



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

SERVIÇO SOCIAL

**O TRABALHO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CUIDADOS  
PALIATIVOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**DANIELE DO CARMO**

Foz do Iguaçu  
2019



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

SERVIÇO SOCIAL

## **O TRABALHO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CUIDADOS PALIATIVOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**DANIELE DO CARMO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Talita de Melo Lira.

Foz do Iguaçu  
2019

DANIELE DO CARMO

**O TRABALHO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CUIDADOS  
PALIATIVOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Talita de Melo Lira  
UNILA

---

Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Cristiane Sander  
UNILA

---

Prof. <sup>a</sup> Me. Elmides Maria Araldi  
UNILA

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Daniele do Carmo \_\_\_\_\_

Curso: Serviço Social \_\_\_\_\_

Tipo de Documento	
( X ) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	( X ) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....)

Título do trabalho acadêmico: \_\_\_\_\_

Nome do orientador(a): \_\_\_\_\_

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons* **Licença 3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho à minha Família, ao meu esposo Orlando e aos meus filhos Alice e Daudi. Amo muito vocês.

Obrigada por todos os dias me incentivarem e me apoiarem nesta trajetória acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por guiar-me em todos os momentos de minha vida, transmitindo segurança necessária para seguir na formação acadêmica.

Agradeço à minha família, em especial ao meu esposo **Orlando**, que não mediu esforços para que esse sonho se tornasse realidade, sempre com muito amor, fé e carinho.

Agradeço aos meus amigos, aos antigos e aos novos que a Universidade me deu, por compartilhar vários momentos comigo.

Agradeço a Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, que nesses cinco anos me proporcionaram um ambiente propício para o desenvolvimento da minha formação acadêmica.

Agradeço a todos os meus professores que em seus esforços incansáveis contribuíram e moldaram meu aprendizado. Que alicerçaram meus caminhos nesta jornada acadêmica transformando minha vida e me inspiraram para não desistir.

A minha orientadora **Talita de Melo Lira**, por ter aceito este desafio, por me conduzir com sabedoria, para que esta experiência não fosse apenas uma oportunidade de crescimento profissional, mas também um aprendizado de vida.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu MUITO OBRIGADO.

"A morte, inevitável se esta é sua lei, a cura, frequentemente possível, se nada vem perturbar sua natureza". **Michel Foucault**

CARMO, Daniele do. **O Trabalho Profissional dos Assistentes Sociais nos Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos.** 2019. 69 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## RESUMO

O objeto deste estudo é analisar o Trabalho Profissional dos Assistentes Sociais nos Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos. O processo metodológico fundamentou-se na pesquisa bibliográfica exploratória, que utilizou como instrumento a consulta na base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O ponto de partida foi a minha experiência pessoal com o “câncer”. e como se configura na vida pessoal, familiar e nas relações sociais. Ser um paciente oncológico traz muitas inquietações e dúvidas acerca da doença, desde o diagnóstico até a fase final da doença. Por outro lado, as vivências no campo de estágio na área da saúde, contribuíram para a pesquisa acerca dos desafios e perspectivas dos assistentes sociais garantindo direitos e materializando sua intervenção, provocaram reflexões no sentido de conhecer mais a atuação do assistente social nos cuidados paliativos em atenção oncológica. Desta maneira, os Cuidados Paliativos são caracterizados pelas abordagens de equipes de saúde multiprofissionais. Ressalto a importância de necessidades de novos estudos relacionados a temática, tendo em vista a difusão da doença e o crescimento populacional e como a terminalidade afeta o binômio, paciente e família (cuidadores).

**Palavras-chave:** Trabalho Profissional, Assistentes Sociais, Cuidados Paliativos, Pacientes Oncológicos.



CARMO, Daniele do. **El Trabajo Profesional de los asistentes sociales en los cuidados paliativos a los pacientes oncológicos** . 2019. 69 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social ) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## RESUMEN

El objeto de este estudio es el Trabajo Profesional de los asistentes sociales en los cuidados paliativos a los pacientes oncológicos. El proceso metodológico se basó en la investigación exploratoria bibliográfica, que utilizó como instrumento la consulta en la base de datos: Biblioteca electrónica científica en línea (Scielo), Revista brasileña de medicina familiar y comunitaria (RBMFC), Coordinación para la mejora del personal de educación superior (Capes), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). El punto de partida fue mi experiencia personal con el "CÁNCER" y cómo se configura en la vida personal, familiar y en las relaciones sociales. Ser un paciente oncológico trae muchas inquietudes y dudas acerca de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta la fase final de la enfermedad. Por otro lado, las vivencias en el campo de práctica en el área de la salud, contribuyeron a la investigación acerca de los desafíos y perspectivas de los asistentes sociales garantizando derechos y materializando su intervención, provocaron reflexiones en el sentido de conocer más la actuación del asistente social en los cuidados paliativos en atención oncológica. Por Lo Tanto, los Cuidados Paliativos se caracterizan por los enfoques de los equipos de salud multiprofesionales. insisto en la importancia de la necesidad de realizar más estudios relacionados con el tema, en vista de la Propagación de la enfermedad y el crecimiento de la población y cómo la terminalidad afecta al binomio, el paciente y la familia (cuidadores).

**Palabras clave:** trabajo profesional, trabajadores sociales, cuidados paliativos, pacientes con cáncer.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Incidência do Câncer no Brasil.....	13
Figura 2 — Agentes Químicos/ Físicos e os tipos de câncer relacionados.....	13
Figura 3 — Casos novos de câncer entre 2010 à 2030.....	14
Figura 4 — Distribuição da Informação nas Bases de Dados.....	15

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CACON</b>	Centro de Assistência de Alta Complexidade
<b>CAP'S</b>	Caixa de Aposentadoria e Pensões
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GM/MS</b>	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
<b>IAP'S</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>IARC</b>	International Agency for Research on Cancer
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IR</b>	Imposto de Renda
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MS/GM</b>	Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PACS</b>	Programa Agentes Comunitários da Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNAO</b>	Política Nacional de Atenção Oncológica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RBMFC</b>	Revista Brasileira de medicina de Família e Comunidade
<b>SAS/MS</b>	Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde
<b>SCIELO</b>	Scientific Eletronic Library Online
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBSs</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UNACON</b>	Unidades de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS: BREVE DEBATE CONCEITUAL.....	18
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.3	POLÍTICAS DO SUS QUE SE APLICAM NO CONTROLE DO CÂNCER.....	25
<b>3</b>	<b>O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>35</b>
3.1	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA.....	35
3.2	TRABALHO: APORTES PARA A REFLEXÃO ONTOLÓGICA.....	38
3.3	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA INSTITUCIONAL E O TRABALHADOR ASSALARIADO.....	40
<b>4</b>	<b>O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>45</b>
4.1	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS.....	46
4.2	O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	48
4.3	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL.....	52
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
	REFERÊNCIAS.....	58

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho nasce de reflexões acerca da formação acadêmica e, sobretudo, ao aprofundamento teórico da intervenção do serviço social na equipe multiprofissional de cuidados paliativos aos pacientes oncológicos.

Parte de reflexões e indagações sobre a atuação do Assistente Social e como ele atua em suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico – operativa ao ser inserido em uma equipe multiprofissional de cuidados oncológicos.

Estabeleceu-se como tema do trabalho: o trabalho profissional dos assistentes sociais nos cuidados paliativos aos pacientes oncológicos, conceituando o debate da intervenção profissional e os limites e possibilidades frente as manifestações da “Questão Social”<sup>1</sup>.

O processo de conhecimento da doença traz inquietações que comprometem vínculos, dificultando compreensão acerca da doença frente ao seu diagnóstico e prognóstico. Vínculos familiares são os mais fragilizados na constatação da doença, aos quais, estes familiares precisam de suporte psicológico, social e econômico, tendo em vista que, em muitas famílias o único que contribui economicamente é o paciente. Estes fatores influenciam no comportamento do paciente oncológico e direcionam a prática profissional na área da saúde. A equipe multiprofissional é de extrema importância nos cuidados paliativos, ao qual direciona a abordagem deste paciente.

Através de pesquisas realizadas pela International Agency for Research on Cancer (IARC), estimou-se que no ano de 2018 o mundo tenha registrado 18 milhões de novos casos de câncer, com a morte de mais de 9,6 milhões de pessoas devido à doença, com 70% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda. Segundo levantamento do Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima-se que no biênio 2018-2019 terá a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer para cada ano. (INCA, 2017).

O perfil epidemiológico da doença oncológica estabelece uma problemática mundial, tendo em vista a difusão da doença e o seu crescimento

---

<sup>1</sup> O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais colectiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1999, P. 27).

exponencial na qualidade de vida da população. Segue a ilustração da incidência do câncer no Brasil do INCA em 2017. (Figura 1).

Figura 1 — Incidência do Câncer no Brasil.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma\*

Homens			Mulheres		
Localização Primária	Casos	%	Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%	Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%	Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%	Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%	Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%	Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%	Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%	Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%	Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%	Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%	Leucemias	4.860	2,4%

\*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2017.

As mudanças ocorridas no País com a urbanização e a industrialização influenciam no crescimento populacional, sendo assim, muitas doenças aparecem por questões de desigualdades sociais associadas à intensa jornada de trabalho. Diante disso, o trabalhador(a) está exposto(s) a insalubridades refletindo na sua relação de saúde e adoecimento. Segue alguns exemplos de agentes químicos/físicos que podem possibilitar riscos e adoecimento. (Figura 2).

Figura 2 — Agentes Químicos/ Físicos e os tipos de câncer relacionados.

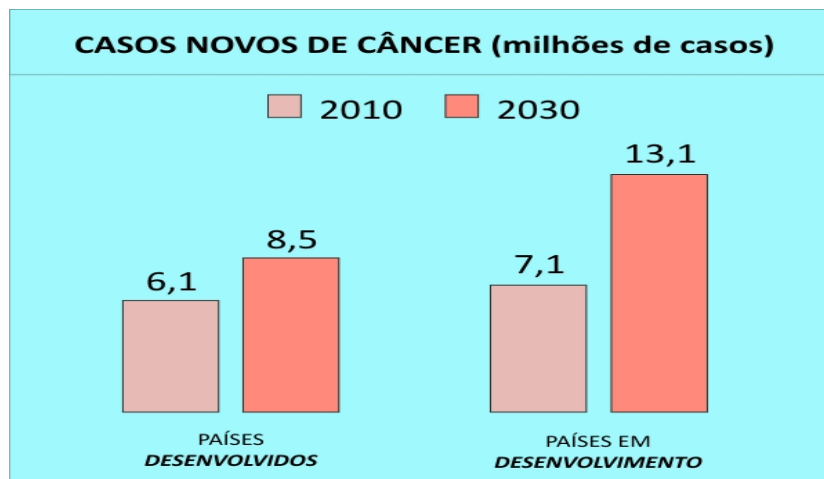
Agentes químicos/físicos	Tipos de câncer relacionados
Tinturas de cabelo	Bexiga
Material de pintura	Pulmão, Bexiga
Pó de madeira	Seios paranasais
Amianto, Asbesto	Pulmão, mesotelioma, laringe, ovário
Benzeno	Leucemia
Fuligem	Pulmão, pele

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos de Complexidade Diferenciada: Câncer Relacionado ao Trabalho (Leucemia Mielóide Aguda/ Síndrome Mielodisplásica Decorrente da Exposição ao Benzeno), nº 8, Brasília, 2006. Adaptado pela autora, 2019.

Esta transição epidemiológica se configura no crescimento exponencial da população e sua relação com o trabalho, configurando em problema de saúde pública.

Contudo é destacado uma discrepância entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos e como lidam com a doença. (Figura 3).

Figura 3 — Casos novos de câncer entre 2010 à 2030.



Fonte: American Cancer Society, 2016.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que “quase todas as famílias do mundo são afetadas pelo câncer de alguma maneira”. A OMS explica que foram feitos muitos progressos na prevenção, no tratamento e nos cuidados paliativos da doença. Mas o acesso a esses avanços é desigual. Em muitos países, o câncer é diagnosticado muito tarde, o tratamento é caro ou inacessível e serviços paliativos não estão disponíveis.

Esta aproximação investigativa se dá na busca de conhecer melhor a atuação profissional do Serviço Social em Cuidados Paliativos Oncológicos, a qual se almeja responder com a inquietação que se desdobrou em uma pergunta norteadora: Como ocorre o Trabalho Profissional do Assistente Social em Cuidados Paliativos nos Serviços Oncológicos?

Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza como instrumento de coleta de dados a pesquisa bibliográfica exploratória. A coleta de dados foi realizada por consulta nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Literatura Latino-americana

e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O levantamento dos dados ocorreu no mês de abril de 2019. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão com a palavra-chave: “Serviço Social” AND “Cuidados Paliativos”, os artigos foram selecionados após análise de título, resumo e conteúdo.

O estudo trouxe elementos para objetivar conhecimento sobre a atuação profissional do assistente social em relação a sua intervenção nos cuidados paliativos em oncologia. Esta análise trouxe resultados de outras pesquisas que estimularam a compreensão acerca da temática.

Segue a Distribuição da Informação nas Bases de Dados pesquisadas. (Figura 04).

Figura 4 — Distribuição da Informação nas Bases de Dados

<b>Base de Dados</b>	<b>Artigos</b>
SCIELO	02
CAPEL	02
RBMFC	01
LILACS	01
Total	06

**Fonte:** CARMO, 2019.

Desta forma foram identificados os seguintes temas: “Serviço Social” AND Oncologia”, “Serviço Social” e “Cuidados Paliativos”, ou seja, obteve-se diversas posições acerca da temática, totalizando 39 artigos.

Em observância a outras pesquisas foi possível verificar a dificuldade em encontrar materiais relacionados com a pesquisa proposta, onde cria uma lacuna no conhecimento. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão utilizou-se para a análise um total de 6 artigos, desta forma foram pesquisados artigos científicos que versassem sobre o assunto: serviço social e cuidados paliativos, bem como portarias, normas e demais marcos legais que tratam desta temática.

Assim, o objetivo geral deste trabalho se propõem a analisar o trabalho profissional do assistente social em cuidados paliativos junto aos pacientes oncológicos, a atuação profissional e como se desvela as ações do assistente social inserido numa equipe multiprofissional. Como objetivos específicos foram colocados



a) a necessidade de identificar as formas de intervenção do assistente social no trato multiprofissional nos cuidados paliativos; b) compreender a intervenção do assistente social junto aos pacientes oncológicos.

Em relevância acadêmica, ressalta-se a importância de se desenvolver estudos e debates sobre a temática, levando em consideração a crescente demanda de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde e o crescimento exponencial de doenças que afetam o trabalhador (a), além de contribuir com a categoria profissional e possibilitando debates.

O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo trata da Política Pública de Saúde e das Políticas Públicas que se Aplicam no Controle do Câncer, sobretudo, a Política Nacional de Atenção Oncológica.

No capítulo dois aborda o Trabalho Profissional do Assistente Social na Política de Saúde, fazendo um recorte histórico acerca do trabalho profissional nesse campo e depois seguindo para a atuação do assistente social na área da saúde. As reflexões partem sobre a categoria trabalho e seu processo de trabalho na área da saúde.

No capítulo três está estruturado o Trabalho Profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos aos pacientes oncológicos, fazendo uma breve consideração sobre os Cuidados Paliativos e partindo para a análise do trabalho profissional do Assistente Social inserido na equipe multiprofissional.

Por fim, as reflexões finais deste trabalho almejam desmistificar a palavra “Cuidados Paliativos” e compreender a prática profissional do Assistente Social na área da saúde. Nesta perspectiva compreende-se que os Cuidados Paliativos requer diversas abordagens durante todo o percurso do paciente. No que condiz a prática profissional, o Assistente Social inserido em uma equipe multiprofissional pode intervir na garantia de direitos entre paciente, família e cuidadores.

As reflexões partem das necessidades específicas de cada paciente, compreender a integralidade deste paciente, neste sentido, às demandas são diferenciadas e específicas, ou seja, mais humanizadas.

Dessa forma, o Serviço Social deve-se dedicar a estudos referentes a área de Cuidados Paliativos, compreender as contradições que existem entre o capital e trabalho e quais são os reflexos para a saúde, evidenciar com pesquisas, programas, projetos, ações entre outros, que as políticas públicas devem estar

preparadas para atender as demandas, tendo em vista o perfil demográfico das doenças oncológicas e o envelhecimento populacional.

Este exposto requer da Profissão de Serviço Social construir aportes para reflexões de reconhecimento da prática profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos, desmistificando o termo “Cuidado Paliativo” e defendendo a construção de políticas públicas em atenção oncológica, com relação a ampliação e o acesso das informações aos direitos sociais para a sociedade civil.

## 2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Este capítulo reflete sobre a política pública de saúde. De forma breve traz uma discussão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas que se aplicam no controle do câncer, sobretudo a Política Nacional de Atenção Oncológica. Dos conceitos e categorias identificadas, pode-se destacar o conceito sobre Estado Ampliado dentro da perspectiva de Gramsci. A realidade permite construir críticas sobre cada entendimento sobre o Estado. A concepção de Estado compõem um terreno de conflitos e tensões na sociedade civil, onde as políticas públicas estão entrelaçadas entre Estado e Sociedade Civil, estabelecidas nas estruturas de poder.

### 2.1 Políticas Públicas: Breve debate conceitual

A partir de diversas análises, neste trabalho parte-se do entendimento de Estado Ampliado, dentro da perspectiva de Gramsci. Segundo Coutinho (1981) Através do conceito que Gramsci enriquece a teoria de Marx sobre o Estado e formulando o conceito de Estado Ampliado.

No pensamento de Gramsci a Sociedade Política (O Estado como coerção) e a Sociedade Civil (dominação) se completa e se desvela, onde a hegemonia tem uma direção intelectual e moral.

As reflexões acerca do Estado são abordados por perspectivas divergentes, demonstrando-se amplos e complexos nos mais variados conceitos. A reflexão parte da natureza do Estado, sua forma de organização com a sociedade e suas contradições.

Partindo de diversas análises sobre o Estado, que historicamente está relacionado com a questão política, Osorio (2017, p.26) define o “Estado como a condensação de relações de poder político e de domínio, as quais possuem uma dimensão que produz sentido de comunidade”.

Offe (1984), explica a política pública sob dois esquemas conceituais: “o primeiro baseia-se na teoria dos interesses e das necessidades, a partir de exigências políticas dos trabalhadores assalariados organizados; o segundo refere-se ao processo de produção capitalista, em suma, voltam-se às exigências

funcionais da produção capitalista”. (LENHARDT & OFFE, 1984, p.10-56). As políticas públicas estão entrelaçadas entre Estado e Sociedade Civil, estabelecidas nas estruturas de poder.

A política pública consolida-se em uma ação do Estado intervindo em ações na garantia de direitos sociais. Segundo Pereira (2009, p.92) [...] “a política social é uma espécie do gênero política pública”, ou seja, é uma forma de intervenção enquanto política pública. O direito social tem seu início na transição do feudalismo ao capitalismo, evidenciado pela garantia de direitos e nas melhorias de condições de vida da sociedade civil.

Segundo Lucchese (2002, p. 03) as políticas públicas são “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. São ainda definidas pela autora como todos os atos de governo, divididos em ações “diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos” (LUCCHESE, 2004, p.01).

As políticas públicas de saúde no Brasil orientam-se desde 1988 com a Constituição Federal, como direito universal e igualitário. O termo seguridade social é composta pelo tripé: Saúde como direito de todos, Previdência de caráter contributivo e Assistência Social para os que dela necessitarem. Ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “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, sendo acesso universal e igualitário.

Além da Constituição Federal, conquistamos avanços históricos das leis que regulamentam as políticas públicas da saúde, dentre elas: a Lei Orgânica da Saúde, A lei Orgânica da Seguridade Social, a Lei Orgânica da Assistência Social, a lei Complementar da Saúde. Iamamoto (2011) reflete sobre a materialização das políticas públicas mediante a concretização da profissão.

Que os profissionais contribuem ao socializarem informações que subdizem a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais; ao vibilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; ao interferirem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso a informações a indivíduos sociais para que possam lutar e interferir na alteração dos rumos da vida em sociedade (IAMAMOTO, 2011, p.69).

Castel (1998, p.41) caracteriza a questão social por “uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão de uma sociedade. A ameaça de ruptura é apresentada por grupos cuja existência abala a coesão do conjunto”, historicamente a relação de saúde e “Questão Social” estão entrelaçadas, para tanto o desafio profissional em garantir intervenções e novas formas de enfrentamento nas relações dos problemas de saúde e/ou adoecimento.

Cabe ressaltar que a construção dos direitos sociais são lutas construídas nas relações de força da sociedade capitalista. Existindo tensões históricas e conjunturais na garantia de direitos. Historicamente a formação profissional vinculada a “questão social” através das políticas públicas depara-se no desafio diário de conhecer a realidade e intervir para consolidar ações através do Estado na garantia de direitos.

## 2.2 Políticas Públicas na Saúde no Brasil

Anterior à Constituição Federal de 1988, as principais legislações que tratam da proteção social iniciam-se pelo Império e culminam com a promulgação da Constituição Federal de 1988. De acordo com Faoro (1985) o Estado brasileiro, desde o período do Brasil colônia, quando era de domínio da Coroa Portuguesa, não estava preocupada com o bem-estar da sociedade, como implantar políticas em benefício do social, mas sim em explorar as riquezas do território e levar para Metrópole. Cabe destacar que, a carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, para se ter uma idéia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão (SALLES, 1971).

A intervenção Estatal ocorre a partir do século XX, mais especificamente a partir da década de 1920, no Império e na República Velha, marcada por relações de poder e sem acesso à universalidade. Segundo Bravo (2006, p.04) “A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária”.

Na década de 1920 a saúde pública assume um discurso de poder, foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, em 1923 foi criado a Caixa de Aposentaria e Pensões – CAP’S, conhecida como a Lei Elói Chaves,

financiadas pela União e pelas empresas. Segundo o Decreto nº 4.682 de 24 de Janeiro de 1923, O artigo 9º da Lei Eloy Chaves estabelecia:

Os empregados ferroviários a que se refere o artigo 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da Caixa com descontos referidos no art. 3º letra “a” terão direito:

- 1º – a socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
- 2º – a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
- 3º – aposentadoria;
- 4º – a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Nesta perspectiva, a organização do setor de saúde será aprofundada a partir da década de 1930, articulando reflexões nas questões de higiene e saúde do trabalhador.

Na década de 1930, surge a medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP’S, ao qual, várias categorias de trabalhadores obtiveram uma resposta do Estado através de reivindicações populares a assistência médica, por meio de compra de serviços no setor privado.

A lógica curativa era presente tanto nas ações de saúde pública como na assistência médico previdenciária, prestadas pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP’s), criadas em 1923 e depois pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP’s) criados em 1933. Como resultado, o sistema de saúde nessa época é marcado por ações pontuais, fragmentadas e imediatistas. (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006).

Segundo Braga e Paula (1986, p.53-55), no período de 1930 a 1940 as principais alternativas adotadas para a saúde pública foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939;

Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller — de origem norte-americana);

- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

O Estado utilizou no período que compreende entre 1964 e 1974 o binômio repressão/assistência, com a finalidade de aumentar o poder de regulação e amenizar as tensões sociais e legitimar o poder, assim intervindo no mecanismo de acumulação do capital.

A centralização da Previdência Social ocorre em 1966, mediante a isto os Institutos de Previdência foram unificados em um único organismo e assim foi centralizado o Instituto de Previdência Social – INPS.

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde pela lei nº 6.229, visando superar as inoperantes ações no campo da saúde.

Art. 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação. (BRASIL, 1975).

Em 1977 pela lei nº 6.439 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, redefinindo o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS para duas novas instituições. Sendo assim, a assistência médica foi atribuída ao INAMPS e o INPS para a competência de concessão de benefícios.

O campo da saúde é marcado por desenvolvimento e regressões, a saúde pública centra sua ação na ótica do Estado, e tem seu marco na Constituição Federal de 1988 que determinou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Art. 196 da Constituição Federal de 1988:

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. (Constituição Federal de 1988, pg. 118).

Observa-se o desenvolvimento da saúde pública em relação a população, em observância com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política para a população.

### **Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde” ressalta ao apontar no artigo 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, sendo acesso universal e igualitário.

Segundo o artigo 7º “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda aos seguintes princípios éticos de universalidade, equidade e integralidade. Ao qual tem princípios organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

A partir do artigo 3º o conceito de saúde passa a ser ampliado e abrangendo um conjunto de fatores determinantes e condicionantes.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico e mental. (BRASIL, 1990).

As reflexões acerca da saúde e a discussão de reconhecimento não apenas pela ausência, mas sim, pelo bem-estar físico e mental, se contrapõe na realidade vivenciada pela população que impede o acesso à saúde por estes sujeitos. Sejam estas por falta de informação, escolaridade, por inacessibilidade, por regionalização, por questões psicológicas, entre outros fatores determinantes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais,



estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL, 1990). De acordo com a lei 8080/90, o Estado assume o papel na garantia ao direito à saúde.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990).

A Emenda Constitucional nº 29/2000 define os “gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados deverão garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde. Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas”. (BRASIL, 2000).

Santos (2007), descreve sobre a operacionalização do SUS, “houve também a opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do IR, do cofinanciamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizava mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas”.

A Resolução nº 218 de 06 de Março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) determina a regulamentação das profissões de saúde, em que estes profissionais são reconhecidos como indispensáveis para a formação das equipes de trabalho nos diferentes níveis de atenção, além de suas intervenções serem fundamentais para fortalecer o conceito ampliado de saúde. Sendo definidos os seguintes profissionais: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos; psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1997).

O SUS se organiza em três níveis de atenção: entende-se por Atenção básica, 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 e a manutenção da saúde, (BRASIL, 2009, p.43). A Média complexidade, consiste em “ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico”. (BRASIL, 2009, p.207).

Enquanto último nível de saúde, a Alta complexidade compreende o conjunto de procedimentos que, “no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”.(BRASIL, 2009, p.32).

Segundo a Lei 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, isto é, o Controle Social na Gestão do Sistema Único de Saúde, é previsto que contará em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.(BRASIL,1990).

Bravo e Menezes (2011, p.26) ressaltam que a defesa da saúde considerada como melhores condições de vida e trabalho tem que ser uma luta organizada e unificada dos segmentos das classes trabalhadoras articulada com os conselhos, movimentos sociais, partidos políticos para que se possa avançar na radicalização da democracia social, econômica e política. A partir do entendimento da realidade se consolida fortalecimento nas lutas políticas de saúde, tendo em vista muita discrepância no tratamento adequado ao paciente.

### 2.3 Políticas do Sus que se aplicam no Controle do Câncer

O cenário atual associado ao envelhecimento populacional é um dos desafios no enfrentamento das doenças crônicas no Brasil. O reconhecimento a partir das bases de dados nos sistemas de informação contribui para a pesquisa e enfrentamento do câncer, oferecendo serviços e procedimentos voltados para o controle epidemiológico.

A implementação de políticas públicas na saúde visam o acesso igualitário e universal, garantindo a implementação de políticas públicas no âmbito do Sus que se aplicam no controle do câncer.

Em seguida serão abordadas, algumas políticas públicas que atuam com os direitos sociais aos pacientes oncológicos no âmbito do Sus.

### **Política Nacional de Humanização – PNH – HumanizaSUS**

A política nacional de humanização foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil, estimulando práticas de humanização e a troca solidária de contribuições entre gestores, profissionais de saúde e usuários.

As diretrizes são: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e defesa dos direitos do usuário. A política nacional de humanização (PNH) busca transformar as relações de trabalho a partir do contato e da comunicação entre as pessoas, para tanto, precisa estar presente em todas as políticas e programas do SUS, ao mesmo tempo reconhece o papel de cada um, sendo esta a relação entre a equipe de saúde e o usuário, incentivando e valorizando o usuário com os seus direitos.

### **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).(BRASIL,2012).

Sendo esta a principal porta de entrada no SUS, ao qual mantém contato com os usuários e comunicação com a rede de atenção à saúde.

Há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), inserindo serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e buscando alternativas na melhoria a condições de saúde da comunidade.

### **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS**

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda

estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes.(BRASIL,2015).

Configuram na prática, ações no campo de atuação e promoção da saúde, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a vulnerabilidade e o risco à saúde. Estas relacionadas por seus determinantes e condicionantes, aos quais influenciam no modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

### **Pacto pela Saúde**

A portaria GM/MS nº399 de 22 de Fevereiro de 2006 intitula o documento Pacto pela Saúde, sendo este, um conjunto de diretrizes operacionais para a consolidação do SUS, sendo constituído por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. A implementação do SUS deixa de ser orientada por normas administrativas e passa a ser feita pelos gestores. Foram definidas onze prioridades de saúde no biênio 2010-2011, sendo que, nas Prioridades II e V, foram estabelecidos objetivos diretamente ligados ao controle do câncer.

Prioridade II do Pacto pela Vida – Controle do Câncer do Colo do útero e do Câncer de Mama

a) Objetivo I: ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero, visando a alcançar uma cobertura de 80% da população-alvo. b) Objetivo II: tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial. c) Objetivo III: ampliar a oferta de mamografia, visando a alcançar uma cobertura de 60% da população-alvo (mulheres de 50 a 69 anos).

Prioridade V do Pacto pela Vida – Promoção da Saúde a) Objetivo I: reduzir os níveis de sedentarismo. b) Objetivo II: reduzir a prevalência do tabagismo no país. (BRASIL, 2012).

### **Política Nacional de Atenção Oncológica**

Através do Ministério da Saúde e em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, estabelece as políticas públicas de saúde por meio de portarias e normas administrativas, direcionando a implementação, o monitoramento, avaliação das ações da saúde, caracteriza-se pela necessidade estabelecida pela Rede de Atenção Oncológica.

A Portaria nº 2.439 criada em 08 de dezembro de 2005, estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica que prevê ações de: “promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão”.(BRASIL, 2005), definindo a atenção oncológica no país.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) coordena a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de câncer, a ser implantada em todas as unidades federadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios (INCA,2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) deve-se realizar ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento de ações e promoção de saúde.

Mediante a portaria SAS/MS nº741, de 19/12/2005 editada, são estabelecidas as normas de classificação, credenciamento e habilitação, assim como os parâmetros de distribuição demográfica, produção e avaliação e definindo parâmetros assistenciais para a orientação do SUS. Diante deste exposto, a Rede de Atenção Oncológica no SUS é composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons), dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons) e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. (BRASIL, 2005).

As Unacons e Cacons devem oferecer: assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento.

Segundo as definições da portaria nº 741, de 19/12/2005, define-se as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon); Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Definidos no Art. 1º Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades:

§1º Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência

especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Estas unidades hospitalares, compostas pelos serviços discriminados no Art. 2º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.

§2º Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes centros hospitalares, compostos pelos serviços discriminados no Art. 3º, cujas Normas de Classificação e Credenciamento encontram-se no Anexo I desta Portaria, também devem, sob regulação do respectivo Gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional e disponibilizar, de forma complementar e por decisão do respectivo Gestor, consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.(BRASIL,2005).

Posteriormente, o Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, necessita exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e que possua os seguintes atributos:

- I – ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004;
- II – ter uma base territorial de atuação, conforme os seguintes parâmetros:01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais;02 Centros de Referência para >12.000 – 24.000 casos novos anuais;03 Centros de Referência para >24.000 – 48.000 casos novos anuais;04 Centros de Referência para > 48.000 – 96.000 casos novos anuais;05 Centros de Referência para > 96.000 casos novos anuais;
- III – participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional;
- IV – ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
- V – ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- VI – subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- VII – participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o Gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.(BRASIL, 2005).

As abordagens para o controle e prevenção do câncer ocorrem através do apoio multiprofissional, em regime ambulatorial e de internação, sendo estes procedimentos de rotinas ou urgência, através do conjunto de ações: de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.

A equipe de apoio multidisciplinar é composta pelos seguintes profissionais: psicologia clínica; serviço social; nutrição; cuidados de ostomizados; fisioterapia; reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades; odontologia; psiquiatria; e terapia renal substitutiva.(BRASIL,2005).

Domingues (2005), destaca as principais características das equipes multidisciplinares:

a) aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos; b) diversidade de metodologias: cada disciplina fica com a sua metodologia; c) os campos disciplinares, embora cooperem, guardam suas fronteiras e ficam imunes ao contato (DOMINGUES, 2005, p. 22).

Existem três formas principais de tratamento do câncer: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e a melhor sequência de sua administração. (BRASIL, 2012).

A Lei nº12.732 de 22 de Novembro de 2012, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Para tentar diminuir o retardamento do diagnóstico do câncer, a lei estabelece prazo para o paciente ser tratado no SUS, todos os tratamentos necessários estabelece um prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo para se submeter ao primeiro tratamento no SUS com a realização de terapia cirúrgica ou radioterapia ou quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica que o caso requer.

Muitos países revelam a atenção ao câncer no seu impacto e desenvolvimento, promovendo melhorias epidemiológicas, estas mudanças refletem nas políticas aplicadas ao controle do câncer na ampliação e acesso ao diagnóstico e ao tratamento de qualidade com foco em atender as necessidades da saúde na população.

As estratégias para o controle do câncer fazem-se necessárias, tendo em vista que o acesso à saúde como direito, e suas múltiplas implicações, sociais, econômicas, políticas, culturais, entre outros, impactam na saúde e/ou adoecimento do trabalhador, depende de informação para garantir melhores resultados durante este processo.

### **Cuidados Paliativos**

Os Cuidados Paliativos para o Sistema Único de Saúde (SUS), foram oficialmente aprovados na resolução nº 41 de 31 de Outubro de 2018 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados no SUS.

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 31 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º Dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS.

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).

### **Cuidados Paliativos em Atenção Oncológica**

A Portaria nº 741 de 19 de Dezembro de 2005, define Cuidados Paliativos:

“como conjunto de ações interdisciplinares promovidas por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de: assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos); internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor); internações de longa permanência; e assistência domiciliar”.

A interdisciplinaridade pode ser entendida como:

uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados” e que exige “a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto (VASCONCELOS, 2002, p. 47).

Segundo o Manual de Cuidados Paliativos (2009), O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da



doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto.

Em 1986 a Organização Mundial da Saúde publicou os princípios da atuação da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos, foram reafirmados na revisão de 2002.

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto;
- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Os Cuidados Paliativos podem ampliar ou complementar o tratamento, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

Os objetivos do tratamento devem ser a promoção da qualidade de vida, o alívio do sofrimento e a minimização do estresse. É fundamental conhecer os diagnósticos, as necessidades do doente e que seus familiares sejam atendidos.

Através de portarias vai se consolidando políticas públicas dentro dos Cuidados Paliativos. Seguem algumas portarias de suma importância para os usuários:

- Portaria GM/MS n.º 19, de 03 de janeiro de 2002. Art. 1º – Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à dor e a Cuidados Paliativos;
- Portaria n.º 1.319, de 23 de julho de 2002. Criar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.
- Portaria n.º 2.439 de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;
- Projeto de Lei do Senado n.º 524 de 2009. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença.

Em síntese, o envelhecimento acelerado da população é um dos fatores determinantes para a magnitude epidemiológica do câncer, onde se torna um dos problemas de saúde pública que resulta no avanço da doença dada a realidade de cada região, implicando em cuidado integral da saúde pública nos cuidados paliativos.

Neste sentido contextualizam-se as desigualdades sociais que impactam no adoecimento e ou saúde. As expressões da “Questão Social” são objetos concretos do trabalho dos assistentes sociais nas mais diferentes esferas institucionais e políticas. Segundo Iamamoto (2011) reflexiona e contextualiza sobre a profissão e a relação com a “Questão Social”.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resiste, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2011, p. 28).

O processo de demandas do Assistente Social, seja este, inserido no campo socioinstitucional, é colocada para responder à “Questão Social” e compreender à prática profissional.

Partindo desta análise, abordaremos sobre o trabalho profissional do Assistente Social na política de saúde. Ou seja, aborda-se o Trabalho: Aportes para a reflexão ontológica e desdobra-se o texto sobre a prática institucional e o trabalhador assalariado, estas reflexões expressam na prática um segundo plano oculto, ou como IAMAMOTO (1991, p.59) descreve: “A prática profissional não tem poder miraculoso de revelar-se a si própria”. Todas estas reflexões nos direcionam ao pensar sobre a prática institucional e o assalariamento na profissão de Serviço Social, e como estamos inseridos no mercado profissional, diante deste exposto, como refletir sobre as demandas nos espaços socio-ocupacionais sendo o Assistente Social um trabalhador assalariado que está submetido a perda de direitos.

### 3 O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo reflete sobre a categoria trabalho, mediante uma sociedade alicerçada no trabalho especializado e no trabalhador assalariado. Estas reflexões dentro do exercício profissional expõem dilemas acerca da lógica capitalista, entre trabalho concreto e trabalho alienado. O trabalho produz autoconhecimento e intencionalmente desenvolve a capacidade da práxis. [...] O trabalho é, portanto, resultado de um por teleológico que (previamente) o ser social tem ideado em sua consciência, fenômeno este que não está essencialmente presente no ser biológico dos animais. [...] a categoria ontologicamente central, presente, no processo de trabalho, é anunciada: através do trabalho, uma posição teleológica é realizada no interior do ser material, como nascimento de uma objetividade. (ANTUNES, 2005, p.136-137). A partir disto, o trabalho se expressa em uma atividade orientada, onde inserem determinados processos e características específicas de cada profissão. “Os momentos simples do processo de trabalho são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios” (MARX, 2013, p. 256).

Contudo, o trabalho do Assistente Social na área da saúde tem especificidades, dividindo saberes e valores constitutivos no trabalho multiprofissional que exige não só conhecimento da área sanitária<sup>2</sup> mas de outras áreas de conhecimentos nos quais são apropriados em sua ação profissional, tendo como alicerce o teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

#### 3.1 Breves Considerações sobre a Reforma Sanitária

No começo da década de 1960 iniciou-se o processo do modelo preventivista de atenção à saúde. Conforme explica Arouca (1975):

um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude. Como projeto de mudança da prática médica, a medicina preventivista representou uma leitura liberal e civil dos problemas do

<sup>2</sup> “reconhecimento do direito universal à saúde, o reforço da noção de cidadania e a sua vinculação ao conceito de seguridade social, introduziram mudanças significativas na relação Estado-sociedade no Brasil a partir do projeto da Reforma Sanitária Brasileira” (PAIM, 2008, p. 294).

crescente custo da atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico (AROUCA, 1975, p.239).

A partir dos anos de 1970 até 1980, a conjuntura é marcada pelo regime autoritário, mostrando nos centros urbanos o agravamento social da população, desencadeando o surgimento de vários movimentos populares<sup>3</sup> de caráter reivindicatório, ocorrendo novas direções teórico-metodológicas na profissão e o surgimento do movimento sanitário.

A reforma sanitária<sup>4</sup> é a “Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.” (ZORZI; MOCINHO, 2004, p. 50).

Assim ampliando e estabelecendo alianças com os movimentos populares<sup>5</sup> e de caráter reivindicatório em prol da democratização do País, “foram-se aperfeiçoando propostas de mudanças para o Sistema Nacional de Saúde com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com a unificação, democratização e descentralização do Sistema de Saúde” (ESCOREL, 1999, p. 191).

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está se convencionando chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987, p.381).

Explicitados no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na medida que se articulava sobre a reforma sanitária, ressaltava um período de

---

3 Os movimentos populares/ e ou sociais são definidos por Scherer-Warren (1988, p. 21) como sendo, “uma ação grupal para transformação (a práxis) voltada para a realização dos mesmos objetivos (o projeto), sob a orientação mais ou menos consciente de princípios valorativos comuns (a ideologia) e sob uma organização diretiva mais ou menos definida (a organização e direção).”

4 A expressão ‘reforma sanitária’ aparece no Brasil em 1973 num artigo sobre as origens da Medicina Preventiva no ensino médico (SILVA, 1973).

5 Os movimentos sociais são formulados pelo conceito de Melucci (1989, p. 57): “Eu defino analiticamente um movimento social como uma forma de ação coletiva (a) baseada na solidariedade, (b) desenvolvendo um conflito, (c) rompendo os limites do sistema em que ocorre a ação. Estas dimensões permitem que os movimentos sociais sejam separados de outros fenômenos coletivos (delinquência, reivindicações organizadas, comportamento agregado de massa) que são, com muita frequência, empiricamente associados com <movimentos> e <protesto>”.

mudanças na saúde para a sociedade civil. Arouca (1988) explica a situação sanitária em quatro dimensões:

**1) A dimensão específica:** como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.

**2) A dimensão institucional:** como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde.

**3) A dimensão ideológica:** em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.

**4) A dimensão das relações:** num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p.2).

Todas estas dimensões caracterizam-se pelo compromisso diário (movimentos sociais, estudantis, trabalhadores entre outros) na construção de políticas públicas para a população, a reforma sanitária foi um marco na saúde e deu início na implementação do SUS. Conforme enfatiza Paim “reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (PAIM, 2008, p.309). O SUS pela Lei orgânica 8.080/90 e 8.142/90 trouxe avanços na área da saúde, ampliando seu conceito e considerando fatores como “a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Observa-se o desenvolvimento da saúde pública em relação à população, em observância com os interesses que ele representa nas distintas formas de organização social e política para a população.

O acesso à saúde<sup>6</sup> é uma questão fundamental na garantia de direitos, com estruturas no processo da saúde/doença sendo um terreno fértil para o (a) Assistente (s) Social (ais), ou seja, as demandas apresentadas envolvem vários condicionantes exigindo uma intervenção profissional que inclua os aspectos curativos e de promoção da saúde. Segundo Mito (MIOTO, 2006 Y; NOGUEIRA, 2006), o entendimento da ação profissional se estruturam no conhecimento da

---

<sup>6</sup> “saúde é uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental” (NOGUEIRA, 2011, p. 67).

realidade, dos sujeitos, aos quais são destinadas, na definição dos objetos, nas escolhas de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas.

### 3.2 TRABALHO: Aportes para a reflexão ontológica

“O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material” (MARX; ENGELS, 2007, p.21).

É relevante destacar que o trabalho tem significação no desenvolvimento humano, ele objetiva e concretiza suas necessidades vitais, suas relações e seu desenvolvimento, ou seja, o trabalho tem seu papel em cada momento histórico do ser social. Cabe registrar o intercâmbio que estabelece entre o homem e a natureza e como se transcorre nas condições materiais e subjetivas da vida. “[...] a maneira como os homens produzem seus meios de existência depende, antes de qualquer coisa, da natureza dos meios de existência já encontrados e que eles precisam reproduzir.” (MARX; ENGELS, 2007, p.10). Esta mediação com a natureza constitui para fornecer recursos na produção e reprodução no mundo sendo um processo contínuo de transformação. Para Lukács, o trabalho é o ponto de partida da humanização do ser social.

Somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter de transição: ele é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (ferramenta, matéria-prima, objeto do trabalho etc.) como orgânica, interrelação que pode figurar em pontos determinados da cadeia a que nos referimos, mas antes de tudo assinala a transição, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social (LUKÁCS, 2013, p.44).

Ao compreender o mundo e suas relações entre o homem e a natureza, o ser humano torna-se consciente junto a sua prática, ou seja, ele começa a internalizar em sua mente o resultado desta ação. Segundo Konder (1992), Marx destacou três momentos essenciais do trabalho ao atingir uma meta, são eles: o trabalho, seu objetivo e o meio para atingir essa meta. Aqui é possível compreender a práxis<sup>7</sup> e como isto se desdobra com o mundo.

---

<sup>7</sup> A expressão práxis refere-se em geral, a ação, a atividade, e, no sentido que lhe atribui Marx, à atividade livre, universal, criativa e auto-criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma seu mundo humano e histórico e a si mesmo; atividade específica ao homem, que o torna basicamente diferente de todos os outros seres). Nesse sentido, o homem pode ser

[...] Marx apontou três “momentos” essenciais no processo de trabalho: “atividade de acordo com uma meta, ou trabalho propriamente dito; seu objetivo; e seu meio”. A atividade de acordo com uma meta é a atividade teleológica, aquela que passa por uma antecipação do resultado visando na consciência do sujeito que pretende alcançá-lo. Sem essa experiência que lhe permite prefigurar seu télos (o ponto onde quer chegar), o sujeito humano não seria sujeito, ficarei sujeito a uma força superior à sua e permaneceria tão completamente preso a uma dinâmica objetiva como uma folha seca levada por um rio caudaloso (KONDER, 1992, p. 106, grifos do autor).

O trabalho é uma necessidade posta e transformadora, de cunho ideológico nos diferentes sujeitos e na interação das relações sociais. No entanto, quando se junta a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade (FREIRE, 1996, p.25). A ótica do trabalho se diverge na configuração da sociedade capitalista, onde a determinação ontológica se restringe na venda de sua força de trabalho.

O trabalho é considerado tanto em sua acepção geral – como “atividade produtiva”: a determinação ontológica fundamental da “humanidade” (“menschliches Dasein”, isto é, o modo realmente humano de existência) – como em sua acepção particular, na forma da “divisão do trabalho” capitalista. É nesta forma – a atividade estruturada em moldes capitalistas – que o “trabalho” é a base de toda a alienação (MÉSZÁROS, 2006, p. 78).

O trabalho na existência histórico-social das classes, apresenta nas mais variadas formas de alienação, tendo como único propósito a reprodução e autovalorização do capital, “[...] o capital cria uma forma peculiar de riqueza, o valor baseado no trabalho.” (ROSDOLSKY, 2001, p.46). O trabalho para o capitalismo é [...] degradado e aviltado. Torna-se estranhado. O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho – é pervertido e depauperado. O processo de trabalho se converte para a subsistência. A força de trabalho torna-se, contudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de mercadorias. O que deveria ser a forma de realização do indivíduo reduz-se à única possibilidade do despossuído. (MARX apud ANTUNES, 2005, p.126).

Partindo desta análise o trabalho é alienado quando se torna uma mercadoria, evidenciando a condição de dependência humana em relação ao capital.

---

considerado um ser da práxis, entendida a expressão como o conceito central do marxismo, e este como a “filosofia” (ou melhor, “pensamento”) da “práxis”. (BOTTOMORE, 2012, p.430).



Como trabalhador assalariado o processo de alienação do valor se expressa nas refrações e precarização frente ao seu contrato de trabalho, “a condição de trabalhador assalariado, regulada por um contrato de trabalho, impregna o trabalho profissional de dilemas de alienação e determinações sociais que afetam a coletividade dos trabalhadores, ainda que se expressem de modo particular no âmbito desse trabalho qualificado e complexo (IAMAMOTO, 2007, p. 215).

A atividade produtiva do homem deixa de ser autoformadora porque lhe é alheia, porque as “mediações de segunda ordem” institucionalizadas se interpõem entre o homem e sua atividade; entre o homem e a natureza; e entre o homem e o homem (MÉSZÁROS, 2006, p. 81).

Os aportes históricos denotam na sociedade capitalista a relação social existente entre o trabalho e a alienação na subsistência humana, concretizando reflexões em torno do objeto (trabalho) e como esta relação se concretiza na classe trabalhadora.

O trabalho profissional é antagônico, tornando objetivações desiguais em relação a sua concretização, “[...] essa divisão do trabalho encerra ao mesmo tempo a repartição do trabalho e de seus produtos, distribuição desigual, na verdade, tanto em quantidade quanto em qualidade.” (MARX; ENGELS, 2007, p.27). “[...] a classe que é o poder material dominante numa determinada sociedade é também o poder espiritual dominante. A classe que dispõe dos meios da produção material dispõe também dos meios da produção intelectual” (MARX; ENGELS, 2007, p.48).

O trabalho como meio de subsistência condicionou o trabalho profissional à subalternização do contratante, onde a pressão associada da exploração desencadeia especificidades e particularidades no processo de trabalho modificando a forma como o trabalhador se reproduz na sociedade.

### 3.3 O Trabalho do Assistente Social na área da Saúde: Reflexões sobre a prática institucional e o trabalhador assalariado

Ao tomar como base as reflexões de Marx (1988) sobre o processo de trabalho, “a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. (Marx, 1988, p.205). O Serviço Social

vem refletindo sobre seu processo de trabalho através do núcleo de fundamentos do trabalho profissional.

O conteúdo deste núcleo considera a profissionalização do Serviço Social como uma especialização do trabalho e sua prática como concretização de um processo de trabalho que tem como objeto as múltiplas expressões da questão social. Tal perspectiva, permite recolocar as dimensões constitutivas do fazer profissional articuladas aos elementos fundamentais de todo e qualquer processo de trabalho: o objeto ou matéria-prima sobre a qual incide a ação transformadora; os meios de trabalho – instrumentos, técnicas e recursos materiais e intelectuais que propiciam uma potenciação da ação humana sobre o objeto; e a atividade do sujeito direcionada por uma finalidade, ou seja, o próprio trabalho. Significa, ainda, reconhecer o produto do trabalho profissional em suas implicações materiais, ideológicas e econômicas. A ação profissional, assim compreendida, exige considerar as condições e relações sociais historicamente estabelecidas, que condicionam o trabalho do assistente social: os organismos empregadores (públicos e privados) e usuários dos serviços prestados; os recursos materiais, humanos e financeiros acionados para a efetivação desse trabalho, e a articulação do assistente social com outros trabalhadores, como partícipe do trabalho coletivo (ABESS/CEDEPSS, 1995 e 1996).

A profissão<sup>8</sup> de Serviço Social tem fundamento com a própria realidade social, sendo o objeto de trabalho as múltiplas expressões da questão social, sendo de natureza eminentemente interventiva na atuação da transformação social.

O trabalho profissional do Assistente Social na área da saúde compreende na determinação social no processo saúde/doença, tendo entendimento que a saúde/doença não está centralizado em estar unicamente doente. Deste modo, reconhecer que existem contradições entre o trabalho e o capital, condiciona o modo de viver e de se trabalhar, é nessas contradições de desigualdades, exploração e sofrimento que determina na saúde o objeto.

Tendo como elemento central da análise o sujeito, e como ele centraliza a sua consciência social (como ele se entende por um sujeito de direito, e que existem condicionantes sociais, políticos e econômicos resultantes no processo da saúde e ou doença).

---

8 A resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, reconhece o assistente social como profissional de saúde. Art. 1º – Caracterizar o assistente social como profissional de saúde; Art. 2º – O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

O instrumento da prática profissional é a ampliação dos direitos (garantia), tendo como base uma ação política (intervenção), ouvindo o sujeito e dando consciência (conhecendo sua demanda).

O processo de trabalho envolve as dimensões organizacionais e políticas daquela prática social, assegurando como produto a integralidade de suas ações na área da saúde, ou seja, o trabalho profissional é subalterno, tanto institucional como político.

Cabe ressaltar que o trabalho profissional do Assistente Social na área da saúde é multiprofissional, desenvolvendo ações múltiplas e conduzindo as práticas de promoção à saúde (para entender o diagnóstico e auxiliando no tratamento médico).

A partir disso a profissão tem como entendimento suas dimensões de natureza analítica e interventiva regulamentadas e balizadas pelo código de ética em seus múltiplos campos de atuação nas instituições empregadoras, diante desta análise o trabalho profissional se “remete à compreensão do espaço institucional, enquanto expressão das contradições sociais” (SILVA E SILVA, 1995, p. 190).

Cabe ressaltar que o assistente social é um trabalhador assalariado, e sua prática profissional está condicionada ao seu empregador que detém de todos os meios do seu processo de trabalho. Corroborando sobre o assalariamento, Iamamoto (2011) ressalta sobre a profissão nas instituições empregadoras.

O Serviço Social no Brasil afirma-se como profissão, estreitamente integrado ao setor público em especial, diante da progressiva ampliação do controle e do âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil. Vincula-se, também, a organizações patronais privadas, de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas e à prestação de serviços sociais a população. A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado das mesmas. (CARVALHO, IAMAMOTO, 2011, p.86)

As reflexões mediante o trabalho transcendem determinismos ideológicos e antagônicos expressando na prática um segundo plano oculto, ou seja, as relações com o capital rebatem em como o assistente social se depara com o seu cotidiano e como emerge seu trabalho institucional, [...] o significado social da prática profissional não se revela de imediato, não se revela no próprio relato do fazer profissional, das dificuldades que vivenciamos cotidianamente. A prática

profissional não tem o poder miraculoso de revelar-se a si própria. (IAMAMOTO, 1997, p.120).

Nesse processo contínuo do exercício profissional, a sistematização do trabalho pelo contratante potencializa alienação entre a teoria e a prática, por demonstrar rotineiro e burocrático. “Todavia, cada uma em sua particularidade apresenta mecanismos de intensificação e exploração do trabalho do assistente social” (BENEVIDES; LIMA, 2014, p. 67). Embora o assistente social tenha certa autonomia profissional, o trabalho é socialmente determinado, e os processos de trabalho se encontram institucionalizados.

[...] ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano de trabalho institucional. Ora, se assim é, a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o processo de trabalho do qual ele participa (IAMAMOTO, 2009, p. 63).

Assim o assistente social na área da saúde é subalternizado em suas ações (mesmo tendo aparentemente autonomia profissional), suas demandas são “[...] emanadas das necessidades das classes subalternizadas, não se apresentam de maneira nem direta nem imediata à profissão, mas mediatizadas pela instituição [...]” (GUERRA, 2009, p. 81). E de forma ampla depende do trabalho de outros profissionais na sua tomada de decisão, sendo assim sua intervenção centra na ótica do trabalho multiprofissional e na divisão de saberes e de intervenção.

Através do trabalho multiprofissional obtêm-se na construção e integração de saberes e competências permitindo assim a explanação e a solução de ações preventivas. Ao debater sobre as ações em equipe é importante salientar que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. (IAMAMOTO, 2002 p. 41 apud CFESS, 2010 p. 46).

Mediante esta problemática o assistente social na saúde apresenta uma subordinação institucional, hierárquica analiticamente organizacional.

Entretanto, o trabalho profissional tem mediações no seu uso de instrumentais adequados em seu campo institucional que visam alcançar resultados

estabelecidos, ou seja, o objeto do trabalho na saúde. Segundo a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” - Ministério da Saúde, 2007. Partindo do princípio na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, preconiza assim:

- que todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz;
- que todo cidadão é assegurado o tratamento adequado e efetivo para seu problema visando a melhoria de qualidade dos serviços prestados;
- que ao cidadão é assegurado atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável;
- que ao cidadão é assegurado um atendimento que respeite valores e direitos dos pacientes, visando preservar sua cidadania durante o tratamento.

A partir disto se dispõem do produto da prática, onde este sujeito é submetido na prática institucional como preconiza “a carta dos direitos da saúde (2007) visando um atendimento mais justo e eficaz”, nesta análise o assistente social na área da saúde (público e privado) visa a qualidade do serviço, definido por um contexto conflitante nas relações sociais.

O trabalho na área de saúde estabelece relações entre o usuário, a instituição empregadora (objeto da prática profissional) e o seu trabalho (prática profissional) sendo orientado pela instituição empregadora, que remete a este profissional a conhecer sua prática por meio da rotina operacional institucional.

Cabe destacar que, para Bravo (1996), os assistentes sociais atuam nas instituições de saúde para administrar a tensão que existe entre as demandas postas pela população e os limitados recursos para a prestação de serviços.

Portanto, as reflexões surgem na prática profissional enquanto trabalhador assalariado bem como, sobre a possibilidade do assistente social na área da saúde de exercê-la em seu cotidiano, e como as obrigações das normas institucionais interferem em sua prática profissional.

#### **4 O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS**

O perfil epidemiológico da doença oncológica estabelece uma problemática mundial, no crescimento exponencial e na difusão da doença entre as fases cronológicas da vida, vivendo com sérios problemas de saúde complexos ou limitantes.

Segundo Maciel (2008, p.17) os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase de incurabilidade se torna realidade.

Estimativas do INCA para o biênio 2018-2019 terá ocorrência de 600 mil casos para cada ano.(BRASIL,2018). O avanço da doença oncológica eventualmente levará o paciente à morte se não for diagnosticado inicialmente. Quanto mais cedo possível o paciente for encaminhado à equipe de cuidados paliativos, pode ser indicados em qualquer etapa de tratamento, de acordo com seu diagnóstico e prognóstico.

O que podemos fazer quando as necessidades multidimensionais do indivíduo são maiores que a capacidade de reversibilidade de sua doença? O que podemos fazer quando os pacientes e famílias que sofrem de doenças avançadas e progressivas, com crises de necessidades são frequentes não melhorem? (COONOR, SEPULVEDA, 2014).

Neste cenário, o Assistente Social se insere na centralidade do paciente e em seus familiares durante o curso da doença, até a fase final da doença (morte), acolhendo e intervindo nas suas necessidades multidimensionais.

O trabalho profissional do Assistente Social vai muito além de seguir protocolos institucionais, o profissional vai acolher este paciente e sua família sobre os aspectos consecutivos da doença informando e orientando sobre legislação e alterações no que tange seus direitos. Ou seja, a abordagem pode tocar em assuntos delicados e difíceis para o binômio paciente e família onde muitas famílias podem estar fragilizadas por várias questões familiares, emocionais, financeiros entre outros. Portanto, é importante o Assistente Social estar inserido na equipe multiprofissional nos Cuidados Paliativos.

[...] O assistente social desempenha dois papéis importantes em cuidados paliativos: o primeiro é o de informar a equipe, quem é o paciente do ponto de vista biográfico: onde ele vive, em que condições o paciente se encontra pra receber o atendimento da equipe, que, com as informações dos demais profissionais poderá ser planejado como vai ser o tratamento do paciente. O segundo papel consiste no elo que este profissional faz entre o paciente – família e a equipe (HERMES; LAMARCA, 2003, p. 2582).

O Assistente Social assume a tentativa de adaptação e enfrentamento da doença do paciente e sua relação com a família e o cuidador, tendo como viés particular quando se refere a situação de vulnerabilidade social.

#### 4.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002, como sendo:

[...] uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (OMS, 2007,p.3).

A abordagem dos cuidados paliativos torna-se relevante na busca não pela cura mas pelo alívio de sintomas, pelo cuidado e a preocupação entre o binômio paciente e família, e abordando uma visão integral.

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009, p.26).

Ao paciente indica-se o cuidado paliativo desde o diagnóstico de uma doença ativa, progressiva e ameaçadora de vida em diferentes fases da evolução. Não se trata de impossibilidade de cura, mas de possibilidade ou não de tratamento modificador da doença. (MATSUMOTO, 2012).

Byock (2009) elenca os princípios que clarificam o conceito de cuidados paliativos a partir da definição da Organização Mundial da Saúde:

- A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico;
- Os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prologam o processo de morrer; A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente.
- Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados;
- O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados;
- As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais;
- Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar;
- A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência;
- A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado;
- A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário.

Os Cuidados Paliativos são indicados para todos os pacientes com doença grave, progressiva e que ameaçam a continuidade de sua vida, por qualquer diagnóstico, prognóstico, seja qual for a idade e devendo ser adequado, as necessidades de cada paciente, de acordo com critérios clínicos para cada doença



Para contornar a dificuldade de avaliação prognóstica, foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam na decisão de encaminhar o paciente aos Cuidados Paliativos. Alguns desses critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas, como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, esclerose lateral amiotrófica (ELA), demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não-específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas e perda funcional, também são utilizados. (ACADEMIA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009. p.24).

Na área da saúde, Chauí (2000) afirma que as várias dimensões da ética são imprescindíveis, especialmente no que se refere à ética dos cuidados; à ética da proteção social; e à ética militante. O trabalho profissional se pauta no valor ético-político, reconhecendo a condição humana do usuário. Acrescentaria que a “concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético-político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional” (CFESS, 2010, p. 52). O trabalho nos cuidados paliativos é multiprofissional, sendo assim as tomadas decisórias são em comum acordo entre a equipe, sendo um elo de comunicação entre paciente e família.

#### 4.2 O Trabalho Profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos

O trabalho profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos<sup>9</sup> refere-se à análise e o contexto social da vida deste paciente.

O reconhecimento de que o cuidado adequado requer o entendimento do homem como ser integral [...]. Por isso, o papel do assistente social nas equipes de atenção em Cuidados Paliativos orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e junto às diferentes áreas atuantes na equipe (ANDRADE, 2012, p.341).

As dimensões do processo de trabalho envolvem o paciente, a família e a equipe multiprofissional (rede de apoio), num contexto onde se inserem

---

<sup>9</sup> A palavra “paliativo” deriva do significado de paliar, derivado do latim pallium, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019, sp.) Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>. Acesso em: 06 Out.2019.

condições socioeconômicas, emocionais, culturais entre outros, onde a doença tem impacto na qualidade de vida deste paciente e na relação familiar<sup>10</sup>.

Compreender que o trabalho profissional do assistente social nos cuidados paliativos é perceber a demanda deste paciente, à medida que a doença progride e a incurabilidade se torna realidade, o profissional tem sua especificidade na humanização a este paciente, abrangendo todas as possibilidades de intervenção.

O conhecimento do diagnóstico e à evolução da doença são essenciais para a abordagem do Assistente Social, é neste ponto que ele determina sua intervenção, este processo se inicia na fase inicial da doença até o final da vida (processo da morte), neste aspecto é importante que o paciente esteja lúcido e orientado para as tomadas decisórias.

O acolhimento permeia a intervenção do assistente social, que se trata de um modo de operacionalizar os processos de trabalho e atendendo com resolutividade e responsabilização à demanda. É, também, uma forma de se orientar e articular serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BUENO; ANDRADE, 2015). Deve-se levar em conta toda a cronologia e evolução da doença, quando muitos se dispõem para o tratamento fora de domicílio, e sua relação com o tratamento proposto (expectativas, medos, incertezas, dúvidas, econômicos, sociais, entre outros).

Nesta perspectiva, utiliza como referência a descrição de Jacob Filho, Carvalho e Torres (2015) do perfil do paciente em fase de evolução da doença.

- I – Paciente portador de doença em evolução, que não preenche critérios para doença avançada, e com propostas de terapêutica modificadora da doença.
- II – Paciente que preencha critério para doença em evolução avançada com expectativa de poucas possibilidades de terapêutica modificadora da doença.
- III. A – Paciente com doença avançada sem expectativa possível de cura, exceto transplante de órgão.

---

10 “A família se encontra muito mais na posição de um sujeito ameaçado do que de instituição provedora esperada. [...] o que temos é uma instância sobrecarregada, fragilizada e que se enfraquece ainda mais quando lhe atribuímos tarefas maiores que a sua capacidade de realizá-las” (CAMPOS e MIOTO, 2003, p. 183).

III. B – Paciente com doença avançada sem nenhuma perspectiva de cura ou tratamento modificador da doença.

IV – Paciente em terminalidade de vida para o qual o médico prevê que ocorra o óbito na internação vigente.

Na fase que corresponde o perfil II, ocorrem menos intervenções modificadoras, neste processo se identificam os conjuntos entre suporte familiar e cuidador, sendo assistidos pela equipe multiprofissional. Neste ponto, abrange a autonomia do paciente para que esteja lúcido e orientado e ciente do das diretivas antecipadas de vontade (Testamento Vital e Procuração para cuidados de saúde<sup>11</sup> – também conhecido com Mandato Duradouro).

O testamento vital é um documento, redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora das possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade (DADALTO, 2019, sp).

Na fase que compreende o perfil III – A e III – B, o assistente social aborda questões no trato de afastamento empregatício, regularização de documentos para benefícios, seguro, questões relacionadas ao óbito domiciliar e institucional, entre outros. “São demandas de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos a fim de contribuir para a reorganização da família frente a difícil situação que se avizinha” (OLIVEIRA, 2012, p. 544).

Na fase que determina o final da vida compreende o perfil IV, a prioridade é tratar o alívio da dor, a palição e o acolhimento do paciente.

Evidentemente, a percepção deste “tempo”, que norteará as ações, só pode ocorrer quando há a participação efetiva dos profissionais envolvidos agindo conjuntamente, sinalizando o momento adequado para cada abordagem. A identificação do momento depende das fases da doença, ou seja, do estágio

---

<sup>11</sup> A Procuração para cuidados de saúde é a nomeação de uma pessoa de confiança do outorgante que deverá ser consultado pelos médicos, quando for necessário tomar alguma decisão sobre os cuidados médicos ou esclarecer alguma dúvida sobre o testamento vital e o outorgante não puder mais manifestar sua vontade. O procurador de saúde decidirá tendo como base a vontade do paciente. Ressalte-se que é possível fazer um testamento vital sem nomear um procurador de saúde, mas essa nomeação é recomendada a fim de que haja um responsável por fazer cumprir a vontade do paciente. (DADALTO, 2019. sp). Disponível em: <https://testamentovital.com.br/>. Acesso em: 06 Out. 2019.

e da evolução. Depende, também, do preparo do paciente e dos familiares para o seu enfrentamento. (OLIVEIRA, 2012, p.544).

Os profissionais na área da saúde, na prática diária trabalham com contextos de morte e luto, este evento causa em muitos familiares e também no paciente certo desconforto em abordar o tema, ainda estigmatizado. Neste sentido, o assistente social encontra-se na orientação da reorganização familiar dando suporte social e trabalhando em equipe para esclarecer e dando suporte no que tange o processo de luto<sup>12</sup>. Neste processo de rompimento de vínculos o assistente social está intervindo com a psicologia (esta troca de saberes colabora para a melhor intervenção). Lima (2015, p.268), aponta o processo de trabalho do assistente social no que se refere ao luto.

O assistente social [...] deve promover o encontro, o acolhimento e a escuta. Compreender que o sofrimento da perda pode ser necessário, desde que não se prolongue em excesso, para que os familiares possam aceitar a perda e reorganizar a vida. Se houver um luto com característica de luto complicado, encaminhar para os recursos que se destinam a este fim. Apoiar as decisões que visam à reorganização da vida, orientando, mediando e articulando recursos que possam amenizar as preocupações deste fase (LIMA, 2015, p.268).

No que diz respeito ao processo de trabalho do assistente social em cuidados paliativos, Andrade (2012) corrobora com o elo entre paciente, família e instituição.

A atuação do assistente social em equipes de atenção paliativa pode ser resumida em: conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado do paciente, e para garantia da morte digna. Cabe a este profissional também avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolve o cuidado de forma geral. Soma-se a isso a importância da escuta é o enfrentamento de uma doença incurável e em fase final da vida. (ANDRADE, 2012, p.344)

---

<sup>12</sup>Segundo Kubler-Ross (1996), após estudos com pacientes com doenças graves ao tomarem conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico, definem alguns estágios de reação ao luto: 1) Negação e isolamento; 2) Raiva; 3) Barganha; 4) Depressão; 5) Aceitação.

Neste sentido a demanda já se centraliza no paciente e como intervir nos múltiplos fatores que contribuem para a saúde e ou adoecimento e como compreender a situação vivenciada pelo paciente e os familiares.

Segundo Martinelli (2003, p. 12), “[...] a população que recorre aos serviços públicos de saúde, no geral, está exposta a um conjunto amplo de problemas sociais, sendo cada vez mais tênues os limites entre exclusão social e doença”.

As limitações no processo de adoecimento limitam este paciente em suas possibilidades pessoais, familiares, e nas políticas públicas de saúde onde estes sujeitos encontram dificuldades ao acesso de serviços públicos, o papel do Assistente Social é orientar quanto aos aspectos legais e vigentes na efetivação de direitos, articulando com a rede de políticas públicas em Saúde, Assistência Social, Educação, Previdência Social, Habitação.

#### 4.3 Breves Considerações sobre o Trabalho Multiprofissional

A abordagem multiprofissional é exercida nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Em 1986 a Organização Mundial da Saúde publicou os princípios da atuação da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos, aos quais foram reafirmados na revisão de 2002.

Ao abordarmos o trabalho profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos aos pacientes oncológicos precisamos compreender a perspectiva de totalidade e os princípios da integralidade no Sistema Único de Saúde.

A intervenção profissional se dá na perspectiva de cuidar das dimensões físicas, sociais, emocionais e espirituais do paciente e da família (cuidadores), cabe analisar e conhecer a rede de suporte e traçar o perfil deste paciente, seja ele, socioeconômico, renda, situação empregatícia entre outros. Cabe ressaltar as seguintes orientações e encaminhamentos no aspecto da legislação e suas alterações;

- Documentação de regularização de bens;
- Documentação de seguro;
- PIS/ PASEP e FGTS;

- Afastamento de trabalho;
- Auxílio – doença
- Aposentadoria por invalidez;
- Benefício de Prestação Continuada;
- Pensão por morte;
- Testamento, entre outros.

A escuta e o acolhimento é muito importante para a construção de vínculos, da equipe multiprofissional, do Assistente Social e da família, esta intervenção oferece abertura para abordagens de questões delicadas, é imprescindível o elo de comunicação profissional.

Outro ponto relevante e também cabem aqui reflexões é no que tange o trabalho profissional. Japiussu (1976, p.75) define o trabalho profissional na vertente da interdisciplinaridade:

[...] a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real entre as disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares.

Os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde é o Código de Ética do/a Assistente Social ressaltam que: Art. 10 – São deveres do/a Assistente Social: [...] d – Incentivar, sempre que possível, à prática profissional interdisciplinar (CFESS, 2012, p. 33).

Neste sentido, o conceito de interdisciplinaridade se relaciona com outros termos, tais como: disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. Segundo Ivani Fazenda (1979) são necessárias a compreensão sobre as terminologias.

Guy Michaud propõe quatro níveis de interação entre as disciplinas educacionais, o que revela diferentes formas de percepção quanto aos diálogos entre elas: a *multidisciplinaridade*, que pressupõe a justaposição de disciplinas, sem, contudo, diminuir o “status” de cada uma delas; a *pluridisciplinaridade*, que seria a justaposição de disciplinas de áreas comuns; a *interdisciplinaridade*, interação entre disciplinas direcionadas por um coordenador e que pode ocorrer como uma simples comunicação de ideias ou como uma integração mútua de conceitos/métodos/objetos; e a *transdisciplinaridade*, que funcionaria como um axioma comum às disciplinas. (FAZENDA, 1979, APUD, AZEVEDO E SILVA, 2013,p.130).

Cabe reflexionar sobre este trabalho partindo da análise, e concepção a respeito da interdisciplinariedade no que se refere a área da saúde, “a integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde [...]” (NOGUEIRA; MIOTO,2009,P.225). A categoria de análise é sobre a compreensão das terminologias que o profissional de Serviço Social compreende e aborda na sua prática profissional. Assim o trabalho nos cuidados paliativos se encontra pautado na ética profissional, na efetivação de direitos à saúde, tendo reflexão e crítica sobre o processo na garantia e viabilização de direitos.

As abordagens de trabalho, interdisciplinar, transdisciplinaridade, multidisciplinar, pluridisciplinaridade pode ser confundidas com outros modos nas práticas de trabalho. Portanto, os diferentes tipos de trabalho persegue objetivos comuns, se concretiza na complementação de saberes e respeito aos profissionais de cada área envolvida.

As abordagens dos cuidados paliativos compreende-se no enriquecimento mútuo, com instrumentais ou ferramentas, reuniões multiprofissionais, estudos de casos, prontuários profissionais coletivos, reuniões familiares, atendimentos, na equipe multidisciplinar, viabilizando o acesso a direitos através das políticas públicas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa fruto deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) não apresenta uma conclusão nem poderia, cabe ressaltar a importância que as aproximações ao tema trouxeram reflexões e de salientar o caráter de continuidade futura para a pesquisa.

Cabe ressaltar a necessidade de novos estudos relacionados a temática, de cariz investigativo e informativo não só para acadêmicos, mas para profissionais da profissão de Serviço Social, docentes e para a sociedade civil, presentes no âmbito das produções em Serviço Social e nas pesquisas de campo a serem exploradas.

O objetivo geral deste trabalho se propôs a analisar o trabalho profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos aos pacientes oncológicos, a atuação profissional e como se desvelam as ações do assistente social inserido numa equipe multiprofissional.

Cabe ressaltar o que realmente significa Cuidados Paliativos e trazer novos aportes para estudos relacionados à temática de Serviço Social e em conjunto o trabalho do Assistente Social na área da Saúde.

Discorrem o entendimento sobre o trabalho do Assistente Social em cuidados paliativos possibilita apreender no sentido de articular o conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo nas relações que se estabelece entre a profissão e o objeto de trabalho.

Por outro lado, os Cuidados Paliativos são importantes na atenção ao binômio entre paciente e família, tendo em vista, que todos se encontram em vulnerabilidade social, psicológica, emocional, financeira entre outros, que ressalto a importância da integralidade deste paciente e de como intervir, de uma forma geral, respeitando em sua singularidade.

Todavia, as políticas públicas vivenciam uma conjuntura de focalização, descentralização e privatização, sobre os quais se tem embate quanto a sua materialização nos serviços públicos e privados.

Diante deste exposto, os resultados desta pesquisa de conclusão de curso, propõem trazer algumas sugestões, tais como:

### **CUIDADOS PALIATIVOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**



- Desmistificar o conceito de Cuidados Paliativos;
- Respeitar as pluralidades existentes na sociedade civil;
- Entender o processo da doença de forma humanizada, respeitando o ser humano, que se encontra num processo de fragilização perante a doença;
- O saber comunicar é importante, tendo em vista as pluralidades de culturas, entendimento e compreensão são diferentes, ou seja, muitos não compreendem o que se falou e tem um receio de perguntar.
- Compreender a totalidade do paciente, e sua tomada de decisão, não impondo práticas institucionais coercitivas;
- Formular ações, programas e projetos, para os pacientes dentro desta temática de Cuidados Paliativos, com colaboração da sociedade civil para ampliar discussões sobre a incidência da doença.

## **TRABALHO PROFISSIONAL**

- Ampliação das pesquisas na área de Serviço Social e Cuidados Paliativos;
- Ampliação dos debates acadêmicos nos fóruns de discussões nacionais, regionais e municipais sobre o trabalho profissional dos Assistentes Sociais nos Cuidados Paliativos;
- Ampliação e construção de materiais sobre o Assistente Social nos Cuidados Paliativos, Livros, artigos, teses entre outros;
- Melhor Interlocução da equipe multidisciplinar;
- Construção de novos instrumentais de Serviço Social voltado para o Cuidado Paliativo;
- Construção e debates sobre novas Políticas Públicas para os Cuidados Paliativos;
- Aprimoramento e atualização profissional nos Cuidados Paliativos;
- Respeito e Humanização no campo profissional;

Nesse Sentido, em que pesem as limitações deste Trabalho, compreender que as práticas na área da saúde são extensas, que existem condicionantes sociais, econômicos, políticos que exigem uma consciência humanizada.

Contudo, o trabalho profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos tem limites e possibilidades, no que tange ao exercício profissional e à garantia de direitos:

- limites quanto à materialização das políticas públicas existentes;
- limites físicos, psicológicos, éticos,
- limites institucionais quanto à sua prática profissional;
- limites quanto à liberdade e autonomia, entre outros;

E Possibilidades:

- Conhecimento e abordagem sobre sua prática;
- Consciência Humanizada e discussão de ideologias, conhecendo as demandas da população poderá trabalhar esta consciência;
- O Diálogo entre a teoria e prática colabora para sua prática profissional
- Compromisso com os preceitos éticos da profissão, entre outros.

Por fim, concluo a pesquisa deste trabalho nas reflexões sobre o trabalho profissional do Assistente Social nos Cuidados Paliativos aos pacientes oncológicos e trazendo sugestões e reflexões no aprofundamento do Serviço Social e os Cuidados Paliativos

A primeira é a necessidade de realizar novos estudos sobre a temática assim como produções e difusão do Assistente Social nesta área tendo em vista, o envelhecimento populacional e sua relação com a doença.

A segunda, se insere na prática profissional e como desmistificar os Cuidados Paliativos e sua relação com o fim da vida, pois incide diretamente no entendimento que a sociedade detém sobre a doença. Nesta perspectiva, é preciso salientar que a relação deste profissional nesta área é importante para a difusão desta temática, parte das categorias e conceitos diferenciados (equipe

multiprofissionais) para pensar e possibilitar produções e intervenções incidindo nas políticas públicas para a população.

## REFERÊNCIAS

- ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional.** Serviço Social & Sociedade, XVII (50): 143-71. São Paulo, Cortez, abr. 1996
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019. O que são cuidados paliativos. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>. Acesso em: 06 Out.2019.
- ANDRADE, Letícia. O papel do assistente social na equipe. In: PARSONS, H. A. CARVALHO, R. T.; (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** 2.ed.amp. e atual. Porto Alegre: Sulina, 2012, p.341-344.
- AROUCA, Antônio. Sérgio. Silva **A reforma sanitária brasileira.** Tema– Radis, n.11, p.2-4, nov. 1988.
- AROUCA, Antônio. Sérgio. Silva. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva,** 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade de Campinas.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- ANTUNES, Ricardo. **Sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 7ª reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2005, p. 135 – 146
- ANDRADE, Letícia (org). **Cuidados Paliativos e Serviço Social – um exercício de coragem-Volume 2/ Letícia Andrade.** Holambra – SP: Editora Setembro,2017. 320p.
- AZEVEDO, Crislaine Barbosa, de.; LIMA, ALINE Cristina. da Silva. Lima. A interdisciplinaridade no Brasil e o ensino de história: um diálogo possível. **In Revista Educação e Linguagens.** Campo Mourão, v. 2, n. 3, jul./dez. 2013.
- BOTTOMORE, Tom (org.). **Dicionário do Pensamento Marxista.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.
- BUENO, Érica.Pereira. Especificidades da intervenção social. In: ANDRADE, Letícia. (Org.). **Cuidados paliativos e serviço social: um exercício de coragem.** Holambra: Editora Setembro,2015, p. 191-201.
- BRAGA, José carlos de. Souza.; Paula, sérgio goes de. **SAÚDE E PREVIDÊNCIA.** Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC,1986.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de Outubro de 1988. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm). Acesso em 24 Mai.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília:2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.**Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.381-389.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde)

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 15 Jun.2019.

\_\_\_\_\_. Serviço Social na contradição capital/trabalho: concepção da dimensão política na prática profissional. In: Serviço Social: as respostas da categoria aos

desafios conjunturais.IV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – Congresso Chico Mendes. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. A política de saúde no Brasil: trajetória e história. In. Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001.

BENEVIDES, Geis.; LIMA, Maria. José. De Oliveira. As transformações no mundo do trabalho e os desdobramentos no trabalho do Assistente Social. In JUNIOR, A. C.; PIANA, M. C.; LIMA, M. J. O. (Orgs.) Trabalho, Educação e Formação Profissional: Um debate do Serviço Social, Bauru: Canal 6, 2014.

BYOCK, Ira. **Principles of Palliative Medicine**. In: WALSH, D. et al. Palliative Medicine. [An Expert Consult Title]. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, 2009. p.33-41.

CASTEL, Robert. **Metamorfoses da questão social**. Petrópolis, Editora Vozes, 1998

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele.; ZUCCO, Luciana Patricia. **Política de Saúde e Serviço Social**. In: CAVALCANTI, Ludmila F.; REZENDE, Ilma (orgs). **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 67-82.

CAMPOS, M; MIOTO, Regina. Celia. Tamaso. **Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira**. In: Ser Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, UNB, Brasília, n. 12, janeiro a junho de 2003.

COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci. **Coleção Fontes do Pensamento Político**. Vol. 2. – Porto Alegre: L&M, 1981

COONOR. S, SEPULVEDA. C. ( eds.) Global Atlas of Palliative Care at the End-of-Life. Geneva/ London: World Health Organization / WorldwidePalliative Care Alliance. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília (DF) 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: 2010 Disponível: em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 18 Set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (CFESS) Código de Ética do/a Assistente Social – Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. Brasília: CFESS,2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS, nº383 de 29 de março de 1999. **Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde.** Disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em 18 Set. 2019.

CHAUI, Marilena. de Souza. **Público, privado, despotismo.** In: NOVAES, A. (Org.). *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm). Acesso em 14 Jun. 2019.

DADALTO, Luciana. **O que é testamento vital?** 2019. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/>. Acesso em: 06 Out. 2019.

DOMINGUES, Ivan. Em busca do método. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional Nº 29 de 13 de Setembro de 2000.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm). Acesso em: 26 Mai. 2019.

SCOREL, Sarah **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** / Sarah Scorel. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999. 208 p.

FAORO, Raymundo. **Os donos do Poder: Formação do Patronato Político Brasileiro,** São Paulo, Globo. 1985.

FAZENDA, Ivani A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia.** São Paulo: Loyola. 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Ed. Paz e Terra ( coleção leitura), 1996. 25p.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social. São Paulo:** Cortez, O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: *A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento.* São Paulo: Veras Editora, 2009,

HERMES Héli da Ribeiro; LAMARCA. Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line], Rio de Janeiro, v.18, n. 9, p. 2577 – 2588, 2013. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012). Acesso em; 20 Out.23019.

IAMAMOTO, Marilda. Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, 20ª Ed., Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda. Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez,2011.

\_\_\_\_\_. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. Renovação e conservadorismo no serviço social. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaio Críticos. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012.

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA**. Estimativas para o ano de 2012 de número de casos novos por câncer, por região. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2>. Acesso em: 18 Mai.2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

JACOB FILHO W.; CARVALHO R. T; TORRES S. H.B. Levantamento epidemiológico da demanda de pacientes em cuidados paliativos no estado de São Paulo. Projeto de Pesquisa (FAPESP). 2015.



JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220 p.

KONDER, Leandro. **O futuro da filosofia das práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes/ Trad. Paulo. Menezes**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 26 Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº12.732 de 22 de Novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-03-2011-PT-sobre-a-Lei-Tratamento-Cancer.pdf>. Acesso em:31 Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **Lei no 6.439, de 1º de Setembro de 1977**. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6439.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm) . Acesso em: 14 Jun.2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.229, de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 14 Jun.2019.

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: Editora Setembro, 2015. p. 265-280.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social**, 2. Tradução de: Nélio Schneider, Ivo Tonet, Ronaldo Vielmir Fortes. – 1.ed.- São Paulo: Boitempo, 2013.

LENHARDT, Gero; OFFE, Claus. Teoria do Estado e política social: tentativas de explicações político-sociológicas para as funções e os processos inovadores da política social. In: OFFE, Claus. Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984, p.10-56.

LUCCHESI, Patrícia T. R. (coord.). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: IBIREME/OPAS/OMS, 2002. Disponível em:

<https://www.sabedoriapolitica.com.br/ci%C3%Aancia-politica/politicas-publicas/saude/>. Acesso em: 15 Jun.2019.

LUCHESE, Patricia. T. R. **Políticas públicas em saúde**, Políticas públicas em Saúde Pública / Patrícia T. R. Lucchese, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicas\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf). Acesso em 15 Jun. 2019.

MACIEL, Maria. Goretti. Sales. Definição e princípios. In: OLIVEIRA, R.A. (Coord). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.p.16-32.

**Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. Ampliado e atualizado 2ª edição-Organizadores: Ricardo Tavares de Carvalho Henrique Afonseca Parsons. Agosto/2012.

\_\_\_\_\_ ; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade / Org., Maria Inês Souza Bravo, et al. – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

MARTINELLI, Maria. Lucia. Serviço Social na rede de saúde: uma relação histórica. **Revista Intervenção Social**, Lisboa,n.20, 2003.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: livro I: o processo de produção do capital**. Tradução, Rubens Enderle. São Paulo:Boitempo, 2013

MARX, Karl.; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. 3.ed. Tradução de Luis Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

\_\_\_\_\_. Contribuição à crítica da economia política. In: IANNI, Octavio ( Org). Marx. 6. ed. São Paulo: Ática,1988.

MATSUMOTO, Dalva. Yuke. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos (ANCP)**, 2.ed. ampl.e atual. Porto Alegre: Sulina, 2012.p.23-30.

MELUCCI, Alberto. **Um objetivo para os movimentos sociais?** Lua Nova, n.17, p. 4966, jun., 1989.

MÉSZÁROS, István. **A teoria da alienação em Marx**. Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA,

R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MOCINHO, R.R.; ZORZI, N. **Implementação do SUS, uma Análise de sua Trajetória**. In: KUJAWA, H.; CARBONARI, P. (Orgs.) Luta pelo Direito Humano à Saúde. A Experiência de Passo Fundo. Passo Fundo: Meritus, 2004.

**NAÇÕES UNIDAS – BRASIL**. Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia-especializada-ve-aumento-do-numero-de-mortes-por-cancer-no-mundo/> Acesso em 18 Mai.2019.

**NAÇÕES UNIDAS – BRASIL**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/casos-de-cancer-devem-aumentar-70-ate-2038-calcula-oms/>. Acesso em 21 Mai.2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes Sociais de Saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário**. In: Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP, Campinas, v. X, n. 12, dez.. 2011.

NOGUEIRA, V.M.R; MIOTO, R.C.T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde: SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In. MOTA, E. E. et. al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p.218-241.

OFFE, Claus. **“Dominação de classe e sistema político: Sobre a seletividade das instituições políticas”**. In: Problemas estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1982.

OLIVEIRA. I.B. Suporte ao paciente e à família na fase final da doença. In: CARVALHO, R .T. PARSONS, H.A. (Org). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed.ampl. e atual.Porto Alegre: Sulina, 2012.p.544-555.

OSORIO, Jaime Sebastian. **Sobre O Estado, O Poder Político E O Estado Dependente**. Temporalis, Brasília (DF), ano 17, n. 34, jul./dez. 2017.

PAIM, Jairnilson. Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador; Rio de Janeiro: Dufba; Fiocruz, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia Tamaso. (Orgs.) Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília: CFESS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009.** Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt\\_2048\\_03\\_09\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt_2048_03_09_2009.html). Acesso em: 26 Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>. Acesso em: 27.Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 741 de 19 de Dezembro de 2005.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>. Acesso em: 27. Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 02. \jun.2019

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 2.439/GM DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005.** Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria\\_2439.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf). Acesso em: 29 Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n.º 19, de 03 de janeiro de 2002.** Disponível em: [www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_019.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_019.pdf). Acesso em: 29 Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1319/GM/MS, de 23 de julho de 2002.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4449.html>. Acesso em: 29 Mai.2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 218 de 06 de Março de 1997.** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: [http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res\\_cns\\_218\\_1997.pdf](http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf). Acesso em 26Mai.2019

\_\_\_\_\_. **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). Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-226-publicada-resolucao-cit-n-41-que-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-organizacao-dos-cuidados-paliativos-luz-dos-cuidados-continuados-integrados-no-ambito-sistema/>. Acesso em: 02 Jun.2019.

ROSDOLSKY, Roman. **Gênese e estrutura de o Capital de Karl Marx.** Rio de Janeiro: Eduerj/Contraponto, 2001.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp.429-435. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200019>. Acesso em 25.Mai.2019.

SALLES, Pedro. **História da Medicina no Brasil.** Belo Horizonte. Ed.<sup>a</sup> G. Holman.1971.

SILVA, G.R.S. **Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico.** *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, v.28, n.2, p.31-35, 1973.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira da (coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** 2. ed., São Paulo: Cortez, 2002.

SIMÕES, Nanci. Lagioto. Hespagnol. **Autonomia profissional x trabalho assalariado: exercício profissional do assistente social.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social ) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Movimentos sociais.** 2 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental.** In: *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.