

CENTRO UNIVERSITÁRIO SALESIANO

NATHALIA CAROLINE FERREIRA BARBOSA

**O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM
CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

VITÓRIA

2022

NATHALIA CAROLINE FERREIRA BARBOSA

**O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM
CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
Centro Universitário Salesiano - Unisaes, como
requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof.^a Virgínia Pertence Couto

VITÓRIA

2022

NATHALIA CAROLINE FERREIRA BARBOSA

**O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM
CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Salesiano, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof^a. Msc. Virgínia Pertence Couto - Orientadora

Prof^a. Msc. Aláisa de Oliveira Siqueira

Josymara Siqueira Duque – Assistente Social

Dedico este trabalho aos meus filhos Guilherme Ferreira Medeiros e Giovanna Ferreira Ribeiro, pois são eles os responsáveis por eu me tornar cada dia uma pessoa melhor e conseqüentemente ser uma mulher mais forte e determinada a alcançar meus objetivos, mesmo com cada dificuldade apresentada.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado força, sabedoria e saúde para superar todas as barreiras enfrentadas nesses quatro anos de estudo. A minha mãe Ângela que sempre me apoiou e me incentivou a estudar. Agradeço ao meu esposo Carlos que é meu maior exemplo de superação e força de vontade, ele que me deu apoio, incentivo nos dias de desânimo, cansaço e nas horas difíceis. Aos meus filhos que são meu combustível diário de amor e afeto, mesmo sendo solitário este percurso para escrever este trabalho, eles sabiam como se fazer presente e tornar meus dias e noites mais tranquilos.

Este trabalho também é dedicado aos meus afilhados, Anthony, Liz e Théo, eles que me motivam todos os dias a estudar, me profissionalizar, pois como madrinha devo ser exemplo e nada melhor do que ser exemplo de força e dedicação, saibam que ser madrinha de vocês é uma honra, meus tesouros preciosos que a mim foram confiados! A minha avó Honestalda Maria Ferreira, que tinha o sonho de ter uma neta que trabalhasse no hospital e que usasse jaleco branco. Obrigada por ter me incentivado há 12 anos em fazer meu curso técnico de enfermagem, obrigada por não ter desistido de mim, graças à senhora a única área que me arranca suspiros é a saúde, e toda vez que uso meu jaleco branco no meu estágio é em homenagem a você, vizinha ... nós vencemos!

Agradeço com o coração repleto de gratidão as minhas orientadoras de TCC I e II, Alaísa de Oliveira Siqueira e Virgínia Pertence Couto pela paciência, dedicação e estímulo, por me mostrar que direção seguir e por não ter deixado eu desistir quando perdi todo meu arquivo do projeto de pesquisa, serei eternamente grata a vocês.

Aos meus pacientes oncológicos em cuidados paliativos (in memoriam) do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória- HINSG, local que eu tive a oportunidade de estagiar e conhecer de perto a dificuldade que é atuar na área da saúde, lidar diariamente com a falta de recursos e principalmente com a morte.

A minha supervisora de campo Josymara Siqueira Duque, que me ensinou a desenvolver meu atendimento junto aos pacientes da oncologia pediátrica de forma técnica, mas ao mesmo tempo humanizada, pois trabalhamos com pessoas fragilizadas, que esperam de nós uma escuta atenta, uma palavra de conforto e um acolhimento integral a sua família.

Agradeço a todos meus amigos e familiares, por toda a força e cumplicidade, por entenderem a minha ausência nos momentos de estudo e por me apoiarem nos estudos.

Nestes quatro anos de estudos, tive o prazer de me identificar com pessoas especiais, que sem elas ao meu lado nada disso seria possível, meus amigos (os) queridas (os) que a faculdade me deu e quero poder levá-las comigo além dos muros da instituição, Pamylla, Victória, Lyslaine, Odina, Jussyleide, Patrícia, Nathalia Nunes, Jorge.

Por fim agradeço a todos os professores e professoras que passaram por minha vida nesse percurso longo de estudos, quero dizer que lamento imensamente por essa ser a última turma de Serviço Social da Unisaes, obrigada por terem tentado impedir esse fim triste do nosso curso, saiba que vocês são especiais e fizeram tudo que estavam ao alcance de vocês para impedir essa tragédia, eu tenho muito orgulho de ter sido aluna de vocês, GRATIDÃO!!

Nathalia Caroline Ferreira

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”.

Cicely Saunders

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como principal objetivo descrever a intervenção profissional do Assistente Social nos cuidados paliativos junto ao paciente na oncologia. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. Para tanto, buscou-se um arcabouço teórico trazendo o percurso da profissão, até os dias atuais, em seu processo de trabalho. Após, foi realizado de forma breve o resgate histórico da saúde no Brasil, desde seu processo de formação até o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde). Após, abordado também a inserção do Serviço Social na área da saúde, com breve abordagem sobre cuidados paliativos pediátricos e a atuação do assistente social na oncologia pediátrica. A partir do presente estudo foi possível considerar que o assistente social apresenta uma perspectiva abrangente da situação de cada paciente, pois tem a possibilidade de criar mecanismos e estratégias para as necessidades que surgem, desde conhecer os anseios, a história de vida, avaliação do tratamento e o prognóstico, contribuindo para melhor qualidade no tratamento, desde a fase inicial até os cuidados paliativos, permitindo, através de ação em equipe multi e interdisciplinar, que o paciente seja visto em sua totalidade. Acredita-se que alcançamos, nesse trabalho de conclusão de curso, apresentar o papel do assistente social na área da saúde, principalmente no contexto hospitalar e, em especial no atendimento direto ao paciente em tratamento oncológico em cuidados paliativos.

Palavras Chave: Oncologia. Cuidados Paliativos. Serviço Social

ABSTRACT

The main objective of this Course Conclusion Work was to describe the professional intervention of the Social Worker in palliative care with the patient in oncology. This is a bibliographic research with a qualitative approach. In order to do so, a theoretical framework was sought, bringing the course of the profession, to the present day, in its work process. Afterwards, a brief review of the history of health in Brazil was carried out, from its formation process to the emergence of the SUS (Unified Health System). Afterwards, the insertion of Social Work in the health area was also addressed, with a brief approach to pediatric palliative care and the role of the social worker in pediatric oncology. From the present study, it was possible to consider that the social worker presents a comprehensive perspective of the situation of each patient, as he has the possibility to create mechanisms and strategies for the needs that arise, from knowing the desires, the life history, evaluation of the treatment and the prognosis, contributing to a better quality of treatment, from the initial phase to palliative care, allowing, through action in a multi and interdisciplinary team, that the patient is seen in his entirety. It is believed that, in this course conclusion work, we have presented the role of the social worker in the health area, especially in the hospital context, and especially in the direct care of patients undergoing cancer treatment in palliative care.

Keywords: Oncology. Palliative care. Social service

Lista de Siglas

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CAPs -Caixas de Aposentadoria e Pensões

CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais

CEAS- Centro de Estudos e Ação Social

CF- Constituição Federal

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CP- Cuidado Paliativo

CPP- Cuidados Paliativos Pediátricos

DFSP- Diretor do departamento Federal de Saúde Pública

HEINSG- Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões

INCA- Instituto Nacional de Câncer

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNAB -Política Nacional de Atenção Básica

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel as Urgências

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidades Básicas de saúde

UPA- Unidades de Pronto Atendimento

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Quadros

Quadro 1: Atividades Desenvolvidas pelo Serviço Social em Unidades Hospitalares.....	74
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS	25
1.1.1 Objetivo Geral	25
1.1.2 Objetivos Específicos	26
1.2 JUSTIFICATIVA	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 SERVIÇO SOCIAL	29
2.1.1 Surgimento do Serviço Social no Brasil	29
2.1.2 Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil	34
2.1.3 Dimensões do Projeto Ético-Político	39
2.1.4 Processo de Trabalho do Serviço Social	42
2.2 SAÚDE	45
2.2.1 Conceito de Saúde	45
2.2.2 Resgate histórico da saúde no Brasil	45
2.2.3 Saúde a partir da Constituição Federal de 1988	48
2.2.4 Níveis de Atenção à Saúde	52
2.2.5 A inserção do Serviço Social na Saúde	54
2.2.6 Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde	56
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS.....	59
2.3.1 Cuidados Paliativos na Oncologia Pediátrica	59
2.3.2 O Serviço Social e Cuidados Paliativos Pediátricos	64
3 METODOLOGIA	69
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema “O Serviço Social no atendimento ao paciente oncológico infantil em cuidados paliativos”. Neste sentido tem como objeto de estudo o questionamento: Qual a intervenção profissional do Assistente Social nos cuidados paliativos ao paciente oncológico pediátrico?

O interesse pelo tema emergiu através da inserção no campo de estágio I e II, como estagiária do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), especificamente no setor de oncologia e hematologia, onde surgiu a oportunidade de participar de reuniões e palestras junto a supervisora de campo e a equipe multidisciplinar do referido hospital, oportunizando perceber a importância do Serviço Social no âmbito hospitalar e, principalmente no acolhimento ao paciente em cuidados paliativos.

De acordo com Castro e Oliveira (2011) a área da saúde, tradicionalmente grande empregadora de assistentes sociais, é um campo fértil para o exercício da profissão, apesar de se reconhecer as dificuldades.

Castro e Oliveira (2011) ainda destacam que o profissional deve ter qualificação e conhecimentos acerca da Política de Saúde e demais políticas, pois o mesmo irá articular suas ações com outros campos de atuação.

Castro e Oliveira (2011, p.38) ainda afirmam que:

É inegável a importância do assistente social na área da saúde, a partir do momento que o profissional possui como orientação da política de saúde, o conceito ampliado que considera a saúde determinada por múltiplos fatores que estão vinculados à condição de vida da população e, conseqüentemente, que os determinantes sociais influenciam no processo saúde-doença.

É importante fazer uma breve contextualização do surgimento da profissão no Brasil, o Serviço Social é uma profissão que surge entre os anos 1930 e 1940, onde tinha como influência o Serviço Social europeu. Naquela época algumas escolas surgiram através de demandas na área da saúde, mas essa não foi a área no qual houve maior concentração de profissionais (BRAVO, 2012).

Após o fim da segunda guerra mundial, o Serviço Social se expande e novas exigências e necessidades surgem, desta forma ocorre a ampliação da ação profissional na saúde, e conseqüentemente ocorre o aumento de profissionais no referido setor (BRAVO, 2012).

Em 1948, foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um novo conceito de saúde, onde determinou-se que outros profissionais atuassem no setor, a fim de sanar o agravamento das condições de saúde da população, principalmente em países periféricos. Desta forma foi implantado no setor o trabalho multidisciplinar, onde permitiu a inserção de profissionais de diversas áreas, dentre eles os assistentes sociais, que começaram a fazer parte da equipe multidisciplinar, onde foi possível implementar conteúdos preventivos e educativos (BRAVO, 2012).

O Assistente Social é um dos diversos profissionais que estão diretamente ligados ao processo no tratamento de crianças com câncer, principalmente quando se trata de cuidados paliativos, sua atuação pode ser desde a entrada do paciente e da família no hospital, até na comunicação da decisão de outros profissionais, como, por exemplo, no diagnóstico da doença, do tratamento a ser adotado, no momento de alta e nos cuidados paliativos. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, o Assistente Social é um profissional que deve estar presente na equipe de cuidados paliativos. Vejamos:

Considera-se equipe básica aquela que inclui médico e enfermeiro (a), com a cooperação de profissionais de serviço social e psicologia; equipe completa, a que incorpora profissionais de trabalho social e psicologia, além de outros (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outros) [...] (MACIEL, et al. 2006, p. 19).

Por se tratar de uma doença crônica, e, por ser também uma doença que traz grande ameaça à vida, o câncer é uma das doenças em que os cuidados paliativos é indicado. A expressão paliativo é derivada de “*pallium*”, que advém da origem latina e tem como significado, manto. Assim, os cuidados paliativos dizem respeito ao efeito de cobrir, abraçar, diminuir o sofrimento de quem, em plena infância é atacada por uma doença incurável. Segundo a resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 do Diário Oficial da União (DOU) define cuidados paliativos da seguinte forma:

Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018).

Assim, o Assistente Social é um profissional que está diretamente ligado ao paciente oncológico infantil no tratamento paliativo e com isso, através da presente pesquisa busca-se demonstrar a importância deste profissional no campo hospitalar e descrever qual é a intervenção profissional do Assistente Social nos cuidados paliativos ao paciente oncológico infantil.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Descrever a intervenção profissional do assistente social nos cuidados paliativos pediátricos.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as atividades realizadas pelo assistente social no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico.
- Descrever quais os desafios encontrados no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico.
- Identificar possibilidades e limites para a intervenção profissional de Serviço Social em cuidados paliativos pediátrico.

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho visa contribuir e ampliar as discussões acerca da atuação do assistente social no atendimento ao paciente oncológico infantil em cuidados paliativos.

Este Trabalho de Conclusão de Curso contribui como arcabouço teórico para futuras pesquisas, e, servirá como base para novos trabalhos acadêmicos voltados para esta temática, acreditando que será de suma importância.

Este projeto viabiliza o debate do papel do assistente social e sua importância na área da saúde, mais especificamente na área da oncologia infantil. A construção de conhecimento nesta área em específico tem grande relevância, pois, as produções prontas sobre esse debate, são registros feitos apenas sobre a atuação profissional na saúde de modo geral, e não especificamente no trabalho do assistente social na oncologia infantil, em especial na fase de cuidados paliativos.

O estudo em questão trará grande contribuição para a prática profissional, pois, o Serviço Social é uma profissão que se discute desafios que perpassam o âmbito do trabalho do assistente social. Desta forma, segundo Yamamoto (2001, p. 20), cabe ao profissional “[...] decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetuar direitos a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo”.

O trabalho do assistente social exige uma ruptura com a atividade burocrática e rotineira, sua atuação deve basear-se no Código de Ética Profissional, bem como a partir das reflexões e diretrizes pontuadas nos Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde. Ao referir-se a tais reflexões Yamamoto (2001, p. 21) corrobora destacando sobre a prática profissional do Serviço Social:

[...] um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar aprender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional.

Desta maneira, o presente trabalho é de grande importância não só para os acadêmicos e profissionais da área de Serviço Social, como também para a comunidade em geral, pois entender como funciona e quais profissionais fazem parte do processo de tratamento em cuidados paliativos em pacientes oncológicos infantil é de uma relevância gigantesca e mostra como toda a equipe envolvida neste tipo de tratamento, em especial o Assistente Social deve se dedicar a atender todas as demandas por eles solicitadas.

Discutir sobre a atuação do assistente social traz possibilidades a outros acadêmicos desfrutar do referencial teórico, bem como desenvolver o conhecimento na área, ou seja, através deste estudo tem-se a intenção de provocar a ampliação do conhecimento no âmbito acadêmico e profissional, contribuindo com fazer profissional.

Com o propósito de apresentar um estudo que fundamente a questão e possibilite posterior discussão dos dados obtidos, o mesmo foi dividido da seguinte forma: inicialmente, abordamos o Serviço Social, trazendo um breve percurso histórico da profissão até os dias atuais, em seu processo de trabalho. Após, foi abordado de forma breve o resgate histórico da saúde no Brasil, como foi seu processo de formação até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Após, abordado também a inserção do Serviço Social na área da saúde, logo após foi descrito de forma breve o que são

cuidados paliativos pediátricos e a atuação do assistente social na oncologia pediátrica.

No terceiro capítulo, foi exposta a metodologia do trabalho, todo seu processo de construção, e a direção tomada para a realização da pesquisa.

No penúltimo capítulo foram apresentados os resultados e discussões desta pesquisa, onde foi possível identificar que o assistente social atua de forma multidisciplinar, tendo, por vezes, que elaborar ações em conjunto com outros profissionais, com vistas a promover um ambiente em que o paciente/criança seja respeitada, valorizada e acolhida.

E, finalmente, encerrando o estudo, apresento as considerações finais, podendo afirmar que a forma de encarar a morte vem sendo modificada com o passar dos anos e, na atualidade, falar de Cuidados Paliativos em pacientes pediátricos causa um certo sentimento de pavor. Neste contexto, o papel do assistente social na área da saúde é fundamental, mas ainda é um tema pouco discutido.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo tem como objetivo discorrer sobre o surgimento do Serviço Social no Brasil, descrevendo como foi consolidada a profissão, perpassando pelo movimento de reconceituação, destacando os principais acontecimentos que marcaram história em toda a trajetória da profissão, bem como trazendo as principais perspectivas do projeto ético-político do Serviço Social e seu processo de trabalho, onde serão descritos os principais instrumentos de trabalho, do assistente social, em sua intervenção profissional.

2.1.1 Surgimento do Serviço Social no Brasil

O Serviço Social emerge no Brasil entre os anos de 1930 e 1940, através de uma iniciativa particular da burguesia, e sob forte influência da Igreja Católica, onde tinham como referência o Serviço Social europeu (MARTINELLI, 2001).

Martinelli (2001, p. 116), descreve como era o Serviço Social europeu:

O pensamento conservador, associado ao forte vínculo com a Igreja Católica, que foi tornando-se presença dominante no Serviço Social europeu, trouxe para a prática social, ainda com maior ênfase, a dimensão do controle, da repressão e do ajustamento aos padrões estabelecidos pela sociedade burguesa constituída. A doutrina social da Igreja, embora proclamada como humanista, era acentuadamente conservadora, reproduzindo o clima fascista que se respirava no continente europeu.

Ainda segundo Martinelli (2001), a origem do Serviço Social no Brasil está relacionada a um complexo quadro histórico e conjuntural que o país passava naquele momento.

Isto vem ao encontro de Iamamoto e Carvalho (2014) que concluiu que durante esse período histórico, era a Igreja Católica que ditava a diretriz a ser seguida impondo limites a base social na formação de agentes sociais.

Para Iamamoto e Carvalho (2014), durante o período de surgimento do Serviço Social, o Brasil passava por um momento de transformações políticas, econômicas e sociais. Destaca que o contexto era de grande aumento do trabalho livre, da imigração e do

desenvolvimento urbano. O surgimento de uma classe trabalhadora mais consciente de sua situação de exploração de trabalho, fez com que o proletariado se organizasse, causando pressão a sociedade burguesa pelo reconhecimento de sua cidadania social. Esse tensionamento serviu como pano de fundo para o surgimento do Serviço Social.

Nessa mesma linha de considerações, Iamamoto e Carvalho (2014), enfatizam que para a sociedade burguesa, todo esse movimento social protagonizado pelo proletariado, se torna como uma ameaça aos seus mais sagrados valores, a moral e a ordem pública. É a partir desse momento, que surge a necessidade do controle social da exploração de trabalho. Todo esse movimento causado pelo proletariado é devido as condições de existência e de trabalho no polo industrial.

Os autores ainda descrevem quais eram as condições de vida nas quais o proletariado vivia ao redor dos centros industriais:

Historiadores e sociólogos que estudaram a situação do proletariado nesse período são concordes em que essa parcela da população urbana vivia em condições angustiantes. Amontoam-se em bairros insalubres junto às aglomerações industriais, em casas infectas, sendo muito frequente a carência - ou mesmo a falta absoluta - de água, esgoto e luz. Grande parte das empresas funciona em prédios adaptados, onde são mínimas as condições de higiene e segurança, e muito frequentes os acidentes. O poder aquisitivo dos salários é de tal forma ínfimo que para uma família média, mesmo com o trabalho extenuante da maioria de seus membros, a renda obtida fica em nível insuficiente para a subsistência (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 137).

Desta forma, o amplo exército industrial de reserva, faz com que o preço da força de trabalho seja constantemente pressionado para baixo, com isso ocorre uma grande procura de emprego, forçando mulheres e até mesmo crianças de ambos os sexos, à inserção no mercado de trabalho, reforçando assim o rebaixamento salarial (IAMAMOTO; CARVALHO 2014).

Ainda Iamamoto e Carvalho (2014, p. 138) mencionam que:

Mulheres e crianças estarão sujeitas a mesma jornada e ritmo de trabalho, inclusive noturno, com salários bastante inferiores. O operário contará para sobreviver apenas com a venda diária da força de trabalho, sua e de sua mulher e filhos. Não terá direito a férias, descanso semanal remunerado, licença para tratamento de saúde ou qualquer espécie de seguro regulado por lei.

Isto vem ao encontro de Oliveira e Chaves (2017), que concluíram que, nesse momento, existe a necessidade de realizar-se a inclusão de profissionais aptos a exercerem uma leitura da realidade, com formação técnica específica, baseada nos

elementos construtivos da sobrevivência e convivência sociais e nos fatores que dela decorrem.

Diante de todo esse contexto histórico, surgem as primeiras proformas do Serviço Social, para resolver/minorar os problemas sociais, onde são nomeadas de Instituições assistenciais, como por exemplo, a Associação das Senhoras Brasileiras (1920), no Rio de Janeiro, e a Liga das Senhoras Católicas (1923), em São Paulo. Com uma diferenciação face às atividades tradicionais da caridade. Envolvendo pessoas com grande aquisição financeira, como a grande burguesia e a militância feminina de seus elementos (IAMAMOTO; CARVALHO 2014).

Não se pode subestimar a importância dessas Instituições porque, foi a partir dos seus lentos desenvolvimentos que se deu a criação de bases materiais, organizacionais e principalmente humanas para a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social no Brasil (IAMAMOTO; CARVALHO 2014).

Reisdörfer (2013) também comenta que, no período no qual ocorreu a Primeira Guerra Mundial, tivemos importantes transformações nas áreas tecnológicas, sociais e políticas. O Serviço Social diante de tal contexto atrela-se a funcionalidade exercida por três instituições de extrema importância: família, igreja e Estado.

A família tem o papel de procriadora, mantenedora e de educadora, com o objetivo de construir laços afetivos em seu seio familiar e proteger seus entes familiares (REISDÖRFER, 2013).

Naquela época, a principal função da Igreja continuou voltada ao exercício de obras de caridade, de forma voluntária e pautado na solidariedade, sendo exercidos a época pelas chamadas damas de caridade e geridos por padres de diversas congregações religiosas. Nesse período, o Estado demonstra interesse pelo setor social, e inicia a sua contribuição na área da assistência social, através de legislações que favoreciam o povo (REISDÖRFER, 2013).

A respeito disso, Iamamoto e Carvalho (2014), afirmam que, as protoformas do Serviço Social têm sua base nas obras e instituições que surgem após o fim da primeira Guerra Mundial. Caracteriza-se nesse momento, o surgimento da primeira nação socialista do movimento popular operário na Europa.

O tratado de Versalhes procura decretar internacionalmente uma nova política social mais compreensiva com a classe operária, é exatamente nesse momento que surge

e se multiplicam rapidamente as escolas de Serviço Social. Os grandes movimentos operários de 1917 a 1921 deixou claro para toda a sociedade a existência da questão social e a necessidade de procurar resolvê-la ou torná-la minoria (IAMAMOTO; CARVALHO 2014).

Segundo Marilda lamamoto Vilela (2001, p. 27):

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Para resgatar a “harmonia social” o Estado traz para si próprio a responsabilidade de cuidar da reprodução de sua força de trabalho, fazendo aliança com a Igreja e alguns setores da burguesia, tendo essa atitude como estratégia para baixar a tensão entre a classe trabalhadora. Desta forma a Igreja Católica busca nos movimentos leigos que nesse momento tinha uma grande expressão no Brasil, uma forma de atuar junto aos movimentos operários (MARTINELLI, 2001).

Em 1932, em São Paulo, numa junção de esforços entre burguesia e Igreja Católica, nasce o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), onde tinha como importante papel qualificar os agentes para a realização da prática social (MARTINELLI, 2001).

Este aspecto também é comentado por lamamoto e Carvalho (2014, p. 179), onde cita que o principal objetivo do CEAS era: “[...] promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da igreja e fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais”.

Ainda nesse contexto, Martinelli (2001) cita que, como resultado da iniciativa de religiosas, ligadas a Santo Agostinho, foi realizado em território brasileiro o primeiro curso de preparo para o exercício da ação social, que, teve como nomenclatura inicial a denominação de Curso Intensivo de Formação Social para Moças, sendo ministrado pela Assistente Social Belga Adelèle de Loneux, da escola católica de Serviço Social de Bruxelas.

A clientela desse primeiro curso foi constituída por jovens católicas, algumas já participantes de atividades assistenciais ou militantes de movimentos da Igreja, e todas pertencentes a famílias da burguesia paulista (MARTINELLI, 2001 p. 123).

Em 1936, surge a primeira escola de Serviço Social no Brasil, na PUC de São Paulo, após o CEAS ter enviado para a Bélgica duas de suas fundadoras para cursarem a

escola de Serviço Social. A necessidade de uma melhor preparação para Ação Social dos quadros militantes da ação católica motivou basicamente a fundação da escola. Diante desta inspiração católica se findou a primeira escola de Serviço Social do Rio De Janeiro, que ao mesmo modo da Escola Paulista, inseriu-se no embate criado pela igreja no intuito de defender o povo de influências consideradas prejudiciais e para constituir-se como força normativa da sociedade (AGUIAR, 1995).

Em 1937, sob o mesmo pano de fundo, surge no Rio de Janeiro a segunda escola de Serviço Social do país. A partir de uma forma mais variada de iniciativas do Cardeal Leme, Stela de Faro e Alceu Amoroso Lima, enfatizando a necessidade da formação social (AGUIAR, 1995).

No Rio de Janeiro a fundação das escolas se deu em função do patrocínio do Grupo de Ação Social, pela Escola de Enfermagem Ana Nery e pelo Juizado de Menores. O processo constitutivo desenvolveu-se com fundamento em variantes diversas, pelo fato de que aquela época se tratava da Capital do país, com diversas repartições públicas, e muitas demandas onde se profissionalizou o Serviço Social. Entretanto mesmo que estas referidas instituições não estivessem sob a tutela da Igreja Católica, as suas bases doutrinárias continuavam sendo as mesmas, tais como a moral e os princípios religiosos católicos (CASTRO, 2000).

Castro (2000, p. 108) também comenta que:

Na capital brasileira, a primeira escola católica de serviço social resulta de um processo semelhante ao ocorrido em São Paulo, já que emergiu igualmente no bojo de um movimento articulado de vários grupos onde atuavam leigos sob reconhecida influência da hierarquia.

A primeira semana de ação social do Rio de Janeiro (1936) é considerada como marco para a introdução do Serviço Social na capital da república. A ação social no Rio de Janeiro apresenta, já nesse momento, um caráter de semioficialidade que aparece explicitamente no relato desse encontro, que teve já na “Comissão de Honra” o patrocínio da Sr. ^a Darcy Vargas, “Primeira-Dama da Nação” (IAMAMOTO, 2014).

A necessidade de formação técnica especializada para a prática da assistência é vista não apenas como uma necessidade particular ao movimento católico, mas também para o Estado e para o empresariado (IAMAMOTO, 2014).

Em junho de 1937, funda-se no Rio de Janeiro o Instituto de Educação Familiar e Social, que tem por objetivos: “[...] formar entre as mulheres, não de uma classe, mas

de todas as classes sociais, uma consciência de comunidade cristã [...]” (AGUIAR, 1995, p. 30).

A exemplo das escolas de São Paulo e do Rio de Janeiro, a maioria das escolas até 1950 terá a influência direta da igreja católica, tais como: Natal, Belo Horizonte, Porto Alegre, escola masculina do Rio de São Paulo (AGUIAR, 1995, p. 30).

Enfim, como podemos perceber, a trajetória do Serviço Social se instituiu para atender os interesses da classe burguesa tendo como principal aliado a Igreja Católica, em prol de um único objetivo: controlar a classe operária. Sendo assim, percebemos que a Igreja Católica teve papel importante nos primeiros passos do Serviço Social, toda sua influência estava presente na formação de novos profissionais.

No próximo tópico compreenderemos melhor toda a trajetória do Serviço Social no Brasil, onde discutiremos sobre o Movimento de Reconceituação, pois é nesse momento que o Serviço Social rompe com o conservadorismo e passa a ter sua intervenção pautada na perspectiva crítica social.

2.1.2 Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil

Surge nas sociedades latino-americanas, na década de 1960, especialmente em 1964, período no qual o Brasil passava pela ditadura militar, em forma de manifestação de denúncia e contestação do “Serviço Social Tradicional”. Este movimento reflete as contradições e confrontos das lutas sociais, ele surge motivado pelas pressões sociais e através das demandas dos setores populares, ficou marcado historicamente devido ao acirramento das desigualdades de classes e das questões sociais perante a acumulação capitalista (SILVA, 2002).

Desse modo, o movimento de reconceituação do serviço social constitui-se, no interior da profissão, num esforço para desenvolvimento de propostas de ação profissional condizentes com as especificidades do contexto latino-americano, ao mesmo tempo em que se configura como um processo amplo de questionamento e reflexão crítica da profissão (SILVA, 2002, p. 72).

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, impõe aos assistentes sociais a necessidade de ruptura com o conservadorismo que deu origem à profissão, onde coloca como exigência a necessidade de uma nova proposta de ação profissional, tendo em vista as demandas e interesses do povo e não obedecendo os interesses das instituições, Silva (2002), evidencia que o destaque do Movimento de Reconceituação é o compromisso com setores populares.

A ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora (FALEIROS, 1987, p. 51).

De acordo com Aguiar (1995), foi nesse período de grande repressão social que o Serviço Social viu a necessidade de repensar de fato a profissão, tais como suas ações, suas técnicas e seus instrumentos. Dessa forma, o Serviço Social repensará sua prática profissional, o seu arcabouço teórico-metodológico junto com sua postura ético política.

Segundo Netto (2015), o Serviço Social Brasileiro se dividiu em três grandes vertentes, a perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

A perspectiva modernizadora é a primeira perspectiva do processo de renovação do Serviço Social no Brasil, é quando o Serviço Social se afasta da perspectiva religiosa e rompe suas origens com a igreja católica, é exatamente nesse momento que a categoria se torna laica. A partir disso o Serviço Social buscará uma "modernização conservadora" no exercício profissional, redefinindo a forma como o assistente social deverá exercer sua intervenção, exigindo um caráter sofisticado, ou seja, uma perspectiva moderna para suas ações junto ao Estado (Netto, 2015). Essa perspectiva começa a perder sua hegemonia na metade dos anos 70, pois nesse momento, ela passa a não atender mais as expectativas profissionais (SILVA, 2002).

A segunda perspectiva é a de reatualização do conservadorismo, é o momento de retrocesso, onde os profissionais retomam sua aliança com a Igreja Católica. A reatualização é uma volta ao passado, onde tudo que havia progredido com a perspectiva da modernização do conservadorismo, acaba ficando de lado, e os profissionais voltam a agir de forma mais conservadora possível (Netto, 2015).

Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto) tentação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando simultaneamente os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana (NETTO, 2015, p. 204).

A terceira e última, é a perspectiva de intenção de ruptura, esta perspectiva almejava romper totalmente com o Serviço Social tradicional, é quando o Serviço Social rompe de vez com o pensamento conservador e passa a se aproximar com a perspectiva Marxista (Netto, 2015).

[...] propunha uma quebra quer com seus procedimentos metodológicos, ideológicos e teóricos, com o seu conservadorismo, a tradição positivista. Esta perspectiva recorre principalmente ao pensamento marxista, que era tida de forma progressiva na sociedade (VIANA, et al. 2015, p. 5).

Dessa forma o profissional passa a assumir uma postura crítica, onde passa a inspirar a busca da renovação teórico – metodológica da ação profissional, a partir desse momento o profissional de Serviço Social se reconhece como classe trabalhadora e passa a lutar em prol dos ideais dos trabalhadores (Netto, 2015).

É relevante destacar, a importância dos seminários, pois foram eles que colaboraram com o movimento de reconceituação e a adequação do Serviço Social no aspecto político e econômico da época (AGUIAR, 1995).

Nesses seminários foram elaborados documentos de grande importância na história do Serviço Social. Destacamos os seguintes seminários: Araxá, Teresópolis, Alto Boa Vista e Sumaré. Todos eles permitiram uma nova reflexão acerca dos novos caminhos do Serviço Social.

Em 1967, entre os dias 19 a 26 de março, acontece o 1º seminário de Teorização do Serviço Social, mais precisamente em Araxá, Minas Gerais, esse seminário foi promovido pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais (CBCISS), reuniu 38 assistentes sociais, onde durante uma semana estudaram sobre “Teorização do Serviço Social (AGUIAR, 1995).

Vale ressaltar que nesse seminário foi produzido um documento, documento esse que abordou questões socioeconômicas, visando a promoção da dignidade humana, prevenção de problemas individuais e coletivos, com vistas ao desenvolvimento dos indivíduos, tendo como base a Declaração Universal de Direitos Humanos (AGUIAR, 1995).

Reisdörfer (2013) expressa que este documento foi considerado um marco importante no movimento de reconceituação do Serviço Social no Brasil, nele iniciou as discussões acerca do que era o Serviço Social da época, apresentando uma visão científica e prática da profissão.

A autora ainda reforça que:

Inicia-se, portanto, um processo de pensar o Serviço Social não com uma visão assistencialista¹, mas sim, como uma forma de atuação preventiva e de promoção humana. A partir daí os assistentes sociais sentem a necessidade de organizar um segundo seminário, em que possa ser discutida a metodologia do Serviço Social (REISDÖRFER 2013 p. 31).

Vieira (1978) também comenta que foi a partir do seminário de Araxá que começaram a surgir novas ideias e projetos. Dessa forma no ano de 1970, acontece na cidade de Teresópolis localizado no Rio de Janeiro, o segundo Seminário de Teorização do Serviço Social, onde contou com a presença de 35 assistentes sociais de vários Estados.

No Seminário de Teresópolis os assistentes sociais tiveram como discussão a realidade brasileira face ao tema exposto, onde os profissionais buscavam uma modernização da prática profissional (NETTO, 2015).

Nesse seminário os assistentes sociais se dividiram em dois grupos, grupo “A” e “B”, onde realizaram um detalhado roteiro de trabalho, e inseriram a metodologia empregada dentro de um esquema científico. Ao contrário do seminário de Araxá, o de Teresópolis não produziu um documento final e o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais, instituição responsável pelo evento, publicou os relatórios de cada grupo separadamente (VIEIRA, 1978).

Segundo Reisdörfer (2013), este documento apresentou algumas mudanças na terminologia tradicional, tais como:

- Propôs a mudança dos termos (estudo, diagnóstico e tratamento) que ligavam o Serviço Social à Medicina, para os termos diagnóstico e intervenção, que eram originários das ciências sociais.
- Considerar as abordagens individual, grupal e comunitária em vez de Serviço Social de Casos, Grupo e Comunidade.
- Introduziu os termos “sistema-cliente”, fazendo referência à intervenção profissional como sendo ela direcionada a um pequeno grupo, organização, comunidade ou indivíduo. Introduziu também o termo “situação social-problema”, referindo-se a uma determinada situação que pode se apresentar como um problema (REISDÖRFER, 2013, p. 31).

Para isso, as formulações de Teresópolis “[...] apontam para a requalificação profissional do assistente social, definem nitidamente o perfil sociotécnico da profissão e a inscrevem conclusivamente no circuito da ‘modernização conservadora’ [...]” (NETTO, 2011, p. 192).

¹ De acordo com o Cfess “assistencialismo é a oferta de um serviço por meio de doação, favor, boa vontade ou interesse de alguém e não como um direito (<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes>).

Os documentos de Araxá e Teresópolis foram de suma importância para a renovação do Serviço Social no Brasil, pois eles marcam a transição do aspecto conservador para o moderno, fazendo com que o Serviço Social fosse colocado em níveis mais elevados (NETTO, 2015).

Após os Seminários de Araxá e Teresópolis, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviços Sociais (CBCISS), realizou mais dois colóquios na cidade do Rio de Janeiro, no Centro de Estudos do Sumaré e no Alto Boa Vista, respectivamente em 1978 e 1984 (NETTO, 2015).

O III Seminário de Teorização do Serviço Social foi realizado no Centro de Estudos de Sumaré, da Arquidiocese do Rio de Janeiro, de 20 a 24 de novembro de 1978, onde foi composto por 25 profissionais de Serviço Social, das quais 09 estiveram no seminário de Araxá e 07 no seminário de Teresópolis, tendo por tema: a relação do Serviço Social com a cientificidade, a fenomenologia e a dialética. Vale ressaltar que nesse encontro foram discutidas a perspectiva da reatualização do conservadorismo e a perspectiva da intenção de ruptura (NETTO, 2015).

O Seminário do Alto da Boa Vista aconteceu no ano de 1984, foi realizado no Colégio Coração de Jesus, no Rio de Janeiro, envolveu 24 profissionais. De acordo com Netto (2015, p. 251) “[...] no alto de Boa Vista, é perceptível um movimento de abertura a referências distintas do caldo conservador”.

Foi a partir dos Seminários do Sumaré e do Alto da Boa Vista que houve outro “movimento”, que pode ser chamado de reatualização do conservadorismo.

Nesta perspectiva do processo de renovação do Serviço Social no Brasil se manifesta, no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado profissional, a ponderabilidade maior da herança profissional, sem prejuízo dos elementos renovadores que apresenta. Releva notar, ainda e preliminarmente, que a correta apreciação desta perspectiva demanda observações, mesmo sumárias, acerca das dificuldades que se punham para a explicitação do pensamento mais conservador, de que ela é uma ponta privilegiada, quando da sua emersão no panorama do Serviço Social no país. (NETTO, 2015, p. 259).

Surpreendentemente esses dois últimos seminários não repercutiram como esperado, devido ao fato de que, naquela época, o Brasil passava por um período de ditadura militar, esse fato exigia que os profissionais de Serviço Social se enquadrassem no contexto vigente. Embora não tendo alcançado os objetivos esperados, deixando a deriva debates profissionais que pudessem estimular os setores de Serviço Social no

Brasil, é importante frisar a importância desses seminários, pois eles foram capazes de incentivar o processo de renovação profissional (NETTO, 2015).

Neste item acima trabalhado, fica notória a importância do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na história da profissão, não só no Brasil, mas em toda América Latina, é a partir desse movimento que é feito o questionamento e o rompimento com o conservadorismo.

O Movimento de Reconceituação provocou, ainda, a necessidade da formulação de um Projeto Ético Político da profissão, que embasa, dentre outros fundamentos, a perspectiva de trabalho do assistente social. No próximo item discutiremos sobre o referido Projeto.

2.1.3 Dimensões do Projeto Ético-político

Em 1970, em decorrência do processo de reconceituação, os profissionais de Serviço Social buscam a construção de um projeto profissional em prol da classe proletária. Esse processo se inicia a partir do Movimento de Reconceituação, na busca incessante pela ruptura com o conservadorismo. A partir desse período, ele começa a consolidar, sendo um desafio para a profissão, pois sofrerá um tensionamento entre a classe burguesa e o proletariado (TEIXEIRA; BRAZ, 2009).

José Paulo Netto (1999), afirma que o projeto de uma profissão é sua autoimagem, onde elegem valores que as legitimam socialmente e priorizam seus objetivos e funções, formulam seus 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 outras profissões e com as organizações e com as instituições sociais, privadas, públicas, entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais.

Isto vem ao encontro de Barroco (2005, p. 66) que concluiu que:

Um projeto profissional implica determinadas condições; deve atender a necessidades sociais, realizadas de determinadas formas, e produzir um resultado objetivo, com implicações sociais e desdobramentos éticos e políticos. Portanto, tenham os agentes (tomados individualmente) consciência ou não de que tais elementos conformam um projeto, isso não

elimina o fato objetivo de que está se produzindo um produto concreto e que ele, de alguma forma, contribui para a objetivação de determinadas finalidades e necessidades sociais com direção ética e política.

De acordo com Teixeira e Braz (2009) o projeto ético-político teve progresso a partir de 1980, e teve sua consolidação em 1990, onde até os dias de hoje, ainda está em processo de construção. O Projeto ético-político do Serviço Social está atrelado a um projeto de mudança da sociedade, posta pela dimensão política da intervenção profissional e que se faz necessária a articulação entre a categoria para que a dimensão ético-político seja efetivada.

Neste mesmo ano (1990), o Brasil passou por debates sobre política social, que foi de suma importância e fundamental para o pensamento social dos assistentes sociais, e foi através desses debates que a categoria criou o acesso a direitos sociais, econômicos, políticos e culturais, no Brasil, por meio das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Cabe citar o trabalho de Iamamoto (2001), onde relata que existem três pilares que servem como alicerce para a prática profissional. O primeiro pilar é o teórico metodológico, onde permite que o profissional tenha novas descobertas, e novas alternativas para o exercício profissional. O segundo pilar é o engajamento político nos movimentos organizados pela sociedade, onde este proporciona o reconhecimento da dimensão política da profissão, ou seja, está relacionado com os objetivos das ações. O terceiro pilar é o aperfeiçoamento técnico-operativo para a profissão, que se remetem as técnicas, os instrumentos para a intervenção profissional, apresenta-se “[...] como uma exigência para uma inserção qualificada do assistente social no mercado de trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 53).

Para Iamamoto (2001), o domínio de apenas uma perspectiva, não é suficiente para atingir a eficiência na atuação profissional, para o profissional ser crítico e competente ele precisa ter a junção dos três pilares, caso o profissional não tenha essa junção corre o risco de cair no tecnicismo.

A autora complementa:

[...] o teórico-metodológico, o ético-político e o técnico-operativo são fundamentais e complementares entre si. Porém, aprisionados em si mesmos, transformam-se em limites que vêm tecendo o cenário de algumas das dificuldades, identificadas pela categoria profissional, que necessitam ser ultrapassadas: o tecnicismo, o militantismo e o tecnicismo (IAMAMOTO, 2001, p. 53).

Um dos principais desafios da profissão é fazer essa articulação entre os elementos, pois o profissional ao inserir-se no mercado de trabalho deverá articular a profissão com a realidade (IAMAMOTO, 2001).

O projeto ético-político é o resultado de um longo e coletivo processo, onde foi construído nas últimas três décadas, e tem seus pilares definidos no Código de Ética profissional (1993), na Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996, onde vêm orientando a atuação do assistente social no âmbito da formação e no exercício profissional (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Código de Ética Profissional, de 1986, foi reformulado em 1993, pois o anterior não era fundamentado na teoria marxista em sua totalidade, sendo que essa nova versão trouxe melhorias para o profissional de Serviço Social (BARROCO, 2005).

A ética profissional segundo Barroco (2005), possui dimensões que inter-relacionam permitindo ao profissional de Serviço Social um direcionamento e uma atuação coerente com diretrizes de sua profissão.

A respeito dos deveres do/a assistente social, o art. 3º do Código de Ética dispõe que:

- art. 3º desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;
- abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades (CÓDIGO DE ÉTICA DO/A ASSISTENTE SOCIAL, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012, p. 27).

Entendemos que o projeto ético-político, do Serviço Social tem um caráter crítico, pedagógico e propositivo. Onde é necessário a consonância entre os três pilares para que os profissionais de Serviço Social consigam realizar sua intervenção, respaldados nos valores e na ética, para a defesa dos direitos da classe trabalhadora.

Toda ação profissional do Assistente Social tem uma intencionalidade, ou seja, se expressa por uma ação dirigida a um determinado direito do assistido, cercada por uma legislação que lhe confere um posicionamento comprometido com a ética.

Para acrescentar essa discussão, no próximo item discorreremos sobre o processo de trabalho do Serviço Social.

2.1.4 Processo de Trabalho do Serviço Social

Neste item iniciaremos uma breve discussão acerca do processo de trabalho do Serviço Social. Durante todo contexto histórico descrito até aqui, vimos que os assistentes sociais são profissionais requisitados e de suma importância para a sociedade.

O trabalho é uma atividade própria e fundamental do homem, é através do trabalho que ele se firma como um ser social. Todos os seres humanos se dispõem de uma dimensão teleológica, ou seja, ele consegue projetar antecipadamente em sua mente o resultado a ser obtido através do trabalho. Todo trabalho que o homem produz tem um valor de uso, isso torna condição de vida humana, dessa forma o trabalho torna-se uma atividade existencial para a vida (IAMAMOTO, 2001).

Ainda segundo lamamoto (2001 p. 27):

[...] Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada monopolizada por uma parte da sociedade [...].

O assistente social tem como objeto de trabalho as múltiplas expressões da questão social presentes na sociedade, eles trabalham com as mais variadas expressões quotidianas, resultantes da contradição entre capital e trabalho. O assistente social é cercado de tensões que envolvem classes com interesses opostos: onde de um lado temos a classe burguesa que detém o poder e forças produtivas, onde conseguem ter acesso a cultura, lazeres etc., por outro lado temos a classe trabalhadora que vende sua força de trabalho e vive em “[...] crescente miséria, da pauperização que atinge a maioria da população nos vários países [...]” (IAMAMOTO, 2001 p. 28).

Ainda de acordo com lamamoto, 2001, p. 61):

Qualquer processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação do sujeito, ou seja, o próprio trabalho que requer meios ou instrumentos para que possa ser efetivado. Em outros termos, todo processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto ponto tais elementos estão presentes na análise de qualquer processo de trabalho.

A desigualdade desencadeia sentimentos como a rebeldia, sentimento este que reflete a resistência e inconformidade com a situação vivida. É diante deste mar de

sentimentos que o trabalho do assistente social se torna fundamental, pois ele é movido por interesses sociais distintos, visando sempre uma condição digna de vida e igualdade para toda a sociedade (IAMAMOTO, 2001).

Segundo Guerra (2014), a função do Serviço Social está vinculada às condições que conceberam a sua institucionalização, desta forma faz com que a profissão seja reconhecida e requisitada, porém, o Serviço Social precisa ultrapassar sua linha de pensamento de forma que seja observada a sua coesão e compreensão racional da profissão.

Isto vem ao encontro de Iamamoto (2001, p. 20) no qual ressalta que o profissional necessita sintonizar o agir profissional com os tempos modernos, e o quanto é significativo transcender o mesmo para melhor compreendê-lo.

Desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar os direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim ser um profissional propositivo e não só executivo.

A autora também complementa que, para ser propositivo e conseguir atender essas questões é necessário que o profissional defenda o seu serviço, que ele seja competente para propor novas ideias, indo além do que é apresentado cotidianamente. Para que essa intervenção seja possível, é necessário compreender as dimensões teórico-metodológico, técnico operativo e ético-político, que se referem aos pilares de atuação do Serviço Social discutidos no item anterior (IAMAMOTO, 2001).

Em seu exercício profissional, o assistente social dispõe de sua autonomia relativa, de forma que para conceder aos indivíduos benefícios concedidos por equipamentos privados ou públicos, o profissional dependerá da autorização e critérios de elegibilidade dos mesmos. Dessa forma compreendemos que são os equipamentos públicos ou privados que de modo geral, organizarão processo de trabalho do profissional (IAMAMOTO, 2001).

Embora a profissão seja regulamentada como profissão liberal, o Serviço Social não possui meios necessários para a efetivação do seu trabalho de forma autônoma, pois depende de recursos e projetos das instituições que o contrata para organização das atividades impostas (IAMAMOTO, 2001).

Em seu processo de trabalho o profissional de Serviço Social se apropria de um conjunto de técnicas que possibilitam o desenvolvimento de seu trabalho, como entrevista social que visa estabelecer uma relação com o usuário por meio do diálogo, proporcionando ao usuário expressar suas dificuldades e necessidades, a visita domiciliar que é voltada ao atendimento ao usuário e sua família visando conhecer de perto a realidade daquele usuário e sua composição familiar, e por fim encaminhamentos para a rede socioassistenciais, onde é possível acionar outros recursos que não são disponibilizados pela instituição (IAMAMOTO, 2001).

Iamamoto (2001), ainda ressalta que não é apenas um conjunto de técnicas que institui os instrumentos de trabalho do assistente social. É importante ressaltar o conhecimento como meio de trabalho, sem o conhecimento adequado é impossível que o profissional consiga exercer o seu trabalho, conhecer a realidade é imprescindível para o desenvolvimento do trabalho.

O Serviço Social traz na vida dos usuários um efeito que não é material, ele consegue interferir em sua condição de vida na sociedade. A autora destaca que:

O Serviço Social tem também um efeito que não é material, mas é socialmente objetivo. Tem uma objetividade que não é material, mas social. Por exemplo, quando o assistente social viabiliza o acesso a uns óculos, uma prótese, está fornecendo algo que é material e tem uma utilidade. Mas o assistente social não trabalha só com coisas materiais. Tem também efeitos na sociedade como um profissional que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que, por sua vez tem efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos (IAMAMOTO, 2001, p. 67-68).

Dessa forma entendemos que é necessário que o profissional saiba relacionar os instrumentos, a prática e principalmente o conhecimento, para que haja sucesso em sua intervenção profissional.

No próximo tópico trataremos a categoria “Saúde”, onde abordaremos como foi inserido o profissional de Serviço Social nessa área.

2.2 SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo discorrer sobre a trajetória histórica da saúde, e realizar uma breve contextualização da saúde no Brasil, de como iniciou o processo de desenvolvimento histórico, até a inserção do Serviço Social na área da saúde, e abordaremos também os parâmetros de atuação do assistente social na mesma.

2.2.1 Conceito de Saúde

Durante muito tempo, a saúde foi entendida simplesmente como o estado de ausência de doença, sendo considerada insatisfatória, esta definição de saúde foi substituída por outra, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como:

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Saúde é Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.

2.2.2 Resgate histórico da saúde no Brasil

Para falar do desenvolvimento da seguridade social brasileira, é necessário compreender a respeito de toda a trajetória da política de saúde, desde como foi a sua inserção no início do século XX, mais precisamente na década de 1920, citando as primeiras iniciativas da intervenção do Estado, até o processo de redemocratização do país.

A saúde brasileira no século XVIII estava pautada na filantropia, na prática liberal, e com um caráter coletivo, de enfoque preventivo no controle de endemias através da atenção básica. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30 (MOTA et al., 2006).

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. O então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou o médico e cientista Oswaldo Cruz no cargo de Diretor do departamento Federal de Saúde Pública (DFSP), onde organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das campanhas sanitárias, destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais (LUZ,1991).

Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que institui a desinfecção dos domicílios, destruindo edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória, método que causou grandes discussões e muitas críticas, e que culminou com o movimento popular conhecido como a Revolta da Vacina (MATTA, 2007).

A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina (POLIGNANO, 2001, p. 5).

Este método adotado por Oswaldo Cruz foi considerado como código de tortura, devido a extrema rigidez. Naquela época a polícia sanitária tinha a tarefa de identificar doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento, se a pessoa considerada como doente não possuísse recurso para se isolar em locais distantes ou até mesmo pagar médicos próprios, essas pessoas eram enviadas para os hospitais gerais, mais conhecidos como matadouros, ou até mesmo isoladas do convívio social (MATTA, 2007).

Com as ações de Oswaldo Cruz conseguiu-se avançar bastante no controle e combate de algumas doenças, possibilitando também o conhecimento acerca das mesmas. Nas décadas de 1910 e 1920 tem início uma segunda fase do movimento sanitarista, onde os médicos sanitaristas realizaram expedições pelo país, e tiveram como ênfase o combate as endemias e o saneamento rural, essas expedições proporcionaram aos médicos um conhecimento mais amplo da situação de saúde no Brasil e do quanto era necessário desenvolver uma política de saúde efetiva (MATTA, 2007).

Em 1920, Oswaldo Cruz já havia deixado o cargo de Diretor, seu sucessor Carlos Chagas, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduzindo as propagandas nacionais de educação sanitária e saúde. Chagas ao assumir o cargo de diretoria criou órgãos especializados no combate à tuberculose, a lepra e as doenças venéreas (POLIGNANO, 2001).

As primeiras iniciativas de seguridade social brasileira emergem em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os ferroviários através do decreto de lei nº4.682, conhecida como Lei Elói Chaves (MOTA et al., 2006).

As CAPs, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes (COHN, 2001, p. 14).

As CAPs [...] “eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados” [...]. Elas eram organizadas por empresas, onde só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente era nomeado pelo presidente da República (MOTA et al., 2006, p. 90).

Os benefícios eram concedidos de acordo com as contribuições, tais como: [...] “assistência medica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez pensão para os dependentes e auxílio funeral” (MOTA et al., 2006, p. 90).

As CAPs trouxeram uma nova configuração no âmbito da saúde na época, mas tinham como modelo de regência a exclusão, onde beneficiava apenas a parcela da população ativa, não apresentando uma cobertura universal. A população que não tinha condições de acesso ao setor médico privado e, além disso, não contava com a cobertura das CAPs, era assistida pelas organizações mútuas e filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia.

A saúde nesse contexto histórico estava restrita a esfera privada, não sendo categorizada como um direito dos cidadãos e de responsabilidade estatal, mas, pelo contrário, era vista como um serviço ao qual só poderia ser usufruído mediante a inserção do indivíduo no mercado de trabalho, somado a uma contribuição prévia do seu salário via um contrato compulsório (RAMOS E GOMES, 2019, p. 4).

Em 1930, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação, devido a uma grave crise econômica mundial, graves tensões políticas e internas, levando o país a buscar uma nova forma de inserção no mundo capitalista. Devido a isso as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões

(IAPs), as mudanças não são apenas nas siglas, os institutos agora são de caráter nacional, onde serão geridas pelo Estado como autarquias federais, organizando-se uma previdência social de atuação nacional ampliando o número de segurados (COHN, 2001).

[...] nos IAPs a direção cabia a um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, sem poder deliberativo. Esses representantes dos trabalhadores eram escolhidos a partir de uma relação elaborada por representantes daqueles sindicatos reconhecidos pelo Estado, exatamente por preencherem os requisitos legais, e aprovados pelo crivo do Ministério do Trabalho, Indústria e comércio, criado em 1930 (COHN, 2001, p. 17).

A partir de 1930, a sociedade brasileira passou por várias mudanças em respostas as reivindicações dos trabalhadores, dentre elas podemos destacar o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento de políticas sociais (MOTA et al., 2006).

A política de saúde formulada neste período era de caráter nacional, onde era organizada em dois subsetores: o de saúde pública que foi predominante até meados de 1960, com condições sanitárias mínimas para a população, e o de medicina previdenciária “[...] só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966” (MOTA et al., 2006 p. 91). A medicina previdenciária “[...] pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla” (MOTA et al., 2006 p. 92).

Podemos compreender, nesse contexto histórico que a saúde naquela época era restrita a esfera privada, diretamente ligada a previdência social, onde a mesma não era categorizada como um direito de todos e de responsabilidade estatal, mas, pelo contrário, era vista como um serviço ao qual só poderia ser usufruído mediante a contribuição prévia do trabalhador a previdência social.

2.2.3 Saúde a partir da Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal (CF) de 1988, apresenta um avanço significativo ao sistema de proteção social, onde a sociedade brasileira passa a ter direito aos benefícios previdenciários e a universalidade dos direitos sociais, tais como, saúde, educação, trabalho, segurança, lazer (COHN, 2001).

O Artigo 6º da Constituição Federal de 1988 ressalta:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL. Constituição Federal, Emenda nº 90 de 2015).

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população, contribuindo para debates relacionados ao Estado e suas propostas governamentais para a melhoria da política de saúde em território brasileiro. [...]” saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” [...] (MOTA et al., 2006 p. 95).

Nesta conjuntura a participação dos profissionais de saúde foi de suma importância, pois eles representavam a sua categoria, defendendo as melhorias do segmento e fortalecendo o setor público. O movimento sanitário também foi uma peça fundamental no debate a favor da saúde e sua democratização. As principais propostas que esses sujeitos debatiam e defendiam era a universalização do acesso, a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado (MOTA et al., 2006).

A saúde faz parte do tripé da seguridade social, composta pela Previdência Social, Saúde e Assistência Social, está previsto no artigo 194 da Constituição Federal de 1988 que dispõe que: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL. Constituição 1988).

Segundo Castro (2018), o movimento da Reforma Sanitária nasceu na luta contra a Ditadura Militar e ganhou maior destaque a partir de meados da década de 70 trazendo avanços importantes para o setor público, contrariando aqueles que buscava privilegiar o setor privado, a Reforma Sanitária buscava democratização dos serviços de saúde, atendimento humanizado, interdisciplinaridade, acesso às informações e um efetivo envolvimento da sociedade civil nas políticas de saúde. A Reforma Sanitária aconteceu em meio ao processo de redemocratização do nosso país e tem sido apontada como uma política na contramão do que era imposto pelo regime militar autoritário. “Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo” (PAIM, 2008 p. 173).

Um fato importante para a discussão de saúde no Brasil, foi a preparação² e realização da 8ª Conferência Nacional de saúde, realizada em março de 1986, em Brasília. O tema central foi: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial” (MOTA et al., 2006, p. 96).

A 8ª Conferência, contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre elas mil delegados. Essa conferência foi um marco pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade, o debate assumiu outra dimensão com a participação representativa da população em diversas esferas, tais como: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (MOTA et al., 2006, p. 96).

Os principais pontos aprovados pela Constituição Federal de 1988, foram: o direito universal à saúde, tendo a saúde como um dever do Estado, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando todos os serviços públicos em uma rede, além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência e a participação do setor privado no SUS de forma complementar, bem como a proibição da comercialização de sangue e de seus derivados (MOTA et al., 2006).

A nova Constituição Federal de 1988, determina no artigo 196, onde fica reconhecido a saúde como um direito fundamental de todos os seres humanos, sendo, um dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de políticas públicas, visando a redução de riscos de doenças e de outros agravos e assegurar acesso universal e igualitário a todos os indivíduos (BRASIL, 1988).

O art. 196 dispõe:

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 (BRASIL. Constituição 1988).

² Como estratégia de preparação e mobilização para o evento foram realizadas pré – conferências em quase todos os estados brasileiros, seguindo temário pré-estabelecido (MOTA et al., 2006, p. 96).

O Sistema Único de Saúde é fruto de grandes lutas sociais do movimento sanitário e mobilização dos profissionais da saúde. “Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (MOTA et al., 2006, p. 101).

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a implementação do SUS, se deu durante a posse do ex presidente Fernando Collor de Mello (GUIDINI, 2012).

O autor ainda ressalta que a Lei 8.080/90 definiu papéis institucionais de cada esfera governamental no que tange a gestão da Saúde, tais como: [...] “a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis do governo, por meio dos fundos de saúde” (GUIDINI, 2012, p. 17).

Contribuindo para a discussão, segundo o Ministério da Saúde, o SUS é definido do seguinte modo:

[...] é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os princípios do SUS, foram definidos deste modo:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O SUS tem como objetivo a melhoria da população brasileira, e necessita da implementação de um sistema que contemple de forma universal a assistência em todos os níveis de atenção [...] “exige que as políticas macroeconômicas articulem-se de alguma maneira com as políticas sociais, sobretudo com as de saúde e educação” (COHN, 2001).

Melhor dizendo, deve-se ter como prioridade nacional o combate à pobreza e exclusão social, pois, por melhor que ela seja, nenhuma política de saúde de forma isolada será capaz de enfrentar as necessidades sociais básicas atuais (COHN, 2001).

Os principais progressos da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, está relacionado ao acelerado processo de descentralização político administrativa, ocorrendo a transferência de responsabilidades e recursos de nível federal para os de nível estaduais e municipais (GUIDINI, 2012).

O SUS sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional e por vezes a escassez de financiamento. Apesar das dificuldades enfrentadas podemos afirmar que o SUS apresentou progressos significativos no setor público (POLIGNANO, 2001).

Aqui encerra a abordagem geral sobre a saúde a partir da Constituição Federal de 1988, no próximo tópico discorreremos sobre os níveis de atenção à saúde.

2.2.4 Níveis de Atenção à Saúde

Após a Constituição Federal de 1988, onde definiu que saúde é um direito de todos e dever do Estado, foi necessário realizar uma organização para que o atendimento e atenção à população fosse ofertado de forma adequada, desta forma a saúde no Brasil foi dividida em três níveis: o primário, o secundário e o terciário.

Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de

organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com a Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), menciona que a Atenção Primária é composta pelas Unidades Básicas de saúde (UBS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe especializada para atuar na Saúde da Família, a atenção primária a saúde é definida como a principal porta de entrada aos usuários do SUS, é através dela que são realizados os encaminhamentos para outras redes de atenção, caso seja necessário (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Compreende-se como Atenção Secundária os serviços especializados realizados em esferas ambulatorial e hospitalar, caracterizados por procedimentos de média complexidade, tais como atendimento direcionados as áreas da pediatria, ginecologia, oncologia, cardiologista etc. Dentro da atenção Secundária encontra-se o Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU), Policlínicas e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), este nível de atenção caracteriza-se como apoio diagnóstico e atendimentos de urgência e emergência necessário (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

O nível de atenção terciário, também conhecido como atendimento de Alta Complexidade, são compostos por hospitais gerais de grande porte, como Santas Casas e hospitais universitários por exemplo, onde são realizados procedimentos que se assemelham a gravidade e necessitam de atendimentos de alta complexidade, como: partos de alto risco, traumas ortopédicos, neurocirurgia, hemodiálise, unidade de terapia intensiva (UTI), etc. Neste nível os especialistas são aptos para atenderem casos que não puderam ser atendidos nos níveis anteriores devido à complexidade que os atendimentos demandam (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Neste item compreendemos como é feito a divisão dos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), no item a seguir iremos discorrer sobre a inserção do Serviço Social na área da saúde.

2.2.5 A Inserção do Serviço Social na Saúde

No tópico anterior abordamos sobre o contexto histórico da saúde após a Constituição Federal, neste item iremos discorrer sobre a inserção do Serviço Social na área da saúde.

A inserção dos assistentes sociais na área da saúde se deu a partir da década de 40, quando a saúde foi o setor que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina um novo conceito de saúde, que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde com ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar (BRAVO, et al., 2006).

A autora ainda ressalta, que o trabalho em equipe multidisciplinar teve diversos desdobramentos que permitiu:

[...] suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (BRAVO, et al., 2006, p. 199).

Nesta época, o profissional de Serviço Social passou a ser requisitado para exercer uma tarefa de caráter educativo, “[...] com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO, et al., 2006, p. 199).

O assistente social passará a atuar em:

[...] hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO, et al., 2006, p. 199).

O Serviço Social passa por influência da modernização, onde a partir deste momento os profissionais passam a priorizar ações no âmbito curativo e hospitalar, na assistência médica previdenciária. Neste período as principais técnicas de intervenção utilizadas eram: “a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país” (BRAVO, et al., 2006, p. 202).

É apenas em 1980 que a profissão desenhará um novo norte de atuação, devido ao movimento significativo da saúde coletiva e do Serviço Social, proporcionando a ampliação do debate teórico e a incorporação de temáticas fundamentadas no marxismo (BRAVO, et al., 2006).

O movimento sanitário, que iniciou sua construção em meados dos anos 70, contribuiu no avanço da elaboração de propostas em prol do fortalecimento do setor público, se opondo ao modelo privilegiado do setor privado (BRAVO, et al., 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, aprovou a bandeira da reforma sanitária, caracteriza-se um marco histórico, pois, trouxe embasamento a reformulação da Constituição Federal de 1988 (BRAVO, et al., 2006).

Para que possamos analisar os avanços do Serviço Social na área da saúde, é necessário fazer a articulação entre o processo histórico da profissão e a conjuntura política no Brasil na referida época, ao analisarmos a profissão na área da saúde no ano de 1990, iremos nos deparar com a implantação do projeto neoliberal no país, no qual o ex presidente Fernando Collor de Melo foi o primeiro a tentar sua implementação (BRAVO, et al., 2006).

No referido ano acontece uma disputa na área da saúde de dois projetos políticos, sendo o privatista e o da reforma sanitária, onde apresentaram diferentes propostas para o Serviço Social (BRAVO, et al., 2006).

O projeto privatista requisitou dos assistentes sociais as seguintes demandas:

[...] Seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO, et al., 2006, p. 206).

Já o projeto da reforma sanitária, apresenta as seguintes demandas:

[...] busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO, et al., 2006, p. 206).

No que foi discutido até aqui, podemos afirmar que, o debate do Serviço Social na área da saúde, sempre vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético político da profissão (BRAVO, et al., 2006).

Neste tópico discorreremos a respeito da inserção do Serviço Social na área da saúde, onde podemos perceber que a profissão no decorrer dos anos ganhou força e espaço.

2.2.6 Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde

Neste tópico iremos abordar sobre os parâmetros de Atuação do Assistente Social na área da saúde e sua importância para o exercício profissional, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Para um melhor entendimento a respeito dos parâmetros de atuação profissional na área da saúde é de suma importância caracterizar o entendimento de ação profissional que se baseiam no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados as abordagens definidas. Portando pode-se concluir que a ação profissional contém fundamentos teórico- metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos tecnico-operativos (CFESS, 2010).

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, tem como pauta a perspectiva da totalidade social e tem a questão social como base de sua atuação profissional. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersectorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade (CFESS, 2010).

Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde devem estruturar-se e basear-se nos fundamentos do SUS e nos princípios do projeto ético-político do serviço social (SILVA e KRÜGER, 2018).

De acordo com Matos, citado por Bravo e colaboradores (2006, p. 213), compreende que cabe ao Serviço Social:

[...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

O assistente social é reconhecido como um profissional da saúde através das resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 218, de 06 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social nº. 383, de 1999, além da Resolução nº. 196 de 1996 (COSTA, 2017).

O código de ética profissional, dispõe para os assistentes sociais ferramentas indispensáveis para a prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde, “[...] “na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social” (CFESS, 2010, p. 30).

Dentre as ferramentas que o Código de Ética profissional apresenta como princípios fundamentais para atuação profissional:

- reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- defesa intransigente dos direitos humanos;
- ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- exercício do Serviço Social sem discriminação (CFESS, 2009, p. 20).

O assistente social ao atuar na área da saúde deve ter como prioridade uma busca criativa e incessante “[...] da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social” (BRAVO, et al., 2006, p. 213).

Desta forma, para uma atuação competente e crítica na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, 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;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- 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 realizar 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 ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p. 30-31).

Esses instrumentos legais são fundamentais para o profissional ter a delimitação das suas atribuições e competências na área da saúde (CFESS, 2009).

Nesta perspectiva, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), tem como atribuição:

[...] orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Para além de suas atribuições, contidas na Lei 8.662/1993, a entidade vem promovendo, nos últimos 30 anos ações, políticas para a construção de um projeto de sociedade radicalmente democrático, anticapitalista e em defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Segundo o CFESS, 2010, p. 35, as competências e atribuições dos assistentes sociais, na área da saúde, tem como base a Lei de Regulamentação da Profissão, onde requisitam do profissional algumas competências que são fundamentais à compreensão do contexto sócio histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;

- análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

Mesmo tendo todos esses direcionamentos e sendo respaldados pelo Código de Ética profissional, os profissionais são desafiados todos os dias, a encarar a defesa da democracia e das políticas públicas “[...] não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais [...]” (BRAVO, et al., 2006, p. 214).

Neste item, vimos os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde, no item a seguir iremos discorrer sobre cuidados paliativos pediátricos.

2.3 CUIDADOS PALIATIVOS

Este capítulo tem como objetivo discorrer sobre o conceito de cuidados paliativos, e como são realizados os cuidados paliativos na oncologia infantil.

2.3.1 Cuidados Paliativos na Oncologia Pediátrica

O resgate histórico do conceito de Cuidados Paliativos (CP), desenvolveu-se no surgimento do movimento hospices (hospedaria em português), que se consistiam em abrigos destinados a cuidar de peregrinos, viajantes, pobres, doentes, mulheres em trabalho de parto, órfãos e leprosos. Este tipo de hospitalidade tinha como característica principal o acolhimento, proteção e alívio a essas pessoas, não tinham como foco principal a cura. O hospices originou-se no Reino Unido, na década de 60 por Cicely Saunders (CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) 2012).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Cicely³ fundou o St. Christopher's Hospice, em 1967, que foi:

[...] o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje, o St. Christopher's é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa (CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) 2012).

Foi através da criação do St. Christopher's Hospice que foi disseminado pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar, onde pregavam dois elementos fundamentais que eram o controle da dor e outros sintomas decorrentes da doença, e o cuidado integral, abrangendo as dimensões sociais, psicológicas e espirituais, tanto do paciente quanto de seus familiares (IGLESIAS, 2016).

O termo Palliare no latim significa acalmar, proteger, amparar e abrigar. Na medicina ocidental essa nomenclatura traz uma nova perspectiva: a de cuidar, para além de curar. Entende-se por Cuidado Paliativo (CP), o alívio do sofrimento e da dor do doente, de forma paliativa, ou seja, uma intervenção terapêutica, sem o intuito curativo, que visa

³ Cicely Saunders nasceu em 22 de junho de 1918, na Inglaterra, e dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Ela graduou-se como enfermeira, depois como assistente social e como médica. Escreveu muitos artigos e livros que até hoje servem de inspiração e guia para paliativistas no mundo todo.

diminuir o desconforto causado pela doença, sobre o seu bem-estar (IGLESIAS, 2016).

Em 1990, a OMS publicou seu primeiro conceito de Cuidado Paliativo: “cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial” (IGLESIAS, 2016, p. 2).

Esse conceito foi revisado e atualizado em 2002, onde a OMS cita que cuidados paliativos consistem:

[...] na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

No Brasil, foram normatizadas quatro portarias relacionadas a Cuidados Paliativos: portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, onde estabelece os critérios para cadastramento de centros que prestam atendimento em oncologia. Logo após a portaria nº 19 de 3 de janeiro de 2002, onde estabelece a inserção no SUS, do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Além desses citados anteriormente, foram inseridas mais duas portarias, a de nº 881 de 19 de junho de 2001, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), por fim a portaria 1.319 de 23 de julho de 2002, onde determinou a criação, no Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, todas essas portarias dão subsídios à implementação de serviços de cuidados paliativos no país (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O câncer infantil, engloba um grupo de diversas doenças, onde todas elas tem em comum a proliferação desenfreada de células⁴ anormais, sendo possível ocorrer essa proliferação em qualquer parte do organismo. O tratamento de câncer é longo, com várias internações para quimioterapia ou deslocamentos ao hospital devido a intercorrências, causando assim impactos diretos na vida das famílias e dos pacientes. Compreende-se que cuidar de uma criança ou adolescente com câncer é exaustivo e

⁴ O corpo humano é todo formado por células que se organizam em tecidos e órgãos. As células normais se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. O câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação que pode provocar danos em um ou mais genes de uma única célula (Brasil. Ministério da Saúde, 2006, p. 14).

até mesmo estressante, devido ao período longo de internação, as famílias acabam sofrendo inúmeras mudanças na rotina e relações cotidianas (SILVA, 2010).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer infantil representa cerca de 0,5% a 3% de todos os tumores na população em geral. No Brasil, os tumores pediátricos variam entre 1% a 4,6%, sendo mais comuns a leucemia, linfomas e tumores do sistema nervoso central, em 2004 o câncer foi responsável por 13,7% dos óbitos registrados no país (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) é um campo da medicina cujo o principal objetivo é cuidar da criança e sua família, são destinados a melhorar a qualidade de vida diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida, através do tratamento adequado para o alívio dos sintomas e da dor decorrente da doença (VOLPON, 2002).

Os CPP são indicados a todas as crianças e adolescentes que sejam acometidos com alguma doença que limite ou ameace o fim da vida, devem ser iniciados o mais breve possível, de preferência logo após o diagnóstico, pois podem trazer muitos benefícios quando iniciados precocemente (VOLPON, 2002).

Estudos apontam que com o diagnóstico precoce e o tratamento sendo feito em hospitais especializados a chance de cura chega a 70%. No entanto, alguns fatores importantes reduzem esse percentual de cura, tais como: “[...] a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, a desinformação dos pais, o medo do diagnóstico, a falta de qualificação de médicos e as características de certos tumores que são de difícil diagnóstico[...]”, desta forma há casos em que é indicado ao paciente o protocolo de CPP, há também aqueles pacientes que fazem todo o tratamento disponível para a cura, mas não é possível alcançá-la devido à gravidade da doença (SILVA, 2010, p. 140).

A autora Volpon, 2002, p. 11, descreve algumas condições nas quais os Cuidados Paliativos são indicados:

1. [...] o câncer, problemas do coração (congenitos ou adquiridos) e alterações graves das vias respiratórias.
2. Condições que requerem tratamento por tempo prolongado: anemia falciforme, HIV/AIDS, doenças dos rins, doenças pulmonares, doenças neuromusculares, epidermólise bolhosa, fibrose cística.
3. Condições para as quais ainda não há nenhum tratamento específico para a doença, tais como doenças metabólicas progressivas (conhecidas como erros inatos do metabolismo), doenças dos cromossomos (genéticas).

4. Condições incapacitantes graves e não progressivas, como a paralisia cerebral, bebês muito prematuros, sequelas neurológicas graves de infecções (citomegalovírus, zika, meningites, chikungunya), traumas graves do cérebro ou na coluna (VOLPON, 2002, p. 11).

É importante ressaltar a diferença entre doença avançada e estágio terminal, a criança com uma doença oncológica avançada, mesmo estando em CPP ainda pode aproveitar a vida com qualidade, já a criança em fase terminal em CPP, não tem nenhuma qualidade de vida, por mais que haja intervenção médica (SILVA, 2010).

Segundo Iglesias, 2016, p. 48, os CP em adultos se diferenciam do CPP em vários aspectos, e possuem algumas particularidades, que são:

- O número de crianças que morrem em Cuidados Paliativos Pediátricos é baixo em relação ao Cuidado Paliativo em pacientes adultos.
- Os diagnósticos pediátricos geralmente são raros e ocorrem apenas da infância, entretanto, algumas crianças podem sobreviver até a idade adulta. - O período de intervenção dos Cuidados Paliativos em Pediatria é diferente dos em adultos, podendo incluir dias, meses ou muitos anos.
- As doenças muitas vezes são familiares e há mais de um filho afetado, necessitando de aconselhamento genético.
- Os cuidados geralmente envolvem toda a família, sendo os irmãos especialmente vulneráveis.
- Os pais experimentam situação de ambiguidade, apresentando dor antecipatória pela provável perda e são, simultaneamente, também os cuidadores da criança.
- As doenças ocorrem em fase da vida em que há grande desenvolvimento físico, emocional e cognitivo, sendo essencial garantir a continuidade do processo educativo. É importante também estar atento no quanto a doença pode refletir na capacidade da criança de se comunicar e compreender sua situação patológica e a morte.

O tipo de abordagem terapêutica paliativa escolhida precisa ser discutida entre a equipe multiprofissional, a família e o paciente (quando for possível), para que juntos eles entendam o protocolo a ser seguido, o mesmo precisa ser explicado de forma clara e sucinta, porque é comum que as famílias acreditem em um novo tratamento ou até mesmo na cura, gerando frustrações na família e conseqüentemente ocorre a perda de confiança e perda de vínculo com a equipe que presta cuidados ao paciente (SILVA, 2010).

Segundo a OMS, são, ao todo, nove princípios gerais dos CP (adultos e crianças), onde o primeiro é: proporcionar o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, neste princípio é necessário a abordagem farmacológica se necessário a abordagem psicossociais e espirituais (CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) 2012).

O Segundo princípio é afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, o CP lida com a morte como um processo natural e esperado devido a presença de uma doença ameaçadora a vida. O terceiro princípio é, não acelerar nem adiar a morte, neste princípio fica enfatizado que CP não é eutanásia (CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) 2012).

O quarto, Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, as abordagens nesse aspecto são feitas pela ótica da psicologia. O quinto, oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, onde a equipe deve cuidar do bem-estar do paciente, ser facilitadores de resoluções de problemas (CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) 2012).

O Sexto, oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, neste princípio é necessário acolher a família, tanto biológica como a adquirida (amigos, parceiros, etc.) da mesma forma que se acolhe o paciente, pois os entes queridos sofrem e seu sofrimento deve ser acolhido. O Sétimo, abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, deve-se incluir a família no processo de cuidar, desta forma estende-se o cuidado no luto, este processo deve ser realizado por toda a equipe multiprofissional (CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) 2012).

O penúltimo princípio é melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença o paciente deve ser respeitado, ter seus sintomas controlados, seus desejos e suas necessidades atendidas, conviver com seus familiares. O último princípio, deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes, então são os cuidados que devem ser iniciados logo após o diagnóstico da doença, o paciente não deve ser privado dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer (CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) 2012).

De acordo com Iglesias, (2016, p. 49) o CPP possui quatro pilares fundamentais:

- a. Manejo da dor e outros sintomas: alívio do sofrimento por meio de manejo adequado dos sintomas físicos e dos agravos emocionais de pacientes e familiares[...].

- b. Processos de comunicação e de decisão: Comunicar significa “tornar comum” e pressupõe a compreensão e entendimento entre as partes envolvidas. Capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, com vista ao bom entendimento entre pessoas. Contrapõe-se a informar, que significa dar informe ou parecer; instruir, avisar e cientificar. [...]O processo decisório envolve todos os indivíduos comprometidos com o bem-estar da criança, desde os profissionais envolvidos na assistência direta (equipe de saúde), familiares, instâncias administrativas, instituições governamentais, e até os profissionais de comitês hospitalares de bioética [...]
- c. Espiritualidade: Espiritualidade é aquilo que dá sentido e propósito à vida de um indivíduo[...].
- d. Multidisciplinaridade: [...] Cuidado Paliativo, cujo objetivo é a abordagem das dimensões física, psíquica, emocional, social, cultural e espiritual do ser humano, é um conjunto de atos multiprofissionais. Desta forma, é necessária uma abordagem ampla que requer profissionais especializados e treinados nestas diversas esferas do indivíduo. A equipe multiprofissional deve ser composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, assistente social, capelão/assistente espiritual, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, profissional de psicologia (psicólogo, psicoterapeuta, psiquiatra, psicanalista); fonoaudiólogo, pedagogo, odontólogo, farmacêutico, profissionais de arteterapia, profissionais de musicoterapia, dentre outros profissionais que podem cooperar com o cuidado holístico da criança e sua família [...].

Como podemos ver nesse item, o Serviço Social está inserido no atendimento direto ao paciente oncológico pediátrico em Cuidados Paliativos através da equipe multidisciplinar e, nesta lógica, durante todo o tratamento do paciente no ambiente hospitalar a família recorre ao Serviço Social levando diversas demandas.

Neste contexto abordaremos no próximo item o Serviço Social e Cuidados Paliativos Pediátricos.

2.3.2 O Serviço Social e Cuidados Paliativos Pediátricos

No Brasil, após a Constituição Federal de 1988 e a implementação do SUS, houve uma ampliação do conceito de saúde, onde saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, desta forma, tal conceito possibilitou aos assistentes sociais a ampliação dos seus espaços sócio ocupacionais na área da saúde (CAVALCANTI, 2019).

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconheceu o Assistente Social como profissional da saúde⁵, através da Resolução nº 218 de 1997 (BRASIL, 1997), assim como por meio da Resolução de nº 383, de março de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) caracterizando o Assistente Social como profissional de saúde (SILVA,2019).

Desta forma os Cuidados Paliativos Pediátricos, são realizados através de uma perspectiva de atendimento multidisciplinar, o profissional de Serviço Social enquanto trabalhador da área da saúde, também faz parte desta equipe que realiza essa estratégia de atendimento (CAVALCANTI, 2019).

Segundo o CFESS, 2009, p.1:

[...] o assistente social é o profissional graduado em Serviço Social, com a habilitação para o exercício da profissão mediante inscrição junto ao Conselho Regional de Serviço Social, tendo suas competências e atribuições privativas previstas na Lei 8662/93, sendo vedado que outro profissional subscreva seu entendimento técnico em matéria de Serviço Social, mesmo considerando a atuação destes em equipe multiprofissional;

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) preconiza na resolução nº 557, de 2009, que o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, é fundamental para o Serviço Social, onde cita que sua atuação deve ser realizada:

[...] conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua dimensão de totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida; (CFESS, 2009, p.1).

Segundo Souza (2020), os CPPs têm como pressuposto a atuação de uma equipe multiprofissional, onde o objetivo principal é cuidar do paciente e de seus familiares em todos os aspectos, sendo eles, físico, mental social e espiritual.

“A filosofia dos Cuidados Paliativos propõe que o atendimento seja realizado por uma equipe multiprofissional que esteja capacitada e atue interdisciplinarmente” (MELLO et al., 2018, p. 618).

Para ter uma abordagem efetiva junto aos pacientes em CPP, é necessário um cuidado amplo, não sendo apenas para o paciente, mas também com os familiares que prestam o cuidado e os acompanham diariamente (SOUZA, 2020).

[...] o papel do assistente social nas equipes de atenção em cuidados paliativos orienta-se pela atuação com o paciente, família e rede de suporte

⁵ Consultar o tópico 2.2.6, onde aborda os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde

social, com a instituição em que o serviço se encontra organizado e com as diferentes áreas atuantes na equipe. (ANDRADE, 2015, p115).

Desta forma, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) descreve que a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos pode ser constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, e incluso entre eles um capelão. Desta forma o assistente social como trabalhador da área da saúde, integra a esta equipe multiprofissional de cuidado direto ao paciente em CPP (ANCP, 2018)

[...] cuidar paliativamente de alguém, seja em hospitais (ambulatório e enfermaria), ou em domicílio, requer prioritariamente um trabalho interdisciplinar, que prima pela complementação dos saberes, partilha de responsabilidades, tarefas e cuidados e negação da simples sobreposição entre as áreas envolvidas. O reconhecimento de que o cuidado adequado requer o entendimento do homem como ser integral, cujas demandas são diferenciadas, específicas, e que podem e devem ser abordadas conjuntamente [...] (CFESS, 2009, p.1).

O Serviço Social na equipe multidisciplinar, compartilha um trabalho coletivo, onde o principal objetivo é a humanização do atendimento prestado. Na área de Cuidados Paliativos Oncológicos, o assistente social consegue ter uma visão mais abrangente de cada paciente, sendo possível assim elaborar mecanismos e estratégias de intervenção para atender suas necessidades, permitindo conhecer o usuário, sua família, as histórias de vida dos componentes e seus anseios em relação a doença, para assim de forma conjunta com a equipe discutir e avaliar o tratamento indicado (SILVA,2019).

Sua atuação consiste em: conhecer o paciente, sua família e cuidador através da entrevista social, traçando um perfil socioeconômico com as informações obtidas, essa abordagem é necessária para saber onde o paciente e sua família vivem e em que condições se encontram para receber uma abordagem eficaz da equipe multidisciplinar (CARVALHO, 2012).

Deste modo, a escuta e o acolhimento tornam-se instrumentos primordiais, bem como, saber reconhecer o momento adequado para este tipo de abordagem. Visto que, na primeira entrevista social, não é possível colher todas as informações necessárias, desta forma é fundamental que o profissional de Serviço Social saiba a maneira e o tempo correto para abordar o paciente e sua família para colher informações, ou o momento correto de apenas ouvir e acolher (CARVALHO, 2012).

[...] a intervenção do assistente social se defronta diversas vezes com questões que ameaçam a continuidade do tratamento, diante das

repercussões do mesmo no contexto familiar. Identificar dificuldades financeiras, sociais e psicológicas leva o assistente social a buscar na rede disponível, recursos assistenciais para que o fundamental seja garantido: o direito da criança ou adolescente ao tratamento oncológico (SILVA,2010, p. 143).

Nesta lógica, o contato do assistente social com as famílias deve ser feito durante todo o tratamento, não apenas no início, pois é a partir dele que se torna possível, identificar inúmeras demandas sociais, tais como: situação sócio econômica precária, moradia insalubre, dificuldade de acesso a serviços de saúde, violência doméstica, desavenças familiares etc. Quando essas inúmeras demandas são identificadas pelo assistente social, é necessário acionar recursos existentes na sociedade, dando suporte a essa família para o enfrentamento da situação (SILVA,2010).

Conhecer a situação socioeconômica do usuário é primordial, mas outras informações também devem ser obtidas na primeira abordagem, tais como: composição familiar, local de moradia, renda, religião, formação, profissão e situação empregatícia do responsável legal do paciente. Obter estes dados no primeiro atendimento, permite ao assistente social traçar parâmetros adequados para as necessidades vividas e os mecanismos de enfrentamento para as famílias atendidas (CARVALHO, 2012).

Na prática, o assistente social, junto com os demais profissionais, deve fortalecer o sistema de apoio ao paciente, evitando que o mesmo tenha de enfrentar situações que gerem sentimentos como abandono, limitação, dependências etc (SIMÃO ET AL. 2010).

Neste tópico, podemos perceber a importância do assistente social no atendimento ao paciente em cuidados paliativos, pois o profissional pode auxiliar no resgate da dignidade que, muitas vezes, se perde com a descoberta da doença e a impossibilidade de cura, desta forma o assistente social deve agir de forma que contribua para que o paciente e seus familiares se sintam respeitados e valorizados.

3 METODOLOGIA

O presente estudo aborda o tema “o Serviço Social no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátricos”, onde tem como objetivo geral descrever a intervenção profissional do assistente social nos cuidados paliativos pediátricos e como objetivos específicos identificar as atividades realizadas pelo assistente social no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico, descrever quais os desafios encontrados no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico e identificar possibilidades e limites para a intervenção profissional de Serviço Social em cuidados paliativos pediátrico.

A metodologia é o processo que descreve todo o caminho pelo qual o pesquisador irá percorrer para conseguir alcançar os objetivos de sua pesquisa. Devido a isso, se faz necessário que se coloque de forma clara e precisa tudo o que se pretende fazer. É definida assim: “[...] entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas” (MINAYO, 1994, p. 16).

Segundo Minayo (1994, p. 17), a pesquisa é definida como:

[...] a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.

Isto vem ao encontro de Gil (2002, p. 17), onde define pesquisa:

A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não pode ser adequadamente relacionada ao problema”.

Assim compreendemos que a metodologia é de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa.

Para a realização deste trabalho de conclusão de curso o tipo de pesquisa utilizada foi a bibliográfica, onde foi utilizado sites de fontes confiáveis para pesquisa, livros dos autores do serviço social, revistas, artigos, legislação nacional. A pesquisa bibliográfica está inserida principalmente no meio acadêmico, tem como base

materiais já publicados, com a finalidade de aprimoramento e atualização do conhecimento, através de uma investigação científica.

Para Andrade (2010, p. 25):

A pesquisa bibliográfica é habilidade fundamental nos cursos de graduação, uma vez que constitui o primeiro passo para todas as atividades acadêmicas. Uma pesquisa de laboratório ou de campo implica, necessariamente, a pesquisa bibliográfica preliminar. Seminários, painéis, debates, resumos críticos, monográficas não dispensam a pesquisa bibliográfica. Ela é obrigatória nas pesquisas exploratórias, na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, na apresentação das conclusões. Portanto, se é verdade que nem todos os alunos realizarão pesquisas de laboratório ou de campo, não é menos verdadeiro que todos, sem exceção, para elaborar os diversos trabalhos solicitados, deverão empreender pesquisas bibliográficas.

A coleta de dados foi realizada através de dados bibliográficos, e obras relevantes do Serviço Social, tais como: Netto, Yamamoto, Martinelli, Behring, Braz, entre outros. Foi utilizado alguns livros do acervo da biblioteca do Centro Universitário Salesiano (Unisaes), acervo pessoal, apostilas e materiais utilizados ao longo da graduação, material eletrônico pesquisando em sites confiáveis, como: site do planalto, Constituição Federal (CF), legislações vigentes, pesquisa no google (GOOGLE ACADÊMICO), buscas no Scientific Electronic Libra Online (SCIELO) e autores que abordam o tema da saúde, como: Cohn, Bravo, Mota, Teixeira entre outros.

A pesquisa bibliográfica, para Fonseca (2002, p. 32), é realizada:

[...] a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

A abordagem utilizada foi a qualitativa, pois o objetivo é aprofundar o estudo nas questões relevantes ao objeto em questão, este trabalho não tem como finalidade obter dados mensurados quantitativamente.

Minayo (1994, p. 21-22) compreende pesquisa qualitativa da seguinte forma:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Diante disso, uma pesquisa bibliográfica se resume em procedimentos que devem ser executados pelo pesquisador na busca de obras já estudadas na solução da problemática através do estudo ampliado do tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

As análises destacam que no contexto brasileiro, e do Ministério da Saúde, os cuidados paliativos consistem em uma assistência interprofissional que busca alcançar a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, com um movimento de prevenção e de alívio do sofrimento, sendo importante a identificação precoce, avaliação e tratamento de dor demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2018).

As referências bibliográficas destacam que o assistente social apresenta uma perspectiva abrangente da situação de cada paciente, pois tem a possibilidade de criar mecanismos e estratégias para as necessidades que surgem, desde conhecer os anseios, a história de vida, avaliação do tratamento e o prognóstico. Nesse sentido, os profissionais têm sua atuação fundamentados nas ações em diversos serviços ocupacionais, entre eles nos cuidados paliativos (CFESS, 2011).

Nesse movimento, a intervenção do Serviço Social no campo dos cuidados paliativos destaca um olhar ampliado e humanizado que integre os serviços disponíveis. Por meio da sistematização das experiências vividas, do planejamento das atividades, acolhendo as dificuldades das pessoas dependentes das instituições prestadoras de serviços em cuidados paliativos.

Os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, documento elaborado pelo Cfess, tem como base a ampla participação da categoria profissional, com o objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” (CFESS, 2011, p. 11).

Sobre as atividades realizadas pelo assistente social no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico, Martinelli (2011) destaca que algumas ações podem ser feitas: atendimento/acolhimento individual a pacientes; atendimento/acolhimento para acompanhantes e/ou familiares; intervenção sobre internação (admissão social); procedimentos de interconsulta com a equipe de saúde; intervenção interprofissional (articulações internas); articulação interinstitucional; os encaminhamentos à rede de serviços; atendimentos e visitas domiciliares; orientação sobre o tratamento fora de domicílio (TFD).

No caso de crianças em cuidados paliativos, as atribuições do assistente social, se referem ao acolhimento e orientações gerais, pois em decorrência das modificações

na vida cotidiana, muitos estão em situações de intensa vulnerabilidade. O tratamento da doença leva a internações e as crianças, se afastam das suas rotinas, do seu lar e do contexto de apoio social e familiar. No tratamento, a necessidade de medicamentos para os cuidados paliativos provoca a debilitação, causando a dependência dos pais e ou responsáveis. Nesse sentido, o campo oncológico demanda por práticas interativas complexas.

Segundo Lima (2015), que atua em cuidados paliativos, o profissional de Serviço Social tem o papel de acompanhamento dos pacientes diante do levantamento do perfil social, e orientação sobre o tratamento e a promoção de atividades educativas.

O Serviço Social compartilha de um trabalho significativo no âmbito de medidas de suporte aos pacientes, principalmente para aqueles que sofrem impactos e mudanças na rotina de vida. Esse trabalho passa a ser ainda mais complexo quando o tratamento não possibilita mais chances de regressão da doença, demandando o tratamento paliativo exclusivo.

Algumas ações especificam a atuação do assistente social em cuidados paliativos oncológicos, como mostra o quadro a seguir.

Quadro 1: Atividades Desenvolvidas pelo Serviço Social em Unidades Hospitalares:

Modalidade: internação	Condutas
	<p>Realizar entrevista social individual, orientando sobre os seus direitos sociais devido ao diagnóstico do câncer;</p> <p>Informar sobre as regras e normas da Instituição de saúde que estão inseridos;</p> <p>Realizar o acolhimento prévio e o acolhimento no momento da efetivação da internação;</p> <p>Visita de apoio ao leito aos pacientes internados;</p> <p>Realizar reuniões com a família;</p> <p>Equipe interdisciplinar;</p> <p>Ter uma boa comunicação com a equipe de saúde e com paciente de maneira clara e objetiva, sempre respeitando o momento do paciente;</p> <p>Articular com as demais políticas públicas e redes de apoio disponíveis com o objetivo de identificar recursos para a</p>

	<p>família, para que ela tenha condições de executar seu papel de cuidadora;</p> <p>Orientar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade;</p> <p>Orientar os familiares e cuidadores sobre questões burocráticas em casos de morte iminente na enfermaria, dando assistência no pré e pós-óbito.</p>
--	--

Fonte: Adaptado de ANDRADE e LOPES (2015).

Nos parâmetros que fundamentam a atuação do assistente social, orienta-se que o profissional apresente autonomia e um senso crítico sobre os seus acompanhamentos e análises situacionais. Desta forma, o profissional precisa considerar que as situações de vulnerabilidade social são maiores do que a possibilidade de acesso à informação. Em sua atuação o profissional de Serviço Social com ética e respeito pode levar informação e diminuir as lacunas das vulnerabilidades.

Neste sentido, faz-se necessário descrever quais os desafios encontrados no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico e sua atuação na área da saúde, são destacados por Bravo (2012, p. 52-53):

Em geral o assistente social é responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários nas situações relativas à captação de sangue, realização de exames complexos, tratamento fora do domicílio, necropsias, superação de preconceitos/tabus em relação ao tratamento da doença etc [...].

O desafio do trabalho do assistente social é fortalecer o sistema de apoio ao paciente, evitando que este enfrente as situações que gere abandono, limitações.

O assistente social atua de forma multidisciplinar, tendo que por vezes elaborar ações em conjunto com outros profissionais de diversas áreas, com vistas a promover um ambiente em que o paciente/criança seja respeitada, valorizada e acolhida.

Esse atendimento por um conjunto de profissionais visa um resultado positivo para o tratamento, sendo que as competências destacam um trabalho através de esferas que são consideradas em quatro dimensões: Ambulatório, onde segundo Farias:

O (a) assistente social propõe uma intervenção profissional; e orientada no acolhimento ao paciente, contribuindo para a construção de uma análise reflexiva sobre sua trajetória, tanto do ponto de vista das dificuldades de acesso aos serviços de saúde quanto ao caráter estigmatizador da doença (FARIAS, 2007, p.101).

Na enfermaria são desenvolvidas ações que de acordo com Farias (2007) “essa atuação do (a) assistente social identifica e intervém nas situações que emergem durante o período de internação, de forma a contribuir para a realização do trabalho

em equipe, como também para o tratamento médico.” Os grupos de apoio também são utilizados como técnica pelo Serviço Social, pois busca nas experiências motivacionais apoiar as famílias das crianças que estão em tratamento paliativo.

O (a) assistente social nos grupos de apoio tem a habilidade de identificar e discutir os valores culturais, utilizando-os como subsídios de sua atuação, cabendo também a esse profissional desencadear um processo reflexivo com pacientes e/ou familiares, quanto ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando a contribuir para o enfrentamento da nova situação, permitindo que o (a) paciente assuma a condição de sujeito de sua história de vida, durante o tratamento do câncer. (FARIAS, 2007, p.107).

Ao assistente social é fundamental conhecer a família, saber quais são os anseios e dúvidas que permeiam aquele círculo familiar; assim identificar quem são essas famílias, quais as dificuldades que apresentam, quais são suas dúvidas e questionamentos e em que contexto cultural, social e econômico se inserem, constitui um dos seus trabalhos na saúde (SILVA, 2010, p.140).

Segundo Bonetti (2003), o profissional está à frente de atividades que vão desde o planejamento até o atendimento individual. Dessa forma, ele desenvolve ações em relação aos direitos sociais, pautado nos princípios da cidadania, da equidade e da justiça. O maior desafio enfrentado é contemplar integralmente os direitos sociais e não se restringir a demandas imediatas.

Para as crianças que precisam de cuidados paliativos, os programas incluem a clínica dia, a assistência domiciliar, a internação, os serviços de consultoria e o suporte ao luto, e isso é monitorado no dia a dia. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cuidado paliativo em pediatria, além do cuidado à criança no contexto de seu corpo, mente e espírito, inclui, também, o suporte à família. Segundo a assistente social e residente em cuidados paliativos, Silva (2010 p. 143):

A abordagem terapêutica paliativa a ser escolhida precisa ser discutida entre a equipe, a família e o paciente. É importante reforçar com os pais e com o paciente (quando possível), a função paliativa das modalidades, pois é comum que os mesmos acreditem em novo tratamento com finalidade curativa, o que gera frustrações, perda de confiança e do vínculo com a equipe.

Segundo o assistente social Mejía (2004), a intervenção do assistente social se defronta diversas vezes com questões que ameaçam a continuidade do tratamento, diante das repercussões dele no contexto familiar. Identificar dificuldades financeiras, sociais e psicológicas leva o assistente social a buscar na rede disponível, recursos assistenciais para que o fundamental seja garantido: o direito da criança ou adolescente ao tratamento oncológico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao encerramento do presente estudo, após o aporte do referencial teórico favorecer a apresentação dos resultados e realização da discussão da pesquisa, em destaque no tópico anterior. O estudo teve como objetivo geral descrever a intervenção profissional do assistente social nos cuidados paliativos pediátricos e, como objetivos específicos: identificar as atividades realizadas pelo assistente social no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico; descrever quais os desafios encontrados no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátrico; e identificar possibilidades e limites para a intervenção profissional de Serviço Social em cuidados paliativos pediátricos.

Podemos afirmar que todos os objetivos foram alcançados, sendo abordados nos itens que compõem o referencial teórico, bem como especificamente respondidos no tópico anterior que diz respeito aos resultados e discussão da pesquisa.

No decorrer da investigação ficaram evidentes os desafios do campo: em questão, tanto nos desafios nos espaços de trabalho como no cenário nacional. O câncer infantil traz impactos não só para a criança enferma, mas para toda sua família, trazendo mudanças, impondo novas rotinas e reorganização familiar, para incorporar toda a dinâmica que a doença e o tratamento oncológico implicam. O seio familiar fica comprometido, as famílias passam a enfrentar dificuldades para lidar com a doença, o tratamento prolongado, os longos dias de internação que causam sofrimento, e quanto mais avançada a doença estiver, maior é o sofrimento.

A forma de encarar a morte vem sendo modificada com o passar dos anos e, na atualidade falar de cuidados paliativos em pacientes pediátricos causam sentimento de pavor, de impacto consideravelmente negativo, em especial nas famílias dos pacientes/crianças. Neste contexto, o papel do assistente social na área da saúde é fundamental, mas ainda é um assunto pouco discutido. O cuidado integral e humanizado é um desafio para a atuação das equipes, e a identificação das fragilidades intensificam-se.

Na busca de atender os objetivos propostos esta pesquisa oportunizou elementos para a identificação das ferramentas para intervenção e a atuação do assistente social para o tratamento de crianças no contexto dos cuidados paliativos. A atuação do

assistente social busca os melhores encaminhamentos, de acordo com a identificação e caracterização das individualidades de cada pessoa. Isso estimula a intersectorialidade, e fortalece a articulação entre a seguridade social e outros serviços.

O assistente social analisa diferentes necessidades que repercutem na qualidade de vida dos pacientes, especialmente crianças, demonstrando saber sobre os encaminhamentos, de modo a contribuir para dar visibilidade à prática do assistente social e, colaborar com a construção de bases mais igualitárias e democráticas.

Esse estudo buscou apresentar o panorama sobre os cuidados paliativos com crianças, assim como a assistência adequada dos profissionais envolvidos. Cabe destacar que a intervenção no caso das crianças, vai além das necessidades delas, pois inclui as famílias, na perspectiva de identificação das necessidades e possibilidades, assim como os recursos disponíveis para o suporte e promoção da qualidade de vida.

A interdisciplinaridade que permeia o trabalho do assistente social na equipe de atendimento a esses pacientes, formam um motor de desenvolvimento para uma adequada promoção dos cuidados paliativos em crianças, estendendo os cuidados às famílias que estão em situação de dor.

Para identificar as possibilidades e os limites para a intervenção profissional de Serviço Social em cuidados paliativos pediátricos, é possível observar várias possibilidades de intervenção sendo que elas inicialmente, consistem nos acolhimentos dos pacientes e das famílias, os encaminhamentos sobre as demandas e o suporte para as vulnerabilidades, além disso, o esclarecimentos sobre informações viáveis, e para situações de luto, um amparo para o trabalho de outros profissionais, como os psicólogos.

Deste modo, o assistente social possui um papel estratégico no atendimento ao paciente oncológico em cuidados paliativos pediátricos, pois ele possui um papel de porta-voz entre paciente-família, equipe de saúde e a rede de serviços. É o profissional de Serviço Social que traduz para a equipe de saúde a realidade de vida daquele usuário e quais são as suas possibilidades e limites de intervenção.

Quanto aos limites, podemos inferir que os mesmos ultrapassam o saber profissional do assistente social, concentrando-se no espaço sócio ocupacional e na articulação efetiva da intersectorialidade, pois, o assistente social se depara com limitações

relacionadas às dificuldades de concretização de direitos sociais, visto que cotidianamente realizam encaminhamentos para as redes, e através dos precários serviços disponibilizados esses direitos acabam sendo negados.

É desafiador para os profissionais de saúde e para o assistente social buscar oferecer não apenas cuidados técnicos, mas assistência que configure em real possibilidade de preencher as lacunas deixadas pelo conjunto das expressões da questão social e promover transformações necessárias ao paciente e sua família.

Desta maneira, podemos concluir que o assistente social tem uma relevante importância junto aos usuários, através do desenvolvimento de seu trabalho, no âmbito hospitalar, onde com seu olhar sensível e apurado, o profissional orienta as pessoas em situações de vulnerabilidade, de desamparo, e pode promover o bem-estar social que, certamente, contribuirá ao bem-estar psicológico e físico.

Encerra-se, assim, o presente estudo que não tem a pretensão de ser absoluto, porém, espera-se que possa contribuir com reflexões acerca do tema em questão.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Antônio Geraldo de. Serviço Social e Filosofia: das origens à Araxá. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- ANÁLISE DE CONTEÚDO: A VISÃO DE LAURENCE BARDIN [BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.]
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo: ANCP, 2018.
- Andrade L, Lopes FS. O papel do assistente social em equipes de cuidados paliativos: visão geral. In: Carvalho RT, organizador. **Manual da Residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar**. Barueri: Manole; 2017. p.756-92.
- ANDRADE, M. M. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. São Paulo, SP: Atlas, 2010.
- BARROCO, Maria Lucia Silva, Ética se serviço social: fundamentos ontológicos. 3 ed. São Paulo, Cortez, 2005.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete, **Política social: Fundamentos a história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRAZ, Marcelo; TEIXEIRA, Joaquina Barata. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA SOCIAL. Serviço Social: Diretrizes e competências profissionais. 760p. Brasília: CFESS/ABESS, 2009. P. 185-200.
- BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10 ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução nº 218, de 1997. de 06 de março de 1997. Regulamentação das profissões de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 8932-33, 5 de mai. 1997.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=Art.%206%C2%BA%20S%C3%A3o%20direitos%20sociais,desamparados%2C%20na%20forma%20desta%20Constitui%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 18 de Agosto de 2022.
- BRASIL. Decreto Federal nº 4074, de 04 de janeiro de 2002. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: **DOU Diário Oficial da União**. Publicado no D.O.U de 23 de novembro de 2018.
- BRASIL, Ministério da saúde. Portaria Nº 3.925 de 13 de Novembro de 1998. Brasília Distrito Federal. 1998.
- BRASIL, Ministério da saúde. Portaria Nº 3.535 de 02 de Setembro de 1998. Brasília Distrito Federal. 1998.
- BRASIL, Ministério da saúde. Portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002. Brasília Distrito Federal. 1998.
- BRASIL, Ministério da saúde. Portaria nº 1.319, de 3 de janeiro de 2002. Brasília Distrito Federal. 1998.

BRASIL, Ministério da saúde. Portaria nº 881, de 19 de julho de 2001. Brasília Distrito Federal. 1998.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. -Rio de Janeiro: INCA, 2006.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf Acesso em: 09 de Setembro de 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S. As lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde. In: **Reunião Anual da SBPC**, 64, 2012, São Luís. Anais... São Luís, 2012.

BRAVO, M.I.S., MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate in Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2006.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Academia Nacional de **Cuidados Paliativos (ANCP)**, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> . Acesso em: 14 de Setembro de 2022.

CASTRO, Eduardo Lazarino de. **REFORMA SANITÁRIA E RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: DUAS FACES DE UM MESMO PROCESSO SOCIETÁRIO** - Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/ekeys.+REFORMA+SANIT%C3%81RIA+E+RENOVA%C3%87%C3%83O+DO+SERVI%C3%87O+SOCIAL+NO+BRASIL+DUAS+FACES+DE+UM+MESMO+PROCESSO+SOCIET%C3%81RIO.pdf>. Acesso em: 25 de Jun de 2022.

CAVALCANTI, P. B.; SATURNINO, C. I. N.; MIRANDA, A. P. R. S. de. Serviço social e cuidados paliativos. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 18, p. e019005, 2019. DOI: 10.20396/sss.v18i0.8656828. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8656828>. Acesso em: 28 set de 2022.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Brasília: CFESS, 1999.

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

COHN, Amélia. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº. 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº.290/94 e nº.293/94.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde - GRUPO DE TRABALHO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**. Brasília, 2009. Disponível em:

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para Assistentes Sociais na Saude - versao preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf) . Acesso em: 29 de Jun de 2022.

COSTA, Danielle Lima. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**. Ceará, 2017. Disponível em:

<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/#:~:text=A%20inser%C3%A7%C3%A3o%20do%20Servi%C3%A7o%20Social%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20se,aperfei%C3%A7oamento%20do%20trabalho%20do%20m%C3%A9dico>. Acesso em: 27 de Jun de 2022.

FALEIROS, Vicente de Paula. Reconceituação: ação política e teoria dialética. In: Metodologia e Ideologia do Trabalho Social. 9 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

FALEIROS, Vicente de Paula. O saber profissional e o poder institucional. São Paulo: Cortez, 1987.

FARIAS, T. S. D. . O Cotidiano do (a) **Assistente Social frente às Demandas Apresentadas pela Paciente Portadora do Câncer de Mama em Tratamento no Hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN**. 2007. 182 f.: ilus, graf. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Natal, 2007

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

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

GUERRA, Yolanda, A instrumentalidade do Serviço Social. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

GUIDINI, Cristiane. **ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: conquistas e desafios**. 31 páginas. Trabalho de conclusão de curso - universidade federal de Santa Maria de tio Hugo, RS, Rio grande do Sul, 2012

IAMAMOTO, Marilda Vilela; Carvalho Raúl, **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela, **O serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IGLESIAS SBO, Zollner ACR, Constantino CF. Cuidados paliativos pediátricos. Resid Pediatr. 2016; 6(0 Supl.1):46-54. Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v6s1a10.pdf> . Acesso em: 14 de Setembro de 2022.

LIMA, E. M. Principais pontos a serem trabalhados pelo assistente social no processo de luto na perspectiva de quem atua. In: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social: um exercício de coragem**. Holambra: Setembro, 2015. p. 265-280.

LUZ, Madel Therezinha. **NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE "TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA" - ANOS 80. PHSIS – Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 1. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hkt7TRS9SPNW4yrFGgnFkPG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de Jun. 2022.

MACIEL, M. G. S. et al. Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora Ltda, 2006. Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/biblioteca/Criterios-Qualidade-para-Cuidados-Paliativos-Brasil.pdf>. Acesso em: 26 de abr. 2022.

MARTINELLI, Maria Lúcia, **Serviço Social: identidade e alienação**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>

MATTA, Gustavo Corrêa, **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2007.

MEJÍA, A. M. P. **Proposta de Intervenção do serviço social em cuidados paliativos em oncologia pediátrica**. 2004. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Serviço (Social em Oncologia) - Coordenação de Ensino e Divulgação Científica, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2004.

MELLO, Michele Ribeiro Vieira; OLIVEIRA, Marcia Terezinha de; SOUZA, Waldir. Uma análise sobre os Cuidados Paliativos no Serviço Social. Caderno Humanidades em Perspectivas, v. 3, n. 2, p. 617-620, Curitiba, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/calbiero,+UMA+AN%C3%81LISE+SOBRE+OS+CUIDADOS+PALIATIVOS+NO+SERVI%C3%87O+SOCIAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/calbiero,+UMA+AN%C3%81LISE+SOBRE+OS+CUIDADOS+PALIATIVOS+NO+SERVI%C3%87O+SOCIAL%20(1).pdf) acesso em: 28 de set de 2022.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. [s.l.], 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 26 de Jun de 2022.

MOTA, Ana Elizabete et al., (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2006.

NETTO, José Paulo, **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós – 64**. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo, A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de. CHAVES, Helena Lúcia Augusto. **80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão.** São Paulo. Nº 128, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/GhVdbyXB4rmF4qgcbQzhKxF/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em 26 de abr.2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

POLIGNANO, Marcus Vinícius, História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Cadernos do internato Rural – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: [file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-\[16-200511-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-[16-200511-SES-MT].pdf). Acesso em: 15 de Jun. 2022.

RAMOS, L, V, F, P; GOMES, A, V, S. **A saúde pública no brasil: um resgate histórico da política de saúde brasileira ao longo do século xx.** IX jornada internacional de políticas públicas da universidade federal do Maranhão. 2019. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissao_id_205_2055cbd0ca63bebc.pdf . Acesso em: 10 de Mai de 2022.

REISDÖRFER, Lara Aparecida Lissarassa, Fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do serviço social. Indaial: Uniasselvi, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/livro%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/livro%20(1).pdf) Acesso em 05 de mai. 2022.

SANTOS, Leila Lima, Textos de Serviço Social. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SILVA, Camara da Silva, Tatiana, CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: a intervenção do Serviço Social junto às suas famílias, Revista de Políticas Públicas, vol. 14, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 139-146 Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321127307015> Acesso em: 08 de Setembro de 2022.

SILVA, Débora Cristina da; KRÜGER, Tânia Regina. **PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: O SIGNIFICADO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.** Temporalis, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Dr%20Carlos/Downloads/Dialnet-ParametrosParaAAtuacaoDeAssistentesSociaisNaPoliti-6580558.pdf> Acesso em: 27 de Jun de 2022.

SILVA, Jeane Alves, Serviço social e cuidados paliativos em oncologia: estratégias de intervenção nos cuidados no fim da vida / Jeane Alves da Silva – São Paulo, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1006638/jasilva.pdf> Acesso em: 08 de Setembro de 2022.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e, O Serviço social e o popular: resgate teórico – metodológico do projeto profissional de ruptura. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

Simão, Andréa Branco et al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. *Serviço Social & Sociedade* [online]. 2010, n. 102 [Acessado 8 Outubro 2022], pp. 352-364. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200009>>. Epub 29 Nov 2010. ISSN 2317-6318. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200009>.

SOUZA, C. C. O. DE; GILEÁ, J. CUIDADOS PALIATIVOS: O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. *Scientia: Revista Científica Multidisciplinar*, v. 5, n. 3, p. 59-75, 4 set. 2020. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/scientia/article/view/8785> Acesso em: 28 de set de 2022.

VIANA, Beatriz Borges, et al. O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. Florianópolis, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf Acesso em: 07 de mai. 2022.

VIEIRA, Balbina Ottoni, **História do Serviço Social**: contribuição para a construção de sua teoria. 2 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1978.

VOLPON, Leila Costa, Cartilha sobre cuidados paliativos pediátricos para familiares e pacientes (livro eletrônico): Comitê de Pediatria em Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) / Leila Costa Volpon, Nichollas Martins Areco, Verônica Ribeiro e Andrade; coordenação Carolina de Araújo Affonseca. – São Paulo, SP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/cuidados-paliativos> Acesso em: 09 de Setembro de 2022.