que se ancora; c) crítica à ordem social vigente (a da sociedade capitalista e neoliberal, que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo que exibe riquezas de uma minoria e, por fim, d) manifestação político-ideológica acumulada pela categoria em aliança com a sociedade civil progressista. (TEIXEIRA, REIS, 2009). A partir e por meio de determinados componentes, a saber: a produção de conhecimentos no interior do Serviço Social; as instâncias políticos organizativas da profissão e, da dimensão político-jurídica da profissão[2] é que se constitui o projeto ético-político.

2.1.3 Os desafios do Projeto Ético-político na contemporaneidade

O Serviço Social, desde os anos de 1970, conforme supracitado, vem construindo um projeto profissional comprometido com os interesses da classe trabalhadora. A renovação do Serviço Social se deu através dos ideais do Movimento de Reconceituação nos países latino-americanos somado ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (TEIXEIRA, REIS, 2009). O marco inicial desse processo é o evento intitulado III CBAS – ou simplesmente, “Congresso da Virada”, sediado na cidade de São Paulo, em 1979, que substituiu uma mesa de abertura que era composta por nomes de oficiais da ditadura militar, por nomes advindos do movimento dos trabalhadores. Têm-se, então, a gênese do projeto ético-político.

A consolidação do projeto pode ser circunscrita à década de 1990, no entanto, tal consolidação sofria ameaças diante das políticas neoliberais que repercutiam na categoria sob a forma de um neoconservadorismo profissional (TEIXEIRA, REIS, 2009). No mesmo período têm-se afirmado a impossibilidade de superar a ordem do capital e o triunfo do capitalismo é difundido e a ordem burguesa se apoia para manter-se dominante. Faz-se mister destacar que, do processo de consolidação do projeto ético-político até os dias atuais, pouco se mudou em relação às totalidades das

[2]Para compreensão dos elementos constitutivos, ou seja, aqueles que ganham visibilidade social e que são construídos pelos próprios assistentes sociais, vale conferir a obra *O projeto ético-político do Serviço Social*, de Teixeira e Reis (2009).

relações sociais e o modo de vida da sociedade capitalista, ainda existe uma estreita articulação entre economia, política, cultura e ideologia.

É no cenário de contradições e tensões que se desenvolvem os desafios do profissional de Serviço Social no Brasil: confrontos de um sistema produtivo e social que exclui uma parcela da sociedade e a demanda para atuação que visa a alteração desse *status quo* (MOTA, 2011). O PEP, configurado há trinta anos, representa um renascimento da profissão no país, cujas orientações teóricas, técnicas e éticas adotadas objetivavam intervir nas questões sociais brasileiras visando sua transformação social. Entretanto, a militância e o ativismo político na profissão, têm se tornado uma condição desfavorável, segundo Mota (2011), isso porque "seu desenvolvimento teórico e científico, além das condições macroestruturais desfavoráveis são alguns dos efeitos colaterais apresentados pela adesão verticalizada e irrefletida ao projeto, que repercutem até a atualidade" (p. 67).

Da Mota (2017) em sua obra intitulada *Cenários, contradições e pelejas do Serviço Social brasileiro* discorre sobre os grandes desafios do Serviço Social nas transformações contemporâneas da sociedade brasileira. Conforme a autora, entre os maiores desafios estão o fortalecimento de vínculos com instituições de organização da luta social, que permanecem na resistência contra o capital, e avançar na inserção dos movimentos de rearticulação da organização classista dos trabalhadores (s.d).

O Projeto Ético-político, conforme supracitado, é um norteador para o agir profissional do Serviço Social, pois contribui decisivamente para consolidar uma cultura profissional marcada por princípios e valores, além de referenciais teórico-metodológicos que se debruçam sobre a teoria marxista e buscam a superação da ordem capitalista, além de um olhar humano e democrático a relação entre a realidade e a profissão (DA MOTA, 2017).

Pensando nisso, vale abordar, brevemente, o Projeto Ético-político no cotidiano do trabalho. Nos termos de Iamamoto (2008), o Serviço Social é construído no cotidiano e regido por uma cotidianidade. Os contornos contemporâneos da profissão estão relacionados aos contornos da radicalização da questão social e das respostas destinadas às suas expressões no cotidiano institucional. O exercício profissional sofre, portanto, "as consequências dos rebatimentos das condições objetivas sob as quais se desenvolve imbuídas das contradições impostas pelas determinações da vida cotidiana" (MENDES; MOLJO, 2020, p. 84-85). As autoras ainda salientam que,

se esse condicionamento não for refletido criticamente, pode levar o assistente social a uma atuação pragmática de modo que responda às demandas heterogêneas do cotidiano de forma imediata e espontânea. Como consequência, os postulados éticos e políticos, sob os quais se constituiu a profissão vão sendo deixados de lado, isso porque os assistentes sociais acabam realizando muitas atividades repetidas, burocratizadas e fragmentadas – muitas vezes, sob exigência institucional, o que foi rompido, parcialmente, através do Movimento de Reconstituição, na década de 1980. Mendes e Moljo (2020, p. 85) ainda destacam que:

> O Assistente Social atua no cotidiano, mediado pelas políticas sociais, com complexas situações de desigualdade social, além de sofrer a precarização do mundo do trabalho por ser ele também um trabalhador assalariado. O cotidiano é movido e movente de determinações, mediações e contradições e, por isso, deve ser adentrado em suas profundezas. Ele é, dialeticamente, o espaço da alienação e, ao mesmo tempo, o espaço de mediação para o alcance de valores humanos genéricos universais.

Por fim, reitera-se que, compreender como se concretiza o exercício profissional no cotidiano mostra-se uma tarefa pertinente e urgente, em especial diante da onda conservadora que vem se assolando por meio de “reformas” que buscam o nivelamento por baixo da classe trabalhadora, a fim de mascarar as respostas encontradas pelo capital ante suas crises. O Projeto Ético-político é capaz de conduzir a um exercício profissional crítico que tensione a ordem e parta do próprio cotidiano para fazer os saltos de suas determinações.

2.1.4 PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL

Discutiremos agora o processo de trabalho do assistente social frente ao que é descrito no Projeto Ético-político e demais orientações profissionais.

Ao abordar a temática do processo de trabalho do assistente social, parece que estamos fazendo referência ao uso dos instrumentos necessários para o agir profissional. No entanto, ao refletirmos sobre a instrumentalidade do processo de trabalho do assistente social no exercício profissional, estamos falando da capacidade ou da propriedade construtiva da profissão, que é construída e reconstruída através de um processo sócio-histórico (GUERRA, 2007).

A instrumentalidade possibilita que o profissional do Serviço Social modifique, transforme e altere as condições objetivas e subjetivas das relações interpessoais e

sociais presentes no cotidiano. Ao alterarem o cotidiano, alteram, por consequência, as relações das classes sociais que demandam de intervenções, pois é através e por meio do trabalho que homens transformam a realidade e a si mesmos.

De modo geral, o Assistente Social, no cumprimento de seus deveres e atribuições, trabalha com uma série de instrumentos para desenvolver sua prática profissional, que se modificam e alteram conforme a natureza da política social executada nas instituições em que atuam. Pesquisas como as de Costa (s.d) e Santos (2013) evidenciam que os instrumentos utilizados pelo Serviço Social nas diferentes esferas (pública, privada e filantrópica) são basicamente os mesmos: linguagem, palestras, visitas domiciliares, entrevistas, livro de registro, observação.

A seguir, discutiremos brevemente os principais instrumentos de trabalho do Serviço Social de modo que, ao abordarmos a atuação do Serviço Social no óbito e luto, tais instrumentos já sejam tangíveis.

Quando falamos de linguagem no campo das Ciências Sociais, estamos falando de um campo amplo, no entanto, quando falamos de linguagem no Serviço Social, estamos falando de um assunto pouco explorado e estudado. Saussuare afirma que o homem se comunica através de signos linguísticos e estes são organizados através de códigos e linguagens. Através do processo socializador, o homem desenvolve suas aptidões, utilizando modos e usos de fala, que se configuram conforme as dimensões político-sociais nas quais está inserido.

> Considera-se que a linguagem é o instrumento número um de todos os profissionais, pois ela possibilita a comunicação entre estes e aqueles com quem interagem. Ou, como afirma Iamamoto, no nosso caso: “o Serviço Social, como uma das formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, tem como recurso básico de trabalho a linguagem” (IAMAMOTO: 1995; p. 101).

Sousa (2008) ainda reitera que:

> E é a partir das formas de comunicação que se estabelecem no espaço das instituições onde trabalha o Assistente Social que este profissional poderá construir e utilizar instrumentos e técnicas de intervenção social (SOUSA, 2008, p. 125)

A respeito dos instrumentos de trabalho diretos ou face a face, Magalhães (2003, p. 29) nos diz que esta:

> […] permite que a enunciação de um discurso se expresse não só pela palavra, mas também pelo olhar, pela linguagem gestual, pela entonação, que vão contextualizar e, possivelmente, identificar subjetividades de uma forma mais evidenciada. Sob esse enfoque, pode-se dizer que o discurso direto expressa uma interação dinâmica.

São instrumentos de trabalho face a face: observação participante; entrevista individual e grupal; dinâmica de grupo; mobilização de comunidades; visita domiciliar e visita institucional. Neste trabalho, nos ateremos em discutir a entrevista individual, a visita domiciliar e a visita institucional, por considerarmos serem instrumentos mais utilizados no campo de atuação tema deste estudo.

A entrevista individual nada mais é do que um diálogo entre o assistente social e um usuário. O que diferencia a entrevista de um diálogo comum é o fato de existir um entrevistador (o A.S) e um entrevistado que ocupa um papel diferente, sob um determinado ponto de vista, do papel do usuário (SOUSA, 2008). É importante ressaltar que, por ser uma observação participante, o A.S emite opiniões, valores e conhecimentos, de modo que, por meio de um conhecimento teórico-metodológico, o profissional possa "possibilitar um planejamento sério da entrevista, bem como a busca por alcançar os objetivos estabelecidos para sua realização".

A visita domiciliar trata-se de um instrumento que tem como objetivo "conhecer as condições e modos de vida da população usuária em sua realidade cotidiana, ou seja, no local onde ela estabelece suas relações do dia a dia: em seu domicílio" (SOUZA, 2008, p. 128). A visita domiciliar, conforme os estudos de Souza (2008) sempre foi um instrumento de controle de classes populares que as instituições utilizavam, pois, uma vez que o usuário está sendo atendido dentro da instituição, ele está acionando um espaço público; quando a instituição se propõe a ir ao lar desse usuário, ela está adentrando um espaço privado, tendo acesso a uma dimensão que rompe a postura autoritária, fiscalizadora e controladora do profissional. A visita institucional, assim como o próprio nome diz, trata-se de uma visita realizada pelo A.S nas instituições (empresas, entidades públicas, ONGs). No entanto, existem algumas motivações que levam o profissional de Serviço Social a realizar essa visita, a saber:

> 1. Quando o Assistente Social está trabalhando em uma determinada situação singular, e resolve visitar uma instituição com a qual o usuário mantém alguma espécie de vínculo; 2. Quando o Assistente Social quer conhecer um determinado trabalho desenvolvido por uma instituição; 3. Quando o Assistente Social precisa realizar uma avaliação da cobertura e da qualidade dos serviços prestados por uma instituição (SOUSA, 2008, p. 129)

A respeito dos instrumentos de trabalho indiretos ou por escrito, temos: as atas de reunião, os livros de registro, os diários de campo, o relatório social e o parecer social. Nos ateremos em discutir o relatório social e o parecer social.

O Relatório Social “é uma exposição do trabalho realizado e das informações adquiridas durante a execução de determinada atividade. Sousa (2008, s.d) nos diz que:

> O relatório social pode ser referente a qualquer um dos instrumentos face a face, bem como pode descrever todas as atividades desenvolvidas pelo profissional (relatório de atividades). Desse modo, os diferentes relatórios sociais são os instrumentos privilegiados para a sistematização da prática do Assistente Social.

O Parecer Social, por sua vez, é uma avaliação teórica e técnica realizada pelo A.S, com base nos dados coletados. O parecer social é crucial para o fazer profissional do Serviço Social, sendo um manifesto da identidade do mesmo, afinal, na medida em que o A.S emite sua opinião, fundamentada com base numa perspectiva teórica de análise, ele está manifestando sua opinião técnica diante das situações verificadas na realidade social.

Cada um desses instrumentos de trabalho faz parte do fazer profissional do Serviço Social, no entanto, reitera-se que não é possível pensar um instrumento de trabalho como se ele pudesse ser mais importante do que os objetivos do Assistente Social. O instrumento é apenas um meio para que a intervenção possa ser realizada com eficácia e, portanto, a dimensão ético-política deve ser sempre refletida e pensada (SOUSA, 2008).

2.1.5 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A fim de entender a saúde brasileira, é necessário apresentarmos um breve percurso sobre o século passado e seus marcos históricos que culminaram no modelo vigente, inserindo ainda o Serviço Social neste contexto histórico que, aqui, será apresentado.

Um dos principais pontos a serem discutidos perpassa pelo contexto em que se inserem na construção de uma norma que, pela primeira vez na história desse país, assegurou direitos à classe trabalhadora: a Lei Eloy Chaves no ano de 1923. Conforme Correa e Paixão (2020, p. 2), essa lei destinou-se a responder às demandas e necessidades dos trabalhadores naquele contexto, no qual havia a necessidade de as pessoas buscar em alguns serviços básicos, que se definiram com uma razão proporcional ao montante da contribuição de cada um. Tais medidas permitiram o acesso a direitos sociais e sistema de medicina estritamente curativa, onde a definição

de saúde permeava pela “ausência de doenças”. Serviços de aposentadoria por idade, nulidade e pensão por falecimento estavam de maneira inédita, presentes nessa legislação (BRAVO, 2006). Os autores ainda nos dizem que:

> […] a história de saúde no Brasil se contextualiza por meio de um processo econômico, político e social marcado não só pela evolução social como a integração de trabalhadores, êxodo rural e mínima participação do Estado em efetivar políticas públicas com o advento da Reforma Sanitária, o que proporcionou à população brasileira o direito ao atendimento dos serviços de saúde
>
> No âmbito da saúde o assistente social apresenta-se como integrante essencial na equipe multiprofissional cabendo um papel fundante de analisar, investigar e perceber as mudanças estruturais do processo capitalista e as expressões da questão social e suas particularidades. (PAIXÃO; CORREA, s.d, p. 1)

Da Silva (2019, p. 7 *apud* BRAVO, 2006) em sua pesquisa intitulada *O Serviço Social no ambiente hospitalar: Um estudo de caso no HSJB de Viçosa-MG* afirma que sob:

> […] uma perspectiva de acesso a um modelo de saúde e previdência através das suas Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAPS foi criado em 1923, a partir da Lei Eloy Chaves, o primeiro modelo de sistema previdenciário no Brasil, que inclui assistência à saúde em seu organograma. A criação dessa legislação se deu através das lutas dos trabalhadores do setor urbano que se engajaram politicamente, tornando possível a organização dessas caixas nas suas respectivas áreas de atuação. Em 1923 foram os ferroviários os pioneiros, já em 1926 os marítimos e posteriormente outros segmentos conseguiram a instalação das caixas de aposentadoria e pensão.

O autor ainda explica que:

> […] no começo da “Era Vargas”, em 1930 vimos às variadas consequências que foram trazidas pelo processo da crise de 1929 que demandou do Brasil um investimento pesado no progresso via industrialização, evidenciando e retificando o papel do Estado em oferecer uma resposta às expressões da “questão social” que surgiram nesse contexto, sendo traduzidas nas primeiras políticas sociais brasileiras. Tais políticas culminaram na criação de alguns aparelhos de intervenção estatal, que se utilizaram das Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPS para construir os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPS, ampliando os benefícios a alguns trabalhadores urbanos que apresentavam registro trabalhista, e consequentemente a chamada “cidadania regulada”. O acesso aos direitos adquiridos só vinha através desse viés, onde se torna evidente a forma que se apresentam as políticas utilizadas, materializando o seu caráter em relação a questão da saúde, a criação de modelos e formulações que se basearam em dois tópicos distintos: o de saúde pública que buscavam apenas as condições sanitárias mínimas e tendo como base a medicina previdenciária. Esses ideais permaneceram entre o período de 1930 a 1964, no qual houve grande predomínio do sistema de condições sanitárias, em que a legislação da época demarcou sempre os pontos que diferem a assistência social da previdência, os serviços hospitalares tinham como visão principal lucro, o que demonstrava a direção da formação das chamadas empresas médicas.

Iamamoto e Carvalho (2000) afirmam que o Serviço Social está inserido na organização da sociedade capitalista, o que significa dizer que faz parte da

engrenagem que faz o mundo girar e, portanto, participa tanto dos mecanismos de domínio e exploração como da resposta às necessidades da classe trabalhadora. Nesse sentido, reproduz os antagonismos de interessantes. Costa et. al (2009, p. 1) consoante aos estudos de Iamamoto e Carvalho (2000) nos diz que:

> […] os capitalistas e seus representantes no Estado são os principais contratantes dos profissionais e os trabalhadores assalariados seus clientes ou usuários. Ambos, os contratantes e os usuários são representantes de interesses de classes, personificam categorias econômicas.

Ainda ressaltam que é importante entender que o Serviço Social está ligado ao setor público e privado e, portanto, seu significado social só pode ser compreendido se considerarmos tal fator. Costa et. al (2009, p. 2) afirma que:

> O Serviço Social no Brasil é regulamentado como uma profissão liberal, mas, no sentido prático do termo, não tem sido assim. Por outro lado, existem traços liberais no fato da existência de um código de ética; a falta de rotina da intervenção; a relação singular com os usuários, o que possibilita certo espaço para a atuação técnica e a indefinição do “que é” e o “que faz" esse profissional, abre uma possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem a demanda institucional.

Ainda conforme seus estudos, reitera-se que o assistente social é um “é um organizador, dirigente e técnico que coloca sua capacidade a serviço da classe a qual está vinculado” (p. 2) e que “o fato de o Serviço Social não possuir ‘status’ de ciência, não impede a possibilidade e a necessidade desses profissionais produzirem conhecimentos científicos, aliando teoria e prática de forma dinâmica.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000).

Salienta-se conforme Correa, Paixão (2018, p. 13), que a profissão do assistente social foi legitimada através da Lei nº 8.662 de 07/06/93, complementada pela Resolução nº 293/94 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que regulamenta o Código de Ética Profissional cujo objetivo assegurar o compromisso de assegurar a defesa e garantir os direitos de profissionais e usuários. Segundo Olivar e Vidal (2006) o Serviço Social, na sua atuação na área da saúde, deve atuar em parceria com outros profissionais, integrando as profissões de saúde Conselho Nacional de Saúde.

Correa e Paixão (2018, p. 15) ainda contribuem, afirmando que “o Código de Ética é um documento direcionador para que estes profissionais possam desempenhar suas atividades em conformidade coma as atribuições e competências tendo um olhar democrático”. E Barroco (2012, p. 90), afirma ainda que compete ao assistente social entender seu papel diante desse espaço globalizado, observando a dialética política

e social que, em suas variantes, produz efeitos desiguais dos direitos sociais. Exigindo um profissional com olhar crítico e pertinente ao contexto que está sendo analisado.

Anjos et al. (2004, p. 7), assegura que o profissional em Serviço Social deve garantir o cumprimento de direitos dos usuários dentro do Sistema de Saúde Pública. Nesse sentido, o Assistente Social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes de seus direitos sociais.

Nas palavras de Correa, Paixão (2018, p. 21), o "Serviço Social e suas práticas profissionais requerem do assistente social um desenvolvimento intelectual, mediador, analisador, observador e crítico. Dispondo de um campo de atuação amplo, em que deve desempenhar seus papéis com ética e formação profissional."

Em continuidade à reflexão, aqui proposta, sobre o Serviço Social enquanto uma profissão em Saúde, torna-se indispensável abordar as características das profissões em saúde. Em uma sociedade capitalista, a demanda por trabalhadores especializados abrange todos os níveis de formação: desde o básico ao superior, sendo o último hipervalorizado. Lanza (2012, p. 213) *apud* Machado (1996, p. 44) nos diz que o termo profissão:

> […] indica uma atividade praticada pelos indivíduos em tempo integral, com uma "estrutura organizativa marcadamente corporativa" que possui um acentuado "componente vocacional", ancorada em um código de ética e que "desenvolve saber específico, apresenta forte orientação para serviço e mantém alto grau de autonomia no trabalho".

No que diz respeito aos profissionais de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o responsável por acompanhar o desenvolvimento de políticas de formação desses profissionais, como previsto no artigo 15, inciso IX, da Lei Orgânica da Saúde. Ancorados a uma base sindicalista, são considerados profissionais em saúde, todos os profissionais diversificados que não possuem, necessariamente, formação na área da saúde. Carvalho e Ceccim (2009, p. 157) ao abordarem as "profissões em saúde" nos dizem que para ser um profissional de saúde há necessidade de natureza humanística e social, que são relativos ao processo de cuidar, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde, além do conhecimento técnico e científico, claro. É, portanto, nessa compreensão que o Serviço Social está inserido.

Um dos setores mais significativos para atuação do profissional de Serviço Social é, segundo Bravo (1996), o da Saúde. Ainda segundo o autor, os assistentes sociais

começaram a ser requisitados no setor da saúde a partir de 1945, durante o pós-Guerra Mundial e o contexto do processo de expansão do capitalismo. Como o acesso à saúde não era universal, seu caráter seletivo e excludente colocou o assistente social entre a instituição hospitalar e a população de forma a viabilizar a utilização dos serviços e benefícios. Em *As profissões da saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional*, Lanza et al. (2012, p. 215) aponta que

> […] são insuficientes os avanços conquistados pelo exercício profissional de assistentes sociais na saúde devido ao fato de a profissão ter chegado à década de 1990 "com uma incipiente alteração do trabalho institucional", por permanecer "desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária" e pela pequena contribuição no que se refere às questões colocadas à categoria na prática em saúde.

Ainda segundo os autores, a saúde pode ser considerada um dos pilares da democracia e da cidadania na luta de classes, pois sofre determinações estruturais e conjurais da sociedade. Por um lado, têm-se a visão da assistência social como filantropia, caridade e mero assistencialismo, por outro, há um trabalho interdisciplinar, que utiliza de abordagens grupais com vistas a atender o maior número de pessoas possíveis e tornar os ambientes democráticos às informações e aos estímulos à participação popular (LANZA et. al, 2012). Há, portanto, uma estreita ligação entre o projeto ético-político e o da reforma sanitária. E a esse último, cabe ao Assistente Social buscar estratégias "e possibilitem a efetivação do direito à saúde, prestando serviços diretos à população, sejam eles no âmbito da gestão, planejamento, mobilização ou participação social" (p.212).

Bravo (1996) em *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais* afirma que o profissional de Serviço Social atua em instituições hospitalares de forma a mediar a tensão que existe entre as demandas postas pela população e os recursos limitados para a prestação dos serviços em saúde. Nesse sentido, reitera-se que o Serviço Social se apresenta, na contemporaneidade, como uma profissão interventiva que busca a garantia dos direitos sociais e democráticos a fim de tornar a sociedade um espaço sem preconceitos e iniquidades sociais. Comumente, o profissional intervém na viabilidade do acesso às consultas, exames, internações, tratamentos e nos processos de recuperação e luto das famílias. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) afirma que as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, tendo uma direção socioeducativa utilizando-se da relação e relacionando

às condições sócio-históricas a que os usuários são submetidos de modo que garanta o direito à Saúde. O profissional, nesse sentido, precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridade em suas ações pois, o ambiente hospitalar estar suscetível a uma série de fatores que incluem o desconhecimento do cidadão em relação ao tratamento; agravamento da situação financeira devido à hospitalização de um ente familiar; ansiedade e medo pela doença e pela perda; violência, mas para além disso, pois o profissional também deverá lidar com o profissional médico que necessita de insumos, sofre violência, abuso e assédio. Trata-se, portanto, de uma função profissional que viabiliza à população o acesso de todos os níveis de complexidades do SUS e de todas as políticas e serviços que o cidadão brasileiro tem direito.

No Brasil, existem critérios de atenção na saúde que definem quais os casos de prioridade em atendimento nos hospitais. Os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como "combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas." (PAIM, 2004).

A atenção primária caracteriza-se por atuar como uma porta de entrada do paciente ao ambiente da saúde. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), a Medicina de Família e Comunidade (MFC) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) emergem como parte do corpo formador da atenção primária. Essa modalidade de atendimento atua sob uma perspectiva preventiva e com casos de baixa complexidade. Após identificação da doença, parte-se para o segundo nível, o da atenção secundária. Neste nível, os profissionais médicos especializados entram em ação e há uma maior demanda tecnológica. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são referências nesse caso. O terceiro e último nível – atenção terciária - é o mais complexo entre os três: é composto por hospitais e possui elevada demanda tecnológica, diante disso, torna-se o responsável por realizar procedimentos mais invasivos como cirurgias, transplantes, etc. O profissional do Serviço Social pode atuar nos três níveis, no entanto, nos ateremos mais adiante na atuação no terceiro nível, nos casos em que ocorrem óbitos e, consequentemente, luto.

Após breve reflexão sobre o Serviço Social na Saúde, traremos importante contribuição do CFESS que dispõe sobre parâmetros de atuação do assistente social no âmbito da Saúde.

2.1.6 PARÂMETROS DE ATUAÇÃO NA SAÚDE

O Assistente social é reconhecido, por meio da resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde e da resolução nº 383, de 29 de março de 1999, do Conselho Federal de Serviço Social, como um profissional da Saúde. No âmbito desses marcos legais e normativos, faz-se mister destacar a importância dos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado por profissionais da categoria e promulgado pelo Conselho Federal de Serviço Social, o CFESS. Os parâmetros defendem que haja uma assistência integral à saúde da população atendida. A atuação profissional por meio de um trabalho ético busca a humanização da prática ao fazer um uso consciente dos conhecimentos adquiridos. Martinelli (2011, p. 502), afirma que, nessa primeira dimensão do trabalho como uso de si, deve-se destacar a importância:

- do sentimento partilhado, de sentir com o outro, não como o outro; • do espaço da escuta, tanto no diálogo como no silêncio;
- do espaço do acolhimento, de ter a sensibilidade de oferecer o acolhimento no momento do desconforto, da dor, “abrir a porta quem não bateu”, como nos lembra o poeta Fernando Pessoa (1965);
- da dignidade no trato, da sensibilidade de perceber a condição do outro naquele momento tão peculiar de sua vida;
- do reconhecimento do sofrimento psíquico, da tristeza, do desconforto emocional, que acompanham o adoecimento e o agravamento do quadro de saúde;
- da ética no trato da informação;
- da verdade como base do diálogo, na justa medida, tanto com o paciente quanto com seus familiares;
- da responsabilidade social partilhada, criando relações de parceria com o cuidador e familiares, e estimulando-os a criar também vínculos de pertencimento.

Quanto ao trabalho como cuidado de si, a autora recomenda:

- manter um estado de espírito positivo;
- alimentar a paz de espírito e a tranquilidade;

> - dedicar-se a práticas que permitam o recriar das energias e que estimulem a criatividade;
> - manter acesa a chama da busca do conhecimento, da prática, da pesquisa;
> - buscar permanentemente o aprimoramento profissional, tanto na perspectiva multidisciplinar quanto na profissão de origem;
> - lembrar-se, a cada momento, do permanente compromisso que devemos ter no sentido da consolidação do projeto ético-político da profissão. (MARTINELLI, 2011, p. 503)

A ética profissional exige do Assistente Social a humanização das ações no trato com a vida, pois conforme Barchifontaine e Pessini (1989)[3], o paciente tem direito a ser tratado como pessoa humana até que morra. E acrescenta-se que, deve e merece ser tratado como pessoa humana para além da finitude da vida.

Ademais, o Conselho Federal de Serviço Social estabelece parâmetros de atuação do Serviço Social a fim de compreender a atuação do profissional e identificar ações que visem garantir os direitos sociais aos usuários dos serviços de saúde, propiciando a autonomia e promoção social aos usuários do SUS, além de propor um redimensionamento das ações dos assistentes sociais para o cumprimento do código de ética.

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde foram estruturados em três itens. O primeiro item intitulado *Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais* apresenta o tripé da Seguridade Social visando a garantia dos direitos civis e dando atenção às demandas da classe trabalhadora. Destacam-se como fundamentos dessa proposta

> […] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social-democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CFESS, 2009, p. 8)

O documento, em sua primeira parte, destaca ainda que a principal proposta da chamada Reforma Sanitária é a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

O segundo item – *Serviço Social e Saúde* – traz uma discussão teórico-política acerca do trabalho do Assistente Social na Saúde. Há um resgate histórico do Serviço Social na política, além de abordar os desafios que os profissionais enfrentam nos dias atuais

---

[3]Barchifontaine e Pessini, estudiosos da Bioética, divulgam em seu livro Bioética e saúde (1989, p. 198-199) a "Carta dos direitos do paciente terminal" que aborda a temática *Paciente Terminal, como ajudá-lo?*

e, por fim, ressalta a importância de formar trabalhadores de saúde para o SUS e, dessa forma, faz com que o assistente social seja um profissional articulado com outros segmentos que defendam o direito à saúde gratuita e de qualidade. Ainda segundo o documento, pensar em uma atuação crítica e competente do Serviço Social na área da saúde consiste em

> […] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
>
> facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
>
> tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
>
> elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
>
> efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2009, p. 15)

Por fim, reitera-se, no documento, que o profissional do Serviço Social é um defensor da democracia, das políticas públicas e, logo, um militante que faz frente ao projeto neoliberal, que busca macular os direitos e conquistas da população.

O terceiro item aborda *A atuação do Assistente Social na Saúde*. Ao discutir as competências e atribuições do profissional, enfatiza as ações deste na área da saúde de forma crítica e condizente com a realidade. A base da discussão é o Código de Ética e a Lei da Regulamentação da profissão. Ainda no terceiro tópico, são abordados *Os parâmetros de assistentes sociais na saúde*, que explicita as principais ações “a) atendimento direto aos usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional” (SILVA, KRUGER, 2018, p. 274). São essas competências que permitem a profissão a realização da análise crítica da realidade.

A Constituição Federal promulgada no ano de 1988, conhecida como CF/88, defende que

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF,1988)

Nesse sentido, o Assistente Social, enquanto defensor dos direitos civis, pode atuar nas seguintes dimensões: “Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional” (p.22). A seguir, discutiremos, brevemente, cada uma dessas dimensões de atuação.

Na dimensão da ação assistencial, o profissional do Serviço Social opera na resolução de diferentes questões operativas, tais como demora no atendimento; precariedade dos recursos; burocratização; ênfase na assistência médica curativa; problemas com a qualidade e quantidade de atendimento; não atendimento aos usuários; desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho e abandono do usuário. Quando falamos em ações em equipe, por sua vez, estamos falando da atuação do Assistente Social em pares. Por meio dessas ações em equipe, o A.S “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, 2009, p. 24). As ações socioeducativas “consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (p. 29).

Já as ações de Mobilização, Participação e Controle Social estão voltadas

> […] prioritariamente para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas. (CFESS, 2009, p. 31)

Dando continuidade as dimensões de atuação do profissional de Serviço Social, temos as ações de Investigação, Planejamento e Gestão, “estas ações têm como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais” (p. 33). Temos ainda as ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional que “consistem em treinamento, preparação e formação de recursos humanos voltados para a educação permanente de funcionários, representantes comunitários, chefes intermediários e conselheiros” (p. 35).

Após discutir os Parâmetros de Atuação na Saúde, reitera-se que a questão social, na atualidade, assume novas roupagens em decorrência dos processos históricos contemporâneos a ela vinculados. O Serviço Social também sofre com os impactos dessa mudança. Nesse sentido, o fortalecimento do projeto ético-político é fundamental, pois permite ao Assistente Social que aja conforme parâmetros críticos que desvelam as diversas facetas da questão social.

A seguir, trataremos de modo específico, sobre a atuação do Serviço Social em hospitais, objetivo do presente estudo.

2.1.7 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL EM HOSPITAIS

Segundo Brito (2005, p.100), em um hospital, o trabalho do assistente social tem por objetivo identificar os determinantes sociais nos processos de saúde e adoecimento, com o objetivo de articular ações nos diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação dos princípios do SUS. Inserindo seu trabalho em diversos setores como: pronto-socorro, ambulatoriais e internação, formando uma assistência multiprofissional.

De acordo com Garcia, Pereira (2012, p. 17), o trabalho do Serviço Social foi marcado por sua entrada no campo da saúde, em hospitais especificamente, por conta de sua atuação em trabalhos comunitários, através de práticas educativas, relativos à higiene pessoal, controle de doenças, direitos sociais.

Para Correa, Paixão (2018, p. 17), no que se refere a natureza do Serviço Social, em âmbito hospitalar, o exercício profissional possui em sua prática, a técnica educativa, participativa e específica, no que se refere ao reconhecimento do direito do usuário assistido pelos programas e projetos sociais de seu contexto. Assim, em um hospital:

> Deve desenvolver atividades que mobilizem a clientela atendida no SUS por meio de ações participativas, que possibilitem o melhor atendimento. Dessa maneira, a atuação do assistente social no ambiente hospitalar, diferencia-se das demais profissões, por possuir uma essência particularizada, pautada em competências e atribuições que complementam o atendimento médico, ao oferecer um suporte social aos usuários, como menciona a entrevistada (CORREA, PAIXÃO, 2018, p. 17).

Cita-se de acordo com Olivar e Vidal (2006, p. 150), algumas das principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na área hospitalar em suas unidades de internação, emergência e ambulatórios:

- Visitar pacientes das enfermarias e emergências, observando a resolução de problemas sociais e o fornecendo orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas do hospital;
- Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social;
- Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar;
- Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica);
- Contactar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes;
- Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento;
- Comunicar e orientar os pacientes quanto à data, horário e local de cirurgias; contactar sobre a alteração de datas de agendamento de consultas/cirurgias;
- Orientar os familiares e/ou paciente no caso de cirurgia de grande ou médio porte, sobre a importância e necessidade de doação de sangue;
- Inserir usuários especiais na rotina, após a avaliação do caso;
- Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, riscos e agravos para o tratamento médico;
- Reforçar a importância de campanhas e multidões que o hospital realiza;
- Agendar o teste do pezinho e o retorno ambulatorial do recém-nascido;
- Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral.

No entanto, ressalta Guerra (2000, p. 111), é primordial que o profissional do Serviço Social vá além das normativas e burocracias de qualquer instituição hospitalar. Ou seja, a utilização da instrumentalidade operacional não é apenas a execução de um conjunto de instrumentos e técnicas, e sim uma capacidade avaliativa do assistente social nas respostas às necessidades do sujeito, não somente de forma imediata, mas na solução e na problematização das demandas, que lhes são apresentadas, em seu conteúdo e em sua totalidade.

Na intencionalidade de realizarmos uma aproximação com o que foi anteriormente mencionado, abordaremos, a partir de então, a prática do Assistente Social em contexto hospitalar.

Ao tratar sobre trabalho na saúde, Da Costa (2000) *apud* Nogueira (1991) afirma que na esfera dos serviços, o trabalho possui uma singularidade, que é marcada pela natureza e pela modalidade dos processos de cooperação, que podem ser verticais e

horizontais. A cooperação vertical diz respeito às organizações ou aos trabalhadores que participam de uma hierarquia; enquanto a horizontal abrange as diversas subunidades que participam do cuidado em saúde. O autor ainda afirma que "[…] ambos os níveis de cooperação envolvem uma complexidade de relações com a organização da política administrativa dos serviços de saúde, com as demandas dos usuários, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos" (s.d). Conforme o autor, na saúde não ocorre uma redução da força de trabalho, quando são implementados novos serviços parciais, isso porque os serviços mais antigos não são extintos em função dos novos. Nesse sentido, "a ampliação da atuação do A.S na saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviço quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho" (s.d).

Da Costa (2000, s.d) ao debruçar-se sobre os estudos de Merhy (1997, p. 132) afirma que:

> […] quando um trabalhador dos serviços encontra-se com o usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros em ato. No caso dos serviços de saúde, essa intersecção é do tipo compartilhada, porque o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho e/ou de insumos, medicamentos etc., mas é coparticipante do processo de trabalho, na medida em que dele dependem o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento / aplicação das prescrições médicas e recomendações terapêuticas.

A atual organização do Sistema de Saúde, ao mesmo tempo que atende algumas das reivindicações do movimento sanitário, ainda não supera algumas contradições existentes como a demanda reprimida; a exclusão; a precariedade de recursos, a questão da quantidade e qualidade de atenção, a burocratização, etc. Nesse sentido, ao atender as necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social interfere e criam "um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil" (s.d). Da Costa (2000, s.d) em sua pesquisa realizada em um hospital público na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, afirma que

> […] as atividades do Serviço Social estão prioritariamente concentradas nos seguintes campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional que relacionam-se intimamente com as requisições. São elas: ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social.

Ainda segundo Da Costa (2000, s.d), as atividades contempladas podem ser desenvolvidas concomitantemente em um mesmo processo de atendimento dos usuários ou, de maneira isolada, porém, podendo envolver as diversas unidades,

subunidades, setores, saberes e atividades profissionais. Para que atendimento ocorra, torna-se necessária a realização das seguintes articulações: a) levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários; b) interpretação de normas e rotinas; c) procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde; d) agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial; e, e) desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político.

Em alusão ao cotidiano da prática profissional do assistente social em hospitais, podemos trazer a contribuição de Da Costa (s.d) que, acerca dos itens acima descritos, cita os campos de atuação do assistente social. Segundo a pesquisadora, nos hospitais, as atividades acima supracitadas relacionam-se a) a necessidade de agilizar iniciativas e providências para realização de exames, aquisição de medicamentos, notificação de alta ou óbito, etc.; b) cumprimento de horários e duração das visitas, o número de visitantes permitidos, os comportamentos do usuário e de sua família, a permanência no hospital e, até mesmo, pós alta médica; c) nos casos de óbito, compete ao assistente social repassar as orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo junto ao Serviço de Verificação de Óbito, translado e sepultamento, incluindo orientações sobre os trâmites no cartório, se necessário; d) uma das principais requisições emergenciais em ambiente hospitalar é a de providenciar transporte para os pacientes, seja em transferências de um hospital para o outro, seja para levar para a realização de uma consulta em outro local e, principalmente, assegurar o transporte adequado para o domicílio no pós-alta. E, por fim, e) trata-se de um momento em que o profissional assessora, ministra, organiza ou realiza cursos, oficinas, seminários, debates, treinamentos nas unidades de saúde ou nas comunidades.

A seguir, discutiremos a temática de óbito e luto, a fim de, mais adiante, analisarmos a importância da atuação do profissional do Serviço Social em situações de óbito e luto em hospitais.

2.2 ÓBITO E LUTO

Para Júnior, Rolim, Morrone (2005, p. 51), a morte sempre foi um assunto cercado de mistérios. No entanto, a morte é a característica mais humana que existe. O homem é o único animal que sabe que vai morrer. Assim também se constitui um grande mistério a sua atitude frente a morte. Existem mortes e mortes. Andrade e Andrade (2009, p. 47) nos dizem que

> O que horroriza é a morte vil, que retira toda a dignidade da pessoa e mostra toda a sua vida como insignificante. Existe a morte vil e a morte majestosa, que exalta toda sua vida passada e tem a pessoa como quem fez muito pelos outros, a morte alegre, que não é enxergada como o fim de tudo, e a morte triste, a morte estúpida, sem nenhum significado, e a morte humana, com dignidade.

A palavra morte no dicionário, é definida como: “falecimento, ameaça eminente à existência individual ou finita, fim do ciclo de vida e limitação da existência”. Compreende-se que a morte é muito mais do que um evento biológico, tem também uma dimensão filosófica, antropológica, religiosa, social, psicológica e espiritual (ABRAGNANO, 2007, p.795-796). Aciole e Bergamo (2019, p. 122) afirmam que o processo do luto é singular e, portanto, irá se desenvolver conforme as características do enlutado e as circunstâncias da morte, que são cada vez mais frequentes nos hospitais.

Gomes e Barros (2019, p. 2) consoante aos estudos de Souza et. al (2007) afirmam que a noção da morte é uma noção abstrata que indica um fenômeno de difícil apreensão “que escapa a toda tentativa de captura. Só se pode falar da morte quando vive e só se é possível experienciá-la de forma parcial, enquanto perda subjetiva, seja por meio da morte de um outro e seus reflexos sobre o sujeito, seja mediante perdas internas ao próprio sujeito.”

Conforme Brozosky (2014, p. 7), a morte é uma experiência universal, faz parte da vida de todos os seres vivos, é algo difícil de ser descrito, nomeado, frente à qual não encontramos palavras. No ambiente da saúde, a morte é uma possibilidade. No cotidiano hospitalar quando acontece o óbito, o Serviço Social é acionado para proporcionar acolhimento aos familiares.

De acordo com Franqueira, Magalhães, Carneiro (2015, p. 487), “existem muitas dificuldades no enfrentamento do luto, por isto, é importante a oferta de cuidado às famílias enlutadas”. Os autores ainda defendem que “o luto é vivenciado de maneira

singular; não existe um padrão de reação; há variações em intensidade e duração, influenciadas por fatores como o contexto da morte e as características do enlutado. Por isto, é necessário não interpretar como patológicas, reações que são naturais."

Para Brozosky (2014, p. 7), ainda que a morte seja algo certo na vida das pessoas, poucos são aqueles que estão preparados para enfrentar a perda de alguém próximo e querido e, quando este se constituiu de um familiar, a aceitação torna-se mais difícil. O momento da concretude da morte leva as pessoas a ficarem transtornadas e sem saberem o que fazer. Quando esta ocorre em um ambiente hospitalar com normas e rotinas específicas, que necessitam ser seguidas, é importante que haja um profissional capacitado que faça a condução e orientação necessária para o familiar enlutado, viabilizando o processo de liberação do corpo e alguns outros trâmites burocráticos.

Lidar com a morte refere-se a uma experiência pessoal, na qual aquele que perdeu alguém começa a perceber a sua ausência, a falta de comunicação, a frustração com os planos. Assim é o luto: solitário, triste, difícil e lento. Seu desenvolvimento dependerá de muitos fatores, como, por exemplo, a religião, a idade (tanto de quem sofre, quanto daquele que se foi), da forma com que se deu a morte, do apoio de outros e de quanto estamos preparados para enfrentar a situação (TRASFERETTI, 2007, p. 541).

Assim, entende-se conforme Júnior, Rolim, Morrone (2005, p. 56), que a morte, biologicamente falando, é o momento do termo, o fim da vida; já foi transpassada a barreira que separa "estar vivo" de "estar morto". O morrer é um processo progressivo com diminuição e alteração das funções vitais que culminam com a morte. Afinal, ainda conforme os autores

> Desde os tempos mais remotos da história humana sobre a qual se tem registro, nenhum grupo deixou de realizar algum tipo de rito mortuário ou alguma cerimônia para se despedir dos seus entes queridos como indivíduos. A morte sempre foi algo presente para o gênero humano e encarado como algo misterioso e inevitável. As pessoas que morriam nos seus domicílios rodeadas de familiares e amigos, dando as últimas ordens e dispondo de suas últimas vontades, chegavam ao fim de sua vida vivendo esta última etapa com qualidade, humanamente, socialmente, não tecnicamente. Superavam assim seus temores e sofrimentos, sabendo que o fim de sua peregrinação terrestre se aproximava.

Ross (1997, p.102) salienta que muitas coisas não são ensinadas durante a formação do profissional da saúde. Entende-se que não é ensinada é a compaixão, que pode curar qualquer coisa. Sendo a principal ajuda que se pode dar ao paciente é ser bom,

cuidadoso, sensível, amoroso – um ser humano. Em seus estudos, desenvolveu teorias sobre a morte e o morrer que são determinantes para que os profissionais possam compreender o sofrimento dos pacientes diante da morte e, dessa forma, dialogar e dar atenção devida.

De acordo com Trasferetti (2007, p. 547), a perda se expressa em um conjunto de emoções advindas do luto que se vivencia e das fases atribuídas a ele durante todo o período, como um sofrimento individual. O enfrentamento será observado na forma de cada pessoa lidar com a internalização dessa morte onde, a partir de um conhecimento técnico, será observado o comportamento de cada indivíduo perante o momento vivido. Assim, entende-se que a tanatologia consiste no estudo de vida e morte, enfatizando o viés psicológico e social em busca de compreender o processo de morte e luto, através da humanização do atendimento às pessoas que estão sofrendo esse processo de perda, com interesse em melhor capacitar os profissionais envolvidos nesse processo junto às famílias. (TRASFERETTI, 2007, p. 547)

> Para que o apoio ao indivíduo enlutado possa ser efetivo e para que equívocos sejam evitados, é necessário considerar as culturas, as crenças, os contextos e as dinâmicas dos relacionamentos familiares, bem como identificar fatores que possam prejudicar o enfrentamento do luto, como a não manifestação dos sentimentos, o adiamento do processo ou a negação da perda. A elaboração do luto pode ser compreendida como a fase em que há diminuição do sofrimento frente as lembranças do falecido, havendo a retomada do interesse pela vida, por parte dos familiares. (ROSENBLATT, WIELING, 2014, p. 265)

Segundo Aciole, Bergamo (2019, p. 127), “o morrer constitui uma importante oportunidade de crescimento para o doente e seus familiares, pois, nos momentos de dor e de certeza da separação entre as pessoas, estas podem rever sua vida e seus valores, e então suplantar seus ressentimentos, exercitar o perdão e desenvolver a compreensão e o amor”.

Destaca Parkes (1998, p. 75):

> Que morrer é algo proibido, já que todos querem ignorar a sua existência. Hoje, se morre muito mais no hospital; é uma morte escondida das pessoas e isolada dos familiares, uma morte disfarçada. Não se deseja que a morte do outro nos faça refletir sobre a nossa própria morte. […] Uma investigação realizada em cerca de 100 mil livros de ensaio publicados nos últimos 20 anos mostraria que só duzentos (0,2%) afrontavam o tema da morte. Livros de medicina incluídos. […] Morrer, hoje em dia, é algo estúpido e trivial, não é mais a conclusão de uma vida, é um fracasso. […] Eu sou a única que estou morrendo. Sei que se sentem inseguras, não sabem o que dizer, não sabem o que fazer. Apenas admitam que se importam. Não fujam… Esperem […] tudo o que eu quero saber é que haverá alguém para segurar-me a mão quando precisar disso. Estou com medo. A morte pode ser rotina para vocês, mas é novidade para mim. […] Se realmente se importassem, perderiam

> muito de seu precioso profissionalismo se chorassem comigo? Apenas pessoa com pessoa? Então poderia não ser tão difícil morrer num hospital com amigos por perto (ROSS, 1996, p.56-57).

Salienta-se, conforme Campos (2005, p. 398):

> […] que, contudo, os avanços científicos e a captura tecnológica para produzir saúde acabaram por distanciar o profissional de saúde do paciente, passando este último a ser visto de maneira fragmentada e reducionista, o que torna necessário, em oposição a isto, a mudança para um cuidado que valorize o sujeito doente. A regulamentação da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), em 1990, trouxe um contexto de mudança na concepção e organização da saúde no Brasil, e mudanças com o intuito de contribuir para a eficácia dos cuidados vêm sendo realizadas, de modo que os usuários do cuidado devem ser vistos como sujeitos. Isto é, as mudanças não devem se limitar à assistência: é necessária uma guinada cultural sobre o modo de a população entender a saúde, a maneira de utilizar os serviços e, também, de compreender e lidar com a morte, e não apenas evitá-la a qualquer custo.

Ross (1969, p. 56) afirma que o ser humano reage à morte e ao morrer. Ross (1969) ainda destaca que

> […] examinando nossa sociedade, perguntamo-nos logo sobre o que acontece com os homens numa sociedade propensa a ignorar ou a evitar a morte. Quais os fatores, se é que existem, que contribuem para a crescente ansiedade diante da morte? O que acontece num campo da medicina em evolução em que nos perguntamos se ela continuará sendo uma profissão humanitária e respeitada ou uma nova, mas despersonalizada, ciência, cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofrimento humano?

Observa-se que a medicina, mais do que qualquer outra ciência, segundo Parkes (1998, p. 77), coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional.

> O médico responde a esse desafio, muitas vezes, com ansiedade, medo e até como ameaça à sua própria vida. A solução seria uma formação médica apropriada sobre o assunto, mas a maioria dos programas de treinamento médico com frequência aborda esta realidade inadequadamente; como resultado, o tratamento dos pacientes moribundos é desnecessariamente doloroso para todos os envolvidos. É necessária "maior humanização do homem frente a sua vida e a dos outros.

Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFSS, 2020), a atuação do Serviço Social nos cuidados ao final da vida, deve:

> • Abordar o familiar/cuidador, caso ele se encontre no setor, em caso negativo contatar o familiar solicitando sua presença no setor para orientação e encaminhamentos;
>
> • Sinalizar claudicação e sobrecarga de cuidador principal e identificar junto à rede de apoio acompanhante apto para permanecer nesta fase;
>
> • Disponibilizar maior tempo do familiar ao lado do seu paciente;
>
> • Identificar junto à rede de apoio ao familiar apto para receber orientações prévias acerca de procedimentos legais do óbito.

Sabe-se que a morte não deveria finalizar os cuidados ofertados pelos profissionais de saúde. De acordo com Júnior, Rolim, Morrone (2005, p. 58),

> […] a família enlutada pode necessitar de cuidado para enfrentar o sofrimento, ainda que possa haver dúvidas sobre quais intervenções são

> significativas, como planejar, quando iniciar o atendimento e qual deve ser a equipe responsável. Nota-se que durante a experiência do processo de luto, as famílias identificaram solidão, sentimento de vazio, tristeza e lembranças doloridas, as quais também foram mencionadas como dificuldades que se refletiram na demanda apontada como necessidade de receber conforto e de alguém para dar apoio, de compreender a perda e encontrar forças para enfrentar o por vir. Foi possível perceber uma relação, e até certa constância, entre as experiências, dificuldades e necessidades que permearam o luto vivenciado pelos entrevistados, estando umas vinculadas às outras.

Salienta-se conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFSS, 2020), que

> […] com o passar do tempo, o modo de enfrentar a morte se modificou e, atualmente, este evento causa certo pavor. Esse sentimento de pavor pode se agravar no caso de pacientes em cuidados paliativos, pois, além de terem que enfrentar uma gama de complicações relativas à doença que possuem, passam a lidar constantemente com a questão da morte e com as preocupações práticas da vida diária. Ademais dessa preocupação gerada pelas incertezas e pelo turbilhão de sentimentos, que existem quando se tem um familiar gravemente enfermo, há outras questões que também trazem preocupações. São as demandas familiares de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos, a fim de contribuir para a organização da família frente ao momento da morte. Neste contexto, o assistente social atua no sentido de auxiliar o paciente e/o familiar a lidar com questões de ordem financeira, familiar e social, às vezes fortalecendo e/ou retomando vínculos familiares.

A morte moderna acontece no ambiente de terapia intensiva, em que o paciente é assistido até os últimos momentos, procurando minimizar a dor física e o desconforto. O corpo é invadido por tubos, cercado de aparelhos, suas funções vitais são monitoradas e submetido a rotinas que o distanciam de sua família, privilegiando a competência dos profissionais que ali atuam, conforme ressalta Menezes (2003).

A comunicação com os profissionais após o óbito, é muito importante para as famílias. Para Kaplan, Sadock, Grebb (1997, p. 85),

> […] o médico exerce um importante papel junto a cônjuges, parentes e amigos enlutados. Primeiramente, ele pode ter que preparar a família para a possível morte de um ser amado. Na ocasião da morte da pessoa, o clínico deve encorajar a ventilação dos sentimentos. Se esta expressão emocional for inibida, muito provavelmente estes sentimentos serão expressos de um modo mais intenso, posteriormente. As consequências de uma perda serão mais favoráveis se a pessoa puder interagir com outros que compartilhem e empatizem com seus sentimentos.

Entende-se, segundo orientações do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS, 2020), que

> […] o profissional deverá ter seu olhar voltado para o paciente e a família. Contudo, o profissional precisa ter maturidade para optar pelo melhor momento de tomar providências, pois isso pode ser muito problemático nos casos em que a família não está preparada para o enfrentamento da morte, muitas vezes voltando-se contra a equipe que assiste o paciente. Dar suporte para a família lidar com a proximidade da morte não é fácil. Exige de nós conhecimento, maturidade, profissionalismo, e, acima de tudo, sensibilidade para compreender que a morte é um acontecimento único para cada ser.

Conforme Barros, Gomes (2019, p. 2), os assistentes sociais estão prontos a agir nas situações de contato com famílias enlutadas, amparados pelo Código de Ética Profissional- (CEP); A Lei de Regulamentação 8.662/93; Os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde; dentre outros na área da política de saúde.

> Evidenciando o lado humano e profissional dos assistentes sociais no atendimento aos indivíduos ou grupo familiar no período inicial do luto, após a notificação do óbito pelo médico. Demonstrando solidariedade com a dor do outro e, ao mesmo tempo, garantindo o direito dos usuários, orientando-os sobre como proceder daquele momento em diante (BARROS, GOMES, 2019, p.2)

Segundo as orientações do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS, 2020), a respeito das funções do Assistente Social diante do óbito e luto cita-se:

- É garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento.
- A comunicação de óbito não constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social.
- 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, translado e demais providências concernentes.
- O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente.
- Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal.
- Da mesma forma, não cabe ao /à assistente social a divulgação de boletins médicos, nem tampouco o atendimento prévio de pacientes, visando realizar a triagem das suas condições clínicas para acesso aos serviços de saúde.
- As determinações institucionais que estejam em desacordo com a legislação profissional (lei de regulamentação, código de ética e resoluções) devem ser informadas aos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) em suas jurisdições (CFSS, 2020).

Nuland (1993) aponta que a morte no hospital, na maioria das vezes, se tornou uma morte solitária, o paciente é separado de sua família, das pessoas que o amam, está em um ambiente de muita tecnologia, conectado a sofisticados aparelhos, sendo acompanhado e tratado por pessoas altamente especializadas, porém sem nenhuma afetividade. As UTIs surgem como importante aparato tecnológico, com a finalidade

de prolongar e restaurar a vida. No entanto, é nestes ambientes que ocorrem mais mortes em relação a outras áreas do hospital e, a permanência dos familiares é limitada, favorecendo a morte silenciosa e solitária.

De acordo com Lopes et al. (2019, p. 55), no ambiente hospitalar dentre as várias demandas atendidas pelo assistente social, tem-se o óbito. No ambiente hospitalar ocorrem várias demandas que são atendidas pelo assistente social, entre elas o óbito, exigindo uma intervenção profissional qualificada e humanizada. Assim, esse profissional orienta e encaminha a família sobre os trâmites referentes à parte burocrática do óbito, explica e auxilia a respeito das legalidades do translado do corpo, sepultamento, podendo inclusive viabilizar o auxílio-funeral nos casos necessários.

> Ressalta-se de acordo com documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), nomeado "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde": a comunicação do óbito em si, mesmo que historicamente requisitada ao assistente social na saúde, não consiste em atribuição do profissional. Sendo atribuições do assistente social na saúde, aquelas demandas derivadas da ocorrência do óbito, como: a orientação e encaminhamento sobre translado do corpo, funeral, sepultamento, auxílio-funeral, questões legais e burocráticas, além de orientações sobre: requerimento de pensão por morte, licença trabalhista, seguro Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre (DPVAT), seguro de vida, inventário, anulação de aposentadoria (LOPES et al. 2019, p. 57).

Elias (2001, p. 62) salienta que o fenômeno da morte é algo social. Sendo a morte um momento doloroso, tanto para o moribundo, como para as pessoas próximas. Assim, trata-se de um problema social, no qual os vivos devem aprender a viver e conviver da melhor forma possível neste estágio da vida. No contraponto, nota-se que ocorrem importantes aspectos para compreender as dificuldades de lidar com a morte em nossa sociedade. "A morte, atualmente, é vista como um assunto mórbido, interdito, e que é ocultado ao máximo, mas nem sempre foi assim." (ARIÈS*, apud ELIAS*, 2001).

Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010, s.d),

> […] o assistente social é formado para desenvolver uma leitura crítica da realidade vivenciada por aqueles que o procuram. Com isso o profissional de Serviço Social tem na equipe multiprofissional o papel de compreender e intervir nos múltiplos fatores sociais do adoecimento, necessitando conhecer a situação vivenciada pelo paciente e sua família. Conhecer a história do paciente e identificar seu papel dentro da organização familiar e sua condição socioeconômica e sua rede de suporte social implicam em estratégias para o enfrentamento da doença.

Portanto, ao Assistente Social cabe ser esse mediador entre a morte e o morrer, assim, no que se refere a atender demandas provenientes de um óbito hospitalar, segundo Lopes et al. (2019, p. 57), é necessária a presença do assistente social, para

fazer a mediação do trabalho interdisciplinar, da equipe multiprofissional e a família enlutada. Sendo o assistente social conhecedor do contexto familiar, social, econômico e cultural, este fará a comunicação entre a equipe, para que a família tenha maior compreensão da situação neste momento de fragilidade.

A experiência do luto é difícil, lenta e exaustiva, requer tempo para aprender a viver sem a presença de uma pessoa importante, toda a ajuda é necessária, “na morte e na dor não precisamos de tanta proteção contra experiências dolorosas quanto necessitamos de coragem para encará-las (ROSS, 1996, p.137).

Conforme Menezes (2004, p. 129), o assistente social, no contexto em questão, atua diretamente no processo de morte e morrer. Pois esse profissional está ligado ao movimento de cuidados paliativos, em que se defende a importância da assistência no final da vida.

Nesse sentido, tratar da experiência do óbito e luto exige do profissional de Serviço Social um olhar humano, tornando-se um profissional essencial à medida que realiza a mediação entre a equipe multiprofissional e a família enlutada.

Finalizando aqui o Referencial Teórico, que nos permitirá trazer os resultados e discussões dos dados, bem como traçar as considerações finais, a seguir, apresentaremos o percurso metodológico do presente estudo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, com o tema “A Atuação do profissional do Serviço Social em caso de óbito e luto em hospitais”, analisando a importância do Assistente Social em casos de óbito e luto em hospitais.

Segundo Gil (2007, p. 17), a pesquisa é definida como:

> [...] procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados (GIL, 2007, p. 17).

A metodologia é o estudo dos caminhos que serão percorridos, para se alcançar os objetivos da pesquisa, ou um estudo, ou para se fazer ciência. Ou seja, entende-se como um estudo dos caminhos e instrumentos que serão utilizados para realização da pesquisa científica. De acordo com Minayo (2007, p. 44) a Metodologia pode ser definida a partir do seguinte conceito:

> […] a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; c) e como a “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas (MINAYO, 2007, p. 44).

De acordo com Marconi e Lakatos (2013, p. 57), “a pesquisa bibliográfica” não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto”, ou seja, ela engaja o pesquisador a ter um olhar mais focado do tema e assim projetar conclusões novas, sem repetir sobre o que foi dito, mas olhando pelo seu ponto de vista.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, a coleta de dados ocorreu em artigos científicos que abordam o tema em questão e, em especial, por se tratar da atuação do assistente social nos casos de óbito e luto, no site do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS/MANIFESTA), mais precisamente as cartilhas publicadas dos anos 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 e na publicação do referido conselho profissional que versa sobre os Parâmetros de atuação do assistente social na Saúde.

Assim, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, a qual abrange bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado. Entende-se que sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi publicado sobre determinado assunto (LAKATOS, MARCONI, 2001).

Segundo Andrade (2010), a pesquisa bibliográfica é utilizada em diversas áreas de conhecimentos, pois em qualquer área exige uma pesquisa prévia para o levantamento de um determinado tema. Para melhor explicitar, Gil (2010) afirma que:

> A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente […] Essas vantagens da pesquisa bibliográfica têm, no entanto, uma contrapartida que pode comprometer em muito a qualidade da pesquisa. Muitas vezes, as fontes secundárias apresentam dados coletados ou processados de forma equivocada. Assim, um trabalho fundamental nessas fontes tenderá reproduzir ou mesmo a ampliar esses erros. Para reduzir essa possibilidade, convém aos pesquisadores assegurarem-se das condições em que os dados foram obtidos, analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, cotejando-as cuidadosamente (GIL, 2002, p. 45).

Deseja-se que através desse arcabouço metodológico seja possível produzir informações importantes, que abarquem os objetivos propostos deste trabalho, assim como auxilie na ampliação do debate sobre a Serviço Social no quesito óbito e luto em hospitais.

Enfim, para a realização deste trabalho a técnica de pesquisa utilizada foi a bibliográfica, que tem como bases materiais já publicados "[…] inclui material impresso, como livros, revistas, jornas, teses, dissertações e anais de eventos científicos" (ANDRADE, 2010, p. 29).

Por se tratar de uma revisão bibliográfica, pesquisou-se por subtemas pertinentes ao tema central, em livros, artigos e web. Considerando plataformas como Scielo, Google Acadêmico, Lilacs, dando ênfase aos materiais bibliográficos sobre: Serviço Social, morte, hospitais, luto, óbito, doenças terminais, assistência social.

A abordagem utilizada foi a qualitativa, pois o objetivo é aprofundar o estudo nas questões relevantes ao objeto em questão, portanto esse trabalho não tem como finalidade a obtenção de dados mensuráveis quantitativamente.

De acordo com Gonsalves (2007, p. 69), "[…] pesquisa qualitativa é a compreensão, com a interpretação do fenômeno, considerando o significado que os outros dão às suas práticas, o que impõe ao pesquisador uma abordagem hermenêutica […]". Gil afirma que (2010, p. 45), podemos dizer que a pesquisa bibliográfica segue as seguintes etapas:

> a) escolha do tema;
>
> b) levantamento bibliográfico preliminar;

c) formulação do problema/
d) elaboração do plano provisório de assunto;
e) busca das fontes;
f) leitura do material;
g) fichamento;
h) organização lógica do assunto; e
i) redação do texto.

Gil (2010, p. 59-60), cita quatro formas de compreensão para a leitura na pesquisa bibliográfica: leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa.

Na leitura exploratória o pesquisador se atentará apenas em conteúdos relevantes a sua pesquisa, por meio de notas de rodapé, índices e exames de folha de rosto. Na leitura seletiva o pesquisador selecionará apenas o material que contribuirá para seus objetivos, evitando leituras desnecessárias. Em relação a leitura analítica, tudo o que foi lido e selecionado, será analisado minuciosamente, pois seu objetivo é ordenar e sumariar as fontes de pesquisa. E por fim, a leitura interpretativa que é considerada a mais complexa, pois esboça os resultados obtidos da pesquisa e a solução para o problema pesquisado (GIL, 2010).

E, assim, de acordo com os preceitos do percurso metodológico, acima descritos por Gil (2010), é que foi formulado o presente estudo, aqui apresentado aos leitores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Enfim, após nos respaldarmos pelo referencial teórico apresentado, traremos, em forma de Resultados e Discussão dos dados coletados nesta pesquisa, as intervenções do assistente social em casos de óbito e luto em hospitais.

O cuidado ao orientar famílias que sofreram com o óbito e passam pelo processo de luto pressupõe uma assistência voltada para a dignidade humana; não se baseando em protocolos, mas em princípios. Reconhecer que o atendimento adequado requer o entendimento do homem como ser integral, que possui demandas, cuidados e necessidades diferenciadas é de suma importância para o agir profissional do Assistente Social (MATSUMOTO, 2012). O trabalho prestado na atenção primária, secundária e terciária, torna-se fundamental, pois é por meio e através dele que o profissional conhece o paciente, a família e os antigos cuidadores. Andrade (2012) ressalta a importância de traçar um perfil socioeconômico daquela família, pois conforme a autora nem sempre os vínculos afetivos foram formados de forma satisfatória, podendo ser o ente falecido alguém que possuía desavenças com a família; ou ainda uma família que não possui condições financeiras adequadas para realizar os procedimentos básicos para o enterro; dentre outros fatores e demandas, que podem surgir durante a realização das visitas domiciliares. Andrade (2012, p. 341-342) ainda afirma que "[…] conhecer e compreender essa família em seus limites e possibilidades é o primeiro passo para um atendimento adequado; para tanto a escuta e o acolhimento são ações imprescindíveis, assim como o reconhecimento do momento adequado para a abordagem". Importante destacar que, obviamente, não teremos o mesmo profissional de Serviço Social em todos os âmbitos de atenção à saúde, contudo esse fato não pode ser um impedimento ao conhecimento sobre a realidade social do usuário que, naquele momento, dentro de um hospital, é um paciente em vias de morte. Assim, importante o acionamento da rede socioassistencial que inclui equipamentos públicos de saúde, assistência, e os que se fizerem necessários para tal conhecimento, bem como o registro de todos os procedimentos realizados.

Os cuidados com a família iniciam-se antes mesmo da morte do paciente. Américo (2012) afirma que as últimas horas de vida de um paciente podem ser inundadas de

tristeza, melancolia e saudade e, logo, os desejos de paz, de boa partida e de “boa hora” tomam conta das UTI’s e quartos de hospitais. São momentos cercados de medos, inseguranças e incertezas, em que a espiritualidade pode emergir de forma colaboradora.

Estudos apontam que na chamada *fase final*, o período das últimas 48 horas de vida, alguns sintomas são comuns para os pacientes e, portanto, são uma forma de preparar a família para o que está por vir, são eles: anorexia e nenhuma ingestão de líquidos; imobilidade; alteração cognitiva e sonolência e/ou delírio; *mioclonus* (abalos musculares involuntários); dor; colapso periférico, falências funcionais e, ronco final. Américo (2012) ainda afirma que as últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas, ou muito superficiais e pausadas. Acrescenta que

> O apoio e algum preparo espiritual torna-se essencial neste momento. Não deve ser confundido com os rituais religiosos. A religião do doente deve ser sempre respeitada e jamais o doente pode ser pressionado no final da vida a aceitar qualquer tipo de preceito religioso novo. Devem-se evitar atribuições de possíveis culpas, temores divinos ou qualquer outra situação que possa induzir medo no paciente. A assistência espiritual deve ser essencialmente amorosa, livre, simples como um toque ou olhar. Escutar é mais importante que se fazer ouvir. Essencialmente: transmitir ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero (AMÉRICO, 2012, p. 540).

Reitera-se, conforme apontado pelo autor que “[…] a decisão sobre o local da morte, seja em hospital ou em domicílio, deve ser feita em conjunto com a família, previamente discutida com a equipe, e consideradas as condições e recursos de apoio, como estrutura domiciliar, familiar e do cuidador” (p. 542).

Em paralelo a angústia gerada pelos medos e incertezas quando se têm um familiar enfermo, na fase final da vida, Oliveira (2012) afirma que há outras questões de cunho prático que exigem providências, encaminhamentos e orientações que contribuirão com a organização da família daquele paciente. O grande desafio do profissional de Serviço Social é identificar na situação daquele paciente e de sua família o que é prioritário e como deve ser conduzido, pois conforme é apontado por Oliveira (2012) o profissional necessita de sensibilidade e discernimento para decidir o melhor momento para a abordagem de algumas providências e, evidentemente a percepção deste *tempo* só pode ocorrer quando há uma participação efetiva dos profissionais que estão envolvidos e agindo de forma conjunta. Acrescenta-se que

> Faz parte do trabalho do assistente social, a preocupação com a provisão de recursos financeiros que deem conta de suprir as necessidades do paciente […] e garantir futuramente a manutenção de seus familiares. Como esta garantia, em boa parte, depende de providências que têm implicações legais,

> é importante ressaltar que as orientações sobre Legislação, principalmente previdenciária, fazem parte do escopo de trabalho do Serviço Social, como uma alerta, um encaminhamento para as questões que dizem respeito à proteção do paciente e família (OLIVEIRA, 2012, p. 544).

Oliveira (2012) ainda divide as ações e intervenções do Serviço Social para com a família e o paciente em dois momentos, a saber: a) regularização de documentos, afastamento do trabalho e benefícios; e, b) reorganização familiar após o óbito. O primeiro momento é imprescindível para que o segundo ocorra da forma mais tranquila possível.

O primeiro momento é quando o paciente tem seu quadro agravado e precisa de maior assistência e cuidados e para a reorganização da família, além de aporte financeiro para dar conta de despesas inevitáveis como:

> […] a aquisição de medicamentos; material para curativos ou fraldas; dieta ou suplemento alimentar; aluguel ou aquisição de cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho; aparelho para inalação, aspirador e outros equipamentos a fim de propiciar mais conforto ao paciente. Há ainda, muitas vezes, a necessidade de reserva financeira para as possíveis despesas com traslado, funeral e sepultamento (OLIVEIRA, 2012, p. 542).

Faz-se mister destacar que a depender da gravidade e evolução da doença, este período pode ser reduzido. Neste primeiro momento, o A.S torna-se responsável por orientar a respeito da documentação e regularização do estado civil do paciente; da documentação de representação civil; da documentação de regularização de bens; a respeito do PIS/PASEP/FGTS; a respeito de um possível afastamento do trabalho; a respeito do auxílio-doença; da aposentadoria por invalidez e do amparo assistencial (LOAS), se for o caso. No entanto, nos ateremos em discutir aqui as orientações a respeito do segundo momento: a reorganização familiar em casos de óbito, por entender que possui uma ligação estreita com o objetivo geral da presente pesquisa.

Após o falecimento do paciente, a família encontra-se numa posição delicada, pois tem que resolver questões de ordem prática ao mesmo tempo que está lidando com o luto. Oliveira (2012) salienta a importância de uma abordagem cuidadosa, que respeite o período do luto mas não o exceda. O Assistente Social, mais uma vez, é o responsável por prestar assistência a essa família. Torna-se uma tarefa do A.S: prestar assistência a respeito das providências que os prazos se expiram (a pensão, o inventário, a documentação do financiamento da casa própria e o seguro de vida).

A respeito da assistência (humanitária) ao luto, faz-se necessário recordamos o significado da palavra *perda*. O substantivo feminino *perda* significa, conforme o

Dicionário Oxford “1. Ato ou efeito de perder; 2. Fato de deixar de possuir ou de ter algo”. Em linhas gerais, *perda* não se refere apenas à morte, mas a toda perda psíquica, material, física, etc. No caso do acometimento por uma doença, Genezi (2012) afirma que a perda não é somente daquele ente que se foi, mas de tudo aquilo que ele representava nos contextos sociais, econômicos, profissionais e afetivos.

Para o profissional que trabalha em contextos de perda e morte, é imprescindível o conhecimento a respeito da definição de luto e dos processos pelo qual o paciente-doente e sua família passam, uma vez que esse evento causará muitas mudanças na vida dos envolvidos. Anteriormente, ao abordarmos a temática *óbito e luto* nesta monografia, trouxemos à luz os estudos de Brozosky (2014) que afirma que, embora a morte seja algo certo na vida das pessoas, são poucos os que estão preparados para enfrentar a perda. O momento de concretude da morte leva as pessoas a ficarem transtornadas e sem saberem o que fazer. Nesse sentido, ao assistente social cabe recorrer ao seu projeto ético-político, uma vez que sua atuação está ancorada aos valores e preceitos ali defendidos. O cuidado com o processo de luto dos familiares é importante, pois conforme é apontado por Kovacs (2003) o luto mal elaborado tem se tornado um problema de saúde pública.

No entanto, faz-se mister destacar que, conforme é apontado na Orientação Normativa 3/2020 emitida pelo CFESS, que considera que as atribuições de cada profissão da saúde são específicas, porém complementares para a prestação de serviços com a qualidade, a comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social. O documento ainda orienta que

> […] 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, translado e demais providências concernentes (CFESS, 2020, p. 2, grifos nossos).

A instrução normativa ainda estabelece que o assistente social deve se ater as suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao usuário dos serviços de saúde. Ainda conforme a instrução normativa

> […] Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos,

> evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal. Da mesma forma, não cabe ao /à assistente social a divulgação de boletins médicos, nem tampouco o atendimento prévio de pacientes, visando realizar a triagem das suas condições clínicas para acesso aos serviços de saúde (CFESS, 2020, p. 2)

Os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, estão presentes ao que é expresso pelo CFESS na normativa emitida durante a pandemia do Covid-19, pois conforme explicitado no mesmo não são atribuições dos assistentes sociais:

> […] marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; **convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos**; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social. montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes CFESS, 2009, p. 25, grifos nossos)

Por se tratar de um profissional que lida com a questão social, muitas pessoas tendem a associar seu trabalho com o assistencialismo – que apesar de ter sido uma das mudanças do Movimento de Reconstituição ainda está em voga no imaginário da sociedade. O CFESS, a fim orientar na compreensão do que seria um atendimento humanizado – que nada tem a ver com o assistencialismo, nos diz que

> O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais desencadearem um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença (CFESS, 2009, p. 27)

Em linhas gerais, as orientações e informações como elementos de abordagem do Serviço Social nos hospitais estão relacionados aos direitos e benefícios previdenciários, a serviços socioassistenciais, jurídicos e trabalhistas, aos benefícios eventuais como o auxílio funerário, nos casos das famílias que possuem vulnerabilidade econômica e social, tendo, portanto, a questão social como objeto de sua intervenção profissional. O ato da comunicação do óbito é um ato médico, pois somente o médico é capaz de dar informações sobre os procedimentos realizados durante o evento, de modo a esclarecer as dúvidas dos familiares.

Canuto et. al (2021) nos dizem que

> Para o/a assistente Social, a abordagem frente a uma Notificação de Óbito (NO), com vistas a desencadear o processo de comunicação familiar, não é de fácil condução, posto que envolve o primeiro contato com o familiar, solicitando o comparecimento a qualquer hora do dia/noite e o acolhendo, enquanto media o recebimento da família pelo/a médico/a. Situação igualmente geradora de tensão e desafiante para o/a assistente social, diante da família que acolhe, pelo fato de, muitas vezes, não conhecer o profissional médico/a que realizará a comunicação à família, como o fará, onde e quando se dará a abordagem, visto que muitas vezes encontram-se envolvidos simultaneamente com a assistência na unidade (p. 79).

Os autores ainda afirmam que se constitui um momento importante do fazer profissional do assistente social que,

> ao iniciar a abordagem do caso, procura apropriar-se do histórico da jornada do paciente no hospital, identificando o contexto sociocultural e vínculos familiares/afetivos, de forma a contextualizar os sujeitos envolvidos na comunicação. Contudo, a relação com o tema da morte guarda uma subjetividade, exigindo do conjunto dos profissionais a construção de um roteiro mínimo para uma conduta que articule técnica, humanização e ética (CANUTO et. al, 2021, p. 79).

Durante sua atuação para os trâmites no pós-óbito, Canuto et. al (2021) afirma, à luz de Segovia, que a comunicação deve ser simples, clara e direta, evitando tecnicismos e eufemismos que impedem a compreensão da mensagem, pois, diante de uma fragilidade, as pessoas podem vir a ter maior dificuldade de processamento e assimilação do que está sendo dito. Ainda conforme os autores

> […] a expressão facial, o olhar, o sentimento, o contato físico, a postura, a orientação, assentimentos de cabeça, o silêncio, o tom de voz, ritmo da linguagem, a melodia e as pausas podem ser utilizados a favor ou contra em um contexto de ajuda emocional, o que pode significar um diferencial no atendimento prestado pelo assistente social, o qual objetiva não só cultivar uma relação de ajuda, mas de garantir com respeito, empatia e autenticidade o repasse de informações que visam assegurar e garantir direitos inerentes à situação vivida (p. 79).

As discussões aqui levantadas contribuem como o conhecimento da atuação humanizada do profissional de Serviço Social, que vem de encontro às diretrizes metodológicas e éticas da profissão. No entanto, não encerram as discussões levantadas acerca da temática aqui retratada, mas sim abrem espaço para que outras pesquisas possam ser desenvolvidas. Afinal, a atuação do Serviço Social se molda de acordo com as demandas da sociedade e de sua época.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem como temática a atuação do profissional de Serviço Social em casos de óbito e luto. Traz como objetivo geral analisar a importância da atuação do profissional do Serviço Social em situações de óbito e luto em hospitais e como objetivos específicos: compreender como o profissional do Serviço Social pode auxiliar em situações de óbito e luto dos familiares do paciente e avaliar quais as funções competem aos profissionais do Serviço Social na sua atuação em hospitais, em especial nos casos de óbito e luto.

A partir das reflexões suscitadas no presente estudo, observa-se que o profissional do Serviço Social, após o Movimento de Reconstituição da profissão, passou a ter um caráter mais progressista, alinhado a questão social, a fim de minimizar os impactos gerados pelo sistema capitalista. Partindo para o ponto de discussão da presente monografia, em ambiente hospitalar, o Assistente Social é orientado pelos Parâmetros de Atuação na Saúde, documento este erigido pelo Conselho Federal de Serviço Social, o CFESS, e amparado pelo Código de Ética Profissional. O documento evidencia o lado humano e profissional dos assistentes sociais no atendimento aos indivíduos ou grupo familiar, inclusive nos casos de óbito e luto. Conforme o documento, o profissional deve demonstrar solidariedade e, ao mesmo tempo, garantir o direito dos usuários, orientando-os sobre como proceder daquele momento em diante.

No que se refere à importância da atuação do profissional do Serviço Social em situações de óbito e luto em hospitais, a partir do estudo realizado, podemos afirmar que sua atuação é essencial para um atendimento humanizado. Reitera-se, no entanto, que sua atuação efetiva só é possível quando há uma equipe multidisciplinar de saúde que também realize um trabalho humanizado.

Já em resposta aos objetivos específicos, pode-se compreender que o profissional do Serviço Social pode auxiliar em situações de óbito e luto dos familiares do paciente, através de orientações nos trâmites do pós-óbito, ou seja, informando a respeitos dos benefícios e direitos referentes a situação, previstos no aparato normativo e legal vigente.

Sobre as funções que competem aos profissionais do Serviço Social na sua atuação em hospitais, em especial nos casos de óbito e luto, concluímos que, devido a falta de uma equipe multidisciplinar completa, o profissional de Serviço Social acaba recebendo atribuições que não lhe competem, no entanto, o Conselho Federal de Serviço Social tem sido um grande aparato para a garantia dos seus direitos e deveres, lutando para que sua classe tenha atribuída para si apenas o que lhes compete.

Assim, podemos inferir que o assistente social, nos casos de óbito e luto, em hospitais, é um importante agente de minimização e transformação dos impactos gerados sociais que são gerados pelo sistema capitalista. Tendo uma atuação crítica, voltada aos ideais da classe trabalhadora, o profissional atua de forma a garantir os direitos e deveres de cada cidadão, com um olhar humanizado e empático.

Desta forma, finalizamos o presente estudo, afirmando que o assistente social é um profissional necessário na sociedade em que vivemos a medida em que se torna um mecanismo de garantia dos direitos da sociedade civil, direitos estes explicitados em nossa Constituição Federal.

Espera-se que esta pesquisa, que não se esgota aqui, possa contribuir na continuidade de reflexão e análise da atuação do assistente social nas situações de óbito e luto, com vistas ao avanço da atuação profissional, primando pela qualidade dos serviços oferecidos aos nossos usuários.

REFERÊNCIAS

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2004.

ABRAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo, 5ª edição Martins Fontes, 2007.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. BERGAMO, Daniela Carvalho. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde debate**. Nov. 2019Jul-Sep 2019.

AMÉRICO, A.F.Q. **As últimas 48 horas de via**. In: Manual de cuidados paliativos ANCP, v. 2, n. 2, 2012.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

ANDRADE, Letícia. **O papel do Assistente Social**. In: Manual de cuidados paliativos ANCP, v. 2, n. 2, 2012.

ANJOS, K, C; EVANGELISTA, M, R, B; SILVA, J, S; ZUMIOTTI, A, V. **Pacientes Vítimas de Violência de trânsito**: Análise do Perfil Socioeconômico, Características do Acidente e Intervenções do Serviço Social na Emergência, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, 1996.

BARCHIFONTAINE C. P.; PESSINI, L. **Bioética em saúde**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1989.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado.** São Paulo**.** Cortez 2012.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRITO, M. A. S. **Plantão Social: de prática institucional para serviço público de direito – contribuições para a gestão do SUAS – Sistema Único de Assistência Social.** Tese (Doutorado em Serviço Social). PUC/SP, 2005.

BROZOSKY, Rosilda de Paula. **A atuação do serviço social no processo de acolhimento e luto**. Printouts, 2014.

CAMPOS GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface comun**. saúde educ. 2005; 9(17):398-403.

CANUTO, Ondina Maria Chagas; DE CASTRO GADELHA, Eliana Santos; DOS SANTOS, Ruth Brito. O SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES CRÍTICAS. **Cadernos ESP**, v. 15, n. 1, p. 74-80, 2021.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CASALI, Jessica Pereira et al. Serviço social no Brasil: das décadas de 30 a atualidade. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 3, n. 1, 2011.

CFESS/MANIFESTA, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política da Assistência Social.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Profissionais, Brasília, DF, 2011.

CFSS, Conselho Federal de Serviço Social**. Assistência na Fase Final da Vida e luto.** Acesso 25 de junho, 2022, disponível em: https://ssparaconcursos.com.br/noticias/servico-social/assistencia-na-fase-final-da-vida-e-luto.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do Assistente Social de 1986**. Rio de Janeiro, 1986. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde** [versão preliminar]. Brasília: CFESS; 2009.

CORREA, Geyza Cristina. PAIXÃO, Cristiane de Melo. **A atuação do assistente social em âmbito hospitalar: uma abordagem a partir do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar (MA).** Instituto de Ensino Superior Franciscano – IESF, 2018.

DA COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº62, Cortez, 2000.

DA MOTA, Ana Elizabete Simões; DO AMARAL, Angela Santana. **Cenários, contradições e pelejas do Serviço Social Brasileiro**. Cortez Editora, 2017.

DA SILVA LIMA, Débora Cristina; KRÜGER, Tânia Regina. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. **Temporalis**, v. 18, n. 35, p. 265-288, 2018.

DE PAULA MENDES, Daniela Leonel; MOLJO, Carina Berta. Serviço social e projeto ético-político no cotidiano: subsidios analíticos. **Revista cátedra paralela**, 2020.

DE FRANÇA, Amanda Olga Simões et al. **O ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES SOBRE AS ORIENTAÇÕES NO PÓS-ÓBITO**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. 2019.

DOS SANTOS, C. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. Revista Conexão Geraes, v. 3, p. 25-30, 2013.

ELIAS N. **A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.

FRANQUEIRA AMR, MAGALHÃES AS, FERES-CARNEIRO T. O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. **Estud. Psicol**. Campinas, 2015.

GARCIA, Vera Lúcia. PEREIRA, Priscila Lopes. **Serviço social e saúde – processos de trabalho e gestão**. Serviço Social & Realidade, Franca, v. 21, n. 1, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GENEZINI, DEBORA et al. **Assistência ao luto**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, organizador. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 321-330, 2009.

GOMES, Elciane Silva. BARROS, Adriana Lima. Saúde Hospitalar: a intervenção do Serviço Social no atendimento às famílias enlutadas. **16º. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília, 2019.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. In: **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez. 2000.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 20 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

JUNIOR, Alberto Starzewski. ROLIM, Luiz Clemente. MORRONE, Luiz Carlos. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2005.

KAPLAN H, SADOCK B, GREBB J, editors. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. **Compêndio de psiquiatria**. 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Cap 15, p.85-93.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; BALDOW, Letícia Orlandi. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Revista Katálysis**, v. 15, p. 212-220, 2012.

LOPES, Eli Fernanda Brandão et al. A atuação do assistente social frente ao óbito: um relato de caso. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde**. *PECIBES*, 2019, **02**, 55-72.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios**. In: Manual de cuidados paliativos ANCP, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.

MENEZES, R. A. Tecnologia e “Morte natural”: o morrer na contemporaneidade**.** **Physis: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(2): 129-147, 2003.

MENEZES, Raquel. Aisengart. Tecnologia e “Morte natural”: O Morrer na contemporaneidade. Phisis: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(2): 129-147 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOTA, Alessivânia Márcia Assunção. **Projeto ético-político do serviço social**: limites e possibilidades. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 56-68, 2011.

NASCIMENTO, Rosana Cristina Januário et al. Princípios e diretrizes da Assistência Social: da LOAS à NOB SUAS. **O Social em questão**, v. 16, n. 30, p. 47-69, 2013.

NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. Brasília, p. 1-22, 1999.

NULAND, S. B. **Como Morremos**: **Reflexões sobre o último capítulo da vida**. Rio de Janeiro, Rocco, 1993.

OLIVAR, M, S, P; VIDAL, D, L, C. O trabalho dos Assistentes Sociais em Hospitais de Emergência. **Revista do Serviço Social e Sociedade**, Edição 92, p 140 a 155 – 2006.

OLIVEIRA, I. B. Suporte ao paciente e à família na fase final da doença. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 299-308, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. Brasil. **Mi**, 2004.

PARKES CM. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus; 1998.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. 2007.

QUINTINO, Thiago Dias et al. As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades. **Revista de APS**, v. 15, n. 3, 2012.

RIBEIRO, Bruno Alvarenga; SILVA, Aline Mendonça; TEIXEIRA, Karyne Faria. **O Serviço Social em uma perspectiva histórica**: os saldos do movimento de reconceituação. 2017.

ROSENBLATT PC, WIELING E. Luto, Trauma psicológico e problemas relacionais no contexto cultural. In: Santos FS, editor. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto.** São Paulo: Atheneu; 2014. p. 265-274.

ROSS, Elisabeth Kluber. **Sobre a morte e o morrer**. Editora Martins Fonte, 1969.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SODRÉ, F. A atuação do Serviço Social em cuidados paliativos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Cortez, XXVI, n. 82, p.131-147, jul. 2005.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional (The social worker practice: knowledge, instrumentality and professional intervention) - Doi: http://dx.doi.org/10.5212/Emancipacao.v.8i1.119132. **Emancipação**, *[S. l.]*, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119. Acesso em: 5 set. 2022.

SOUZA, Carolina Rodrigues Alves de et al. **Política pública de assistência social em análise**: história, valores e práticas. 2012.

SOUZA, Francine Aparecida Dias de; BALAMINUT, Gislaine de Almeida; CALOBRIZI, Maria Dvanil D'ávila. A Acolhida do Serviço Social no Luto familiar. **Ripe**, Bauru, v.11, n. 20, p. 01-46, jul/dez. 2007

TEIXEIRA, Joaquina Barata et al. O projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social**: **direitos sociais e competências profissionais**, 2009.

TRASFERETTI, José. **A morte e o morrer:** desafios para a teologia moral no contexto atual. Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 17, n. 5/6, p. 533-558, maio/jun. 2007.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. **O Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade**. 2017.