UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

FRANCILENE GOMES NUNES MOURA

SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão

São Luís
2021

FRANCILENE GOMES NUNES MOURA

SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientação: Profª Drª Cristiana Costa Lima

São Luís

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Moura, Francilene Gomes Nunes

Serviço Social e cuidados paliativos: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão / Francilene Gomes Nunes Moura. - 2021.

144 f.: il.
Orientadora: Cristiana Costa Lima

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/CCSO, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Morte. 2. Cuidados paliativos 3. Neoliberalismo. 4. Política social. 5. Serviço Social. I. Lima, Cristiana Costa. II. Título.

FRANCILENE GOMES NUNES MOURA

SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: concepções e desafios de assistentes sociais que atuam em equipes especializadas do Hospital do Câncer do Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª Drª Cristiana Costa Lima (Orientadora)
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

_____

Profª Drª. Marly de Jesus Sá Dias (Examinadora)
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

_____

Profª Drª Mariana Cavalcanti Braz Berger (Examinadora)
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Primeiramente a Deus, por ser TUDO em minha vida, meu porto seguro e me direcionar sempre para o caminho do bem e para escolhas corretas na vida.

Dedico todo meu esforço empenhado aos meus familiares, que, mesmo de longe, acompanharam e me deram forças para continuar.

Dedico este trabalho em especial ao meu esposo, Anderson Moura, que divide comigo as conquistas e angústias dos meus projetos e com seu bom humor e otimismo ajuda a vida a ser mais leve.

Dedico este trabalho especialmente a todos os usuários dos serviços de saúde que me ensinam a ser melhor a cada dia e a rever todos os meus conceitos e valores de vida nesta jornada de aprendizados.

Dedico à Equipe de assistentes sociais do Hospital do Câncer do Maranhão, em especial, à Camila Macedo e à Luciana Castelo Branco que me acolheram e facilitaram o processo de pesquisa na instituição.

E, por fim, dedico este trabalho aos colegas do Mestrado e Doutorado em Programa de Políticas Públicas da UFMA, Turma 2019.1, pela parceria e aprendizado em conjunto que tivemos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me deu forças para continuar essa jornada, em meios a tantos desafios.

À minha orientadora – Professora Dra. Cristiana Costa Lima, que me acompanhou durante essa longa jornada, incentivou-me e apoiou-me, ajudou-me a evoluir como pesquisadora e enriqueceu este trabalho com suas valiosas contribuições.

Às professoras que juntamente com a orientadora compuseram a banca examinadora – Professora Dra. Marly Dias e Professora Dra. Mariana Berger, que com muito esmero e delicadeza me ajudaram na elaboração da pesquisa. Modéstia à parte, eu tive muita sorte de tê-las comigo nessa longa jornada, sem dúvida nenhuma, suas contribuições elevaram qualitativamente a pesquisa.

À minha mãe – Delza Nunes, minha grande incentivadora, mulher de fibra, trabalhadora, que sempre lutou para educar os filhos e para que tivéssemos um lugar na sociedade. A ela, agradeço de coração, não somente nesta vida.

Agradecimento em especial aos meus avós (*in memorian*) pelos valores transmitidos a mim. Sei que estão muito orgulhosos das minhas conquistas.

Ao meu esposo, Anderson Moura, pelo incentivo e por acreditar na minha competência. Fez muita diferença naqueles momentos em que nem mesmo eu achava que fosse capaz.

Às minhas colegas de trabalho pelo apoio e parceria de sempre. Sei que foi muito difícil aguentar o "*stress*" provocado pelas noites mal dormidas e pela preocupação constante com todos os compromissos do mestrado. Prometo que um dia irei retribuir todo apoio e compreensão.

RESUMO

Os cuidados paliativos são uma modalidade de atendimento na área da saúde que busca garantir uma morte digna, por meio do tratamento adequado da dor, respeito ao curso natural da doença e adoção de estratégias que possam melhorar a qualidade de vida e preservar a autonomia, liberdade e dignidade dos usuários. O trabalho deve ser realizado por uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, na qual se destaca o(a) assistente social a quem cabe a compreensão dos indivíduos em sua totalidade e o enfrentamento das expressões da questão social. No ano de 2018, os cuidados paliativos foram regulamentados como uma Política Pública no Brasil, isso ocorre numa conjuntura desfavorável para as políticas voltadas ao bem-estar social da população, pois o Estado brasileiro vem adotando o neoliberalismo como sistema econômico, político e ideológico, com isso, progressivamente vem se desresponsabilizando pela área social e transferindo encargos para a família, sociedade civil e mercado, oferecendo à população políticas sociais fragmentadas, seletivas e focalizadas, facilitando, assim, o processo de precarização do sistema de seguridade social. Diante desse contexto, essa pesquisa buscou investigar as concepções e os desafios dos(as) assistentes sociais diante da realidade atual e das demandas que se apresentam por via dos Serviços de Cuidados Paliativos, quando se espera que o/a assistente social tenha uma visão crítica sobre os processos sociais nos quais estão inseridos. Os resultados obtidos foram os seguintes: predomina a cultura do individualismo na relação do homem contemporâneo com a morte; o doente crônico com risco iminente de morte sofre vários processos de exclusão social, então os cuidados paliativos surgem como uma alternativa para prover algum tipo de dignidade e assistência de qualidade na fase de final de vida, mas o doente em fase terminal também pode ser útil ao capitalismo quando se transforma em mercadoria, gerador de riqueza para o capital; a Política de Cuidados Paliativos configura-se como um campo de disputas entre o capital e o trabalho, e predomina entre os assistentes sociais uma visão técnica sobre a Política de Cuidados Paliativos desprovida da compreensão das relações de classe, das decisões políticas e do processo global do capitalismo

Palavras-chave: morte; cuidados paliativos; neoliberalismo; política social; serviço social.

ABSTRACT

Palliative care is a modality of care in the health area that seeks to guarantee a dignified death, through adequate pain treatment, respect for the natural course of the disease and the adoption of strategies that can improve the quality of life and preserve autonomy, freedom and dignity of users. The work must be carried out by a multidisciplinary team with an interdisciplinary approach, in which the social worker stands out, who is responsible for understanding the individuals in their entirety and facing the expressions of the social issue. In 2018, palliative care was regulated as a Public Policy in Brazil, this occurs in an unfavorable situation for policies aimed at the social welfare of the population, as the Brazilian State has been adopting neoliberalism as an economic, political and ideological system, with this, it has progressively taken responsibility for the social area and transferred burdens to the family, civil society and the market, offering the population fragmented, selective and focused social policies, thus facilitating the process of precariousness in the social security system. Given this context, this research sought to investigate the conceptions and challenges of social workers in the face of the current reality and the demands that arise through Palliative Care Services, when the social worker is expected to have a critical view about the social processes in which they are inserted. The results obtained were as follows: the culture of individualism prevails in the contemporary man's relationship with death; the chronically ill at imminent risk of death suffers from various processes of social exclusion, so palliative care emerges as an alternative to provide some kind of dignity and quality care in the end-of-life phase, but the terminally ill can also be useful to capitalism when it becomes a commodity, generator of wealth for capital; the Palliative Care Policy is configured as a field of disputes between capital and work, and among social workers, a technical view of the Palliative Care Policy lacks an understanding of class relations, political decisions and the global process prevails. of capitalism.

Keywords: death; palliative care; neoliberalism; social policy; social service

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ano de formação acadêmica 93
Gráfico 2 – Natureza da instituição de ensino superior formadora.....94
Gráfico 3 – Vínculo trabalhista 95
Gráfico 4 – Tempo de trabalho no Hospital do Câncer MA 95

LISTA DE SIGLAS

ABAC	Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos
ABCA	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AD	Atendimento Domiciliar
AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CME	Central de Material e Esterilização
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COVID-19	*Corona Virus Disease 2019*
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMSERH	Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FTP	Fora das possibilidades terapêuticas
HU-UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IDG	Índice de Desigualdade de Gênero
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHAD	Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado à Desigualdade
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Projeto Ético-Político
PNH	Política Nacional de Humanização
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* 2
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
STO	Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UTIs	Unidades de Tratamentos Intensivos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 A MORTE E A RELAÇÃO COM OS CUIDADOS PALIATIVOS 23

2.1 O processamento social da morte nas sociedades ocidentais: da idade média até os dias atuais 25

2.2 A morte e seus aspectos contraditórios 34

2.3 O discurso da "boa morte" e a emergência dos cuidados paliativos 42

3 A CONSTITUIÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL 49

3.1 Os cuidados paliativos no contexto da política de saúde do Brasil 51

3.2 O trabalho em saúde e os cuidados paliativos 61

3.3 O Serviço Social e os cuidados paliativos 68

4 A ATUAÇÃO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS: concepções e desafios 83

4.1 O Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão – Dr. Tarquínio Lopes Filho: caracterização do campo de pesquisa 83

4.2 Análise da Política de Cuidados Paliativos na perspectiva das(os) assistentes sociais que atuam em serviços de cuidados paliativos. 92

4.2.1 Desafios para o Serviço Social 117

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 122

REFERÊNCIAS 126

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA 137

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 139

ANEXO A – RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018 141

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma modalidade de atendimento na área da saúde que tem como principal missão melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças graves ameaçadoras da vida até os seus últimos dias. O objetivo é garantir uma morte digna, por meio de um tratamento adequado da dor e respeitar o curso da doença, sem prolongar ou abreviar a sobrevida. Suas ações devem contemplar as necessidades das famílias, pois são também afetadas pelo adoecimento e corresponsáveis pelos cuidados dos enfermos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

Uma ampla pesquisa realizada pela revista *The Economist,* em 2015, cujo objetivo foi avaliar a qualidade da morte em 80 países, utilizando como indicadores o acesso a opioides, a existência de políticas públicas de saúde específicas de cuidados paliativos e a garantia do acesso à assistência por via dos serviços de saúde oficiais, colocou o Brasil em 42º lugar, uma classificação pior do que a do Chile (27º), Costa Rica (29º), Panamá (31º), Argentina (32º), Uruguai (39º), África do Sul (34º), Uganda (35º), Mongólia (28º) ou Malásia (38º). Tal pesquisa demonstrou que o Brasil tem desapontado quanto à qualidade na assistência a pessoas com doenças crônicas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

Reconhecendo essa questão como um problema de saúde pública, a Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018), recomendou a implantação de Cuidados Paliativos em todos os países, com urgência nos mais pobres, onde se acredita que há maior precariedade na assistência. A OMS espera que através dessa estratégia possa elevar a qualidade de vida e garantir que pessoas com doenças graves e/ou crônicas tenham os devidos cuidados na fase final de vida.

O conceito adotado pela OMS em 1990 e que foi atualizado em 2002 define os cuidados paliativos como uma:

> [...] 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 da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018, p. 12).

No Brasil, tradicionalmente, os cuidados paliativos estiveram vinculados à área oncológica, posteriormente foi reconhecido como uma especialidade médica,

depois um serviço especializado e em 2018 adquiriu status de política pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro que deve ser implantada em todos os níveis de complexidade do sistema e ofertado através do trabalho de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

A Política Nacional de Cuidados Paliativos foi regulamentada pela Resolução nº 41/2018 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Ministério da Saúde (ANEXO A), resultado da mobilização de instituições governamentais e não-governamentais ligadas diretamente à área que definiu as diretrizes para a organização deste serviço no âmbito do SUS. Apesar da legislação recente, alguns hospitais públicos e privados de várias regiões do país já mantêm serviços desta natureza há décadas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018) cita ainda que a legislação indica que os serviços podem ser ofertados em três modalidades: domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Esta última modalidade foi o campo de investigação desta pesquisa e é o que concentra maior número de usuários, sendo os hospitais oncológicos a principal referência, pois, como dito anteriormente, a prática paliativa no Brasil surgiu a partir de iniciativas pontuais neste campo específico.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Ministério da Saúde (MS) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) são as principais instituições que buscam incentivar e divulgar a prática paliativa no Brasil, formar profissionais e estimular a criação de serviços especializados. Mas, apesar dos esforços, os serviços ainda são insuficientes para responder à demanda. Um estudo realizado em 2015 revelou uma estimativa de 125 mil a 175 mil pessoas falecidas por câncer que poderiam ter sido beneficiadas por esse tipo de assistência e não foram (SANTOS, 2018).

Nos Cuidados Paliativos, o maior investimento deve ser nas chamadas tecnologias leves, tais como acolhimento, vínculo, busca de autonomia dos sujeitos, diálogo aberto e escuta qualificada, mas sem excluir as tecnologias duras ou leveduras que correspondem aos equipamentos tecnológicos, normas, estruturas e aos saberes específicos relacionados à clínica e à epidemiologia (MERHY *et al*., 2006).

Merhy *et al.* (2006) aponta que “tecnologia” é um vocábulo utilizado rotineiramente na era da computação, mas que vem sendo utilizado também em

outras áreas da vida humana e pode ser entendido como saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares e para a organização das ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em suas relações inter-humanas. Já o termo "tecnologia em saúde" pode ser explicado a partir de duas concepções, a primeira diz respeito aos saberes que direcionam o modo de produzir os cuidados em saúde, ou seja, "saber tecnológico em saúde", e a segunda faz referência ao agrupamento de elementos técnicos organizados em um modo de produção, portanto, "modelos tecnológicos do trabalho" (GONÇALVES, 1994).

Outro aspecto importante dos cuidados paliativos é a centralidade na família que deve receber a assistência voltada ao fortalecimento da rede de apoio, alívio do sofrimento, aconselhamento sobre as questões relacionadas ao luto e direito à informação honesta e empática. Mas a família não é concebida apenas como uma unidade de cuidado e proteção, visto que também lhe é atribuída a corresponsabilidade na assistência ao doente em qualquer que seja a modalidade de atendimento, além de ser a facilitadora para tomada de decisões difíceis (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Para Menezes (2004), os cuidados paliativos viabilizam uma nova forma de relação entre profissionais, pacientes[1] e familiares em que a tomada de decisões em relação aos cuidados e a morte é incentivada e compartilhada, transformando as relações de poder entre a equipe de saúde e o usuário, estimulando esses sujeitos a assumirem papéis diferentes daqueles recorrentes no modelo de assistência em saúde habitual.

Na experiência brasileira, os profissionais que geralmente compõem as equipes são: psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra, assistente social, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, além de padres, pastores, rabinos, gurus e outros profissionais e especialistas que poderão ser chamados a cooperar com a equipe (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014).

---

[1] Ao longo desta pesquisa, o termo paciente será utilizado em determinadas passagens do texto, em respeito ao uso original feito pelos autores citados. A denominação paciente começou a ser utilizada no século XIV, é derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer, indica pessoa paciente, serena, conformada e sugere uma relação íntima, mas também pode indicar, implicitamente, uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional (SAITO *et al*., 2013). Por isso, excetuando as transcrições diretas dos autores citados, utilizaremos o termo usuário que avança numa concepção de saúde como direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.

O(A) assistente social está presente desde as primeiras experiências, quando da implantação dos cuidados paliativos na Inglaterra, talvez por influência de Cicely Saunders, precursora dos cuidados paliativos, que possuía formação em Serviço Social e sistematizou as primeiras propostas de trabalho na área. Mas, apesar da longa trajetória histórica, é um campo de trabalho pouco explorado, com produções científicas tímidas, isso nos incentivou a empreender esforços para realizar este estudo e assim fomentar o debate acerca dos assistentes sociais que atuam nessa área (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

O(A) Assistente Social desenvolve seu trabalho na área da saúde em conjunto com outros profissionais, compondo, assim, as equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Dentre suas atribuições está a compreensão dos indivíduos sociais em sua totalidade, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, contemplando em suas intervenções os direitos humanos e as necessidades sociais básicas da classe trabalhadora (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009).

Nos últimos anos, esses profissionais têm contribuído para a ampliação do acervo científico no campo das ciências sociais aplicadas e apresentado uma importante produção intelectual, caracterizada pelo viés teórico-metodológico crítico. É uma prática profissional que se apresenta na sociedade como contraditória e conflituosa, situada no limiar entre as requisições do capital e as necessidades do trabalho. Cabe então ao assistente social a complexa tarefa de transformar conhecimentos em situações concretas sem perder de vista o compromisso com a transformação social (VASCONCELOS, 2015).

Ao longo de sua história, o Serviço Social construiu um projeto profissional influenciado pela tradição marxista que se tornou hegemônico. Tal projeto se opõe às práticas conservadoras, visa a transformação social, é anticapitalista e defende a emancipação humana. Tem como referência a teoria social crítica de Marx e o marxismo e possui uma articulação orgânica com a pesquisa e produção de conhecimentos. Apesar desse avanço, no campo da saúde, temos um dos espaços com maiores dificuldades do exercício da profissão para a implementação do projeto ético-político que norteia a ação da categoria, devido ao imediatismo e aos tensionamentos dos interesses diversos no cotidiano do local de trabalho.

Além disso, como cita Vasconcelos (2015), os(as) assistentes sociais enfrentam outras dificuldades em seu dia a dia que afetam sua capacidade de

apreensão crítica da realidade, como: a precária formação acadêmico-profissional reduzida às necessidades do capital; a complexa inserção no campo das lutas de classes a partir dos intricados espaços sócio ocupacionais afetados pelas transformações no mundo do trabalho; a apatia dos trabalhadores e as exigências para assumir a função de intelectual na sociedade.

Podemos acrescentar, ainda, as rotinas de trabalho cada vez mais burocratizadas e mecanizadas; as demandas complexas manifestadas pelos usuários que requerem respostas práticas e imediatas, que são comuns na área da saúde e que contribuem para descaracterizar a profissão, e as barreiras institucionais que dificultam a análise crítica do exercício profissional e a operacionalização das políticas sociais (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017).

As dificuldades para materialização do projeto profissional puderam ser observadas empiricamente, a partir da minha experiência profissional como assistente social, lotada num hospital público de alta complexidade, localizado em São Luís (MA), onde tive a oportunidade de atuar em conjunto com a Comissão de Cuidados Paliativos que está em processo de formação e possui apenas médicos e enfermeiros em seu quadro fixo. Essa comissão percorre os setores do hospital como uma espécie de equipe volante, prestando atendimento aos usuários com critérios clínicos para os cuidados paliativos e orientando os profissionais de saúde.

Tal comissão, sob a liderança da categoria médica, busca imprimir uma certa autoridade sobre as demais categorias profissionais, ditando regras sobre o trabalho de cada um. Na visão deles, o assistente social é um profissional meramente conhecedor de programas sociais e dos procedimentos para acessá-los, administrador de recursos para as camadas ditas menos favorecidas e disciplinador de comportamentos, portanto, reafirmam uma visão conservadora sobre o Serviço Social, relacionada a uma imagem reduzida e, ao mesmo tempo, ultrapassada da profissão.

É importante destacar que as atribuições elencadas acima foram marcantes numa fase específica da profissão, mais precisamente nas décadas de 1960 a 1970, segundo Vasconcelos (2015), quando a função do assistente social era reduzida à operacionalização da complexa burocracia de acesso às políticas e serviços sociais e ao cumprimento de condicionalidades.

Vasconcelos (2015, p. 302), em sua análise histórica sobre o desenvolvimento do Serviço Social, afirma que, nas décadas de 1960 a 1970, a

profissão era concebida como uma espécie de “assistencialização tecnificada”, na qual foi predominante o “Projeto profissional de cariz tecnocrático” que, atualmente, vem sendo alimentado e renovado pelo neoliberalismo. Ela considera que apesar do projeto profissional atual, hegemônico, vinculado à tradição marxista, prevalecem ainda diferentes tendências entre os(as) assistentes sociais que são refletidas na prática profissional.

Pensar sobre essas questões é necessário e urgente, dadas as particularidades do contexto atual, no qual predomina o autoritarismo dos empregadores que buscam ditar regras e tarefas não condizentes com as atribuições de cada especialidade. São processos sociais com reflexos no seio da profissão, que nem sempre são percebidos pelos(as) assistentes sociais, que, inseridos num processo coletivo de trabalho na sociedade capitalista, estão sujeitos(as) a desenvolver um trabalho alienante e alienado (MATOS, 2015).

Outro aspecto que considerei relevante nesse contato inicial com os cuidados paliativos foi o trabalho com as famílias dos usuários que geralmente é atribuído ao Serviço Social, considerada pela equipe de saúde como a profissão mais habilitada para lidar com as questões afetas às famílias, fato que também pode ter relação com a formação histórica da profissão, pois,

> Os assistentes sociais são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica, ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e, em outros, a tiram de cena. (MIOTO, 2004, p. 2).

Na concepção da equipe, os(as) assistentes sociais devem atuar na perspectiva de harmonização das relações familiares, ampliando o conformismo e a responsabilização da família pelo ente adoecido. Assim, devem articular recursos por meio das políticas públicas ou outras estratégias não-governamentais para o provimento das necessidades dos usuários e suas famílias, para que possam receber o ente familiar adoecido em seu próprio domicílio e obter assistência à saúde por meio do atendimento domiciliar e/ou ambulatorial.

Nestas condições, a alta hospitalar de usuários em cuidados paliativos torna-se responsabilidade principal dos(as) assistentes sociais e é meta para os gestores das unidades de saúde que precisam ampliar a capacidade de oferta dos serviços e utilizam a rotatividade dos leitos hospitalares como uma alternativa para atender a demanda reprimida. Tanto o poder público quanto a iniciativa privada vêm

incentivando o atendimento à saúde na modalidade domiciliar já que diminui as reinternações hospitalares e os custos, conforme destacado:

> Os potenciais benefícios do [atendimento domiciliar] (AD) seriam a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares; a redução do risco de infecção hospitalar; a manutenção do paciente no núcleo familiar e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares. (FLORIANI; SCHRAMM, 2004, p. 987).

Para Floriani e Schramm (2004), há um padrão estabelecido na sociedade de que o ambiente domiciliar seria um lugar seguro, humanizado e que por isso deveria ser evitada a institucionalização que geralmente é associada a situações de abandono, confinamento e exclusão social das pessoas, isso provoca reflexos negativos na sociedade e influencia muitas famílias a optarem pelo atendimento domiciliar. No entanto, o domicílio em precárias condições e em local de difícil acesso também podem favorecer situações de exclusão social, impossibilitando, inclusive, o atendimento das equipes de saúde.

Geralmente, os programas públicos de assistência domiciliar estabelecem como critérios de inclusão requisitos como a localização geográfica e a presença de um cuidador familiar que deverá ser treinado e habilitado para realizar determinadas tarefas, pois o doente crônico em fase terminal pode ter inúmeras necessidades e precisar de ajuda para:

> Os cuidados pessoais (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas. Também estão incluídos o chamado suporte comunitário (voluntários, serviços de associações comunitárias, transporte) e realização de tarefas externas, como ida a um banco ou a uma farmácia. (FLORIANI; SCHRAMM, 2004, p. 986).

Como se observa, o cuidador familiar assume variadas tarefas que se acumulam em sua rotina diária. Na maioria das vezes, o cuidador é do sexo feminino e realizava alguma atividade remuneratória, da qual teve que abdicar ao assumir mais essa função, isso pode ocasionar prejuízos ao poder aquisitivo da família, já que a mulher há décadas contribui para as despesas do lar. Portanto, ser cuidador é arcar com o ônus desta árdua e desgastante tarefa que se repete diariamente, muitas vezes durante anos, além de ser quase sempre uma atividade solitária e sem descanso (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

Floriani e Schramm (2004) ainda citam que o cuidador familiar enfrenta rupturas de vínculos, tem sua saúde deteriorada, não tem férias, tem baixa

participação social e vivencia a progressão da doença. Para o cuidador, não se trata apenas da sobrecarga nas atividades, mas também de uma ameaça à sua saúde, já que muitos adoecem ou agravam problemas já existentes. Já os aspectos positivos desta tarefa, quando citados nas pesquisas, relacionam a experiência do cuidado ao crescimento pessoal e à transformação interior, alguns cuidadores relatam que suas vidas foram modificadas, dando a elas um sentido até então inexistente.

Para Mioto e Dal Prá (2015), sob o viés do "cuidado", os serviços sociais têm articulado diferentes estratégias para imposição ou transferências para as famílias dos custos referentes ao bem-estar dos seus membros. Um processo que é bem evidenciado nos campos da política de saúde e assistência social que incorpora o trabalho familiar como um recurso fundamental no atendimento das necessidades humanas. Assim, as famílias estão sendo cada vez mais incorporadas na prestação de serviços, pois,

> [...] além de serem requisitadas a cumprir com as 'suas obrigações' no fórum doméstico, são, cada vez mais, acionadas a se incorporar no trabalho de cuidado no próprio ambiente de prestação de serviço, e também realizam demoradas e desgastantes interlocuções com os serviços para deles usufruírem. [...] os processos de responsabilização das famílias relacionam-se também com as expectativas das equipes de saúde, quando projetam na família o protagonismo no acompanhamento e cuidado do usuário. (MIOTO, 2015, p. 708-709).

Estas considerações nos levam a concluir que vivenciamos um processo de transferência de responsabilidades para a família que vem ocorrendo por intermédio das políticas socioassistenciais que, sob o comando do Estado capitalista neoliberal, utiliza o trabalho familiar, não pago, invisível e majoritariamente feminino, para dividir os custos referentes à provisão do bem-estar social da população.

Sob esse ponto de vista, a Política de Cuidados Paliativos pode ser intermediadora desse processo de desresponsabilização do Estado e transferência de encargos para a família, sociedade civil e mercado. Não podemos perder de vista que a sua regulamentação e implementação ocorre no contexto do capitalismo neoliberal que se apoia no discurso do "Estado Mínimo" e incentiva o processo de refilantropização, privatização e as parcerias público-privada, com isso, reacende com vigor "a ideologia do favor" e o resultado é o "[...] encolhimento dos espaços públicos e o alargamento dos espaços privados, em que a classe dominante faz do Estado o seu instrumento econômico privado por excelência" (IAMAMOTO, 2015, p. 37).

Mas, apesar dos traços conservadores e de sua implementação equivocada, a Política de Cuidados Paliativos não pode ser considerada apenas um

instrumento privilegiado do capital, pois, como toda política social pública, ela responde a um apelo da sociedade que clama por dignidade e qualidade na assistência aos doentes crônicos, que exige atendimento correto por parte dos profissionais de saúde e a participação dos familiares na fase final de vida (SÁ; MOUREIRA, 2015).

O arcabouço teórico da Política de Cuidados Paliativos contempla os princípios da "boa morte", como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e prioridade absoluta ao doente e sua família. Também fortalece a crítica ao exercício profissional fragmentado, a objetificação do doente, além de despertar o interesse pelo tema da morte que é tão negligenciado nas unidades de saúde (MENEZES, 2004).

Portanto, segundo Silva (2008), a Política de Cuidados Paliativos, como qualquer outra política social no capitalismo, comporta contradições, por isso não se deve atribuir um caráter meramente técnico a essa intervenção, já que em seu campo decisório existe a participação de sujeitos políticos que são orientados por diferentes racionalidades e movidos por diferentes interesses, que fazem do seu desenvolvimento um processo contraditório e não-linear.

Essas questões nos motivaram a investigar sobre o posicionamento dos(as) assistentes sociais diante da Política de Cuidados Paliativos, no qual se espera que o profissional tenha capacidade de apreensão crítica da realidade e consiga fazer a mediação entre o universal, o particular e o singular, mesmo diante de condições de trabalho tão adversas e alienantes.

Para isso, buscamos investigar as concepções e os desafios vivenciados pelos assistentes sociais no contexto dos cuidados paliativos. A análise permitiu responder se os assistentes sociais inseridos nos processos de trabalho da Política de Cuidados Paliativos conseguem manter sua capacidade de reflexão crítica e reconhecer o caráter contraditório de sua intervenção e da Política de Cuidados Paliativos.

O estudo foi do tipo qualitativo, de caráter exploratório, que possibilitou um planejamento flexível e contemplou os mais variados aspectos relativos ao objeto em estudo (GIL, 2002) e observou os aspectos éticos para realização da pesquisa com seres humanos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), cujo objetivo é garantir o respeito a todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como a sociedade em geral.

A pesquisa foi organizada com base em dois movimentos, conduzidos de modo simultâneo e associados:

O primeiro tratou da pesquisa bibliográfica e documental que serviu como base para aprofundar as categorias teórico-históricas centrais que fundamentam e referenciam a construção/reconstrução do objeto de estudo, quais sejam: morte, cuidados paliativos, política social, neoliberalismo e Serviço Social.

E, no segundo momento, foi realizada a pesquisa de campo que teve como referência empírica a atuação dos assistentes sociais junto à equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho. Nessa fase, foi possível: a) acessar os registros documentais da instituição e do Serviço Social; b) caracterizar o campo da pesquisa; c) compreender a atuação do Serviço Social junto aos usuários em cuidados paliativos e d) aplicar as entrevistas.

O campo da pesquisa foi o Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho que foi inaugurado em setembro de 2014, está entre os 65 serviços de dor e cuidados paliativos do Brasil catalogados pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, oferece internações e consultas ambulatoriais ao público atendido e possui uma equipe multiprofissional (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014).

O universo da pesquisa contemplou 24 assistentes sociais atuantes junto à equipe especializada de cuidados paliativos, quais sejam: 20 assistentes sociais pertencentes ao quadro fixo e 04 assistentes sociais integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia (especialização *lato sensu*) que estão em processo de capacitação e permanecem na instituição por dois anos, executando suas atividades práticas sob o monitoramento de pelo menos um assistente social pertencente ao quadro fixo. Utilizamos como critérios de exclusão os profissionais em licença médica/maternidade/férias e de não-inclusão os estagiários em Serviço Social.

No período da pesquisa de campo, março a abril de 2021, apenas 18 profissionais estavam em atividade presencial, os demais estavam afastados devido às restrições provocadas pela pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19)[2],

[2] A Covid-19 é uma doença respiratória causada pelo novo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. O termo "pandemia" se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de Covid-19 em vários países e regiões do mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANZIAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

às férias ou licença maternidade. A amostra contemplou 100% destes profissionais, mas alcançamos apenas 66%, ou seja, 12 profissionais. A principal justificativa pela recusa em participar da pesquisa foi a indisponibilidade de tempo, ocasionada pela sobrecarga de trabalho.

Aos participantes da pesquisa, foram aplicadas entrevistas de forma individual, por meio presencial ou eletrônico (ANEXO B). Utilizamos o meio eletrônico para entrevistar os profissionais plantonistas que atuam no período noturno. A entrevista foi conduzida com base em roteiro de perguntas previamente elaboradas. A coleta ocorreu após o consentimento prévio dos sujeitos pesquisados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em concordância com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012) (ANEXO C). Para manter o sigilo da fonte, foi atribuído um código para cada participante da pesquisa: AS1, AS2, AS3, AS4, AS5.... Até AS12, contemplando todos os participantes.

Utilizamos o método materialismo histórico-dialético para análise dos dados obtidos. É um método que permite ir além das aparências, buscar a essência do objeto em estudo, ler e relacionar as dinâmicas do micro espaço à estrutura social, com possibilidade de analisar as relações sociais que se estabelecem no cotidiano e as formas com que os sujeitos interpretam a realidade. Através desse método, é possível caracterizar os sujeitos da pesquisa, expor os determinantes e contradições do problema estudado e apontar as práticas transformadoras da realidade, por esse motivo foi o mais adequado para essa pesquisa (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

A exposição dos resultados da pesquisa foi organizada em três capítulos e apresentados da seguinte forma:

O capítulo um aborda o processo de constituição dos cuidados paliativos nas sociedades capitalistas ocidentais. Inicialmente realizamos uma discussão sobre os determinantes socioculturais e os aspectos contraditórios da morte, destacamos temas contemporâneos pautados em questões éticas, a emergência dos cuidados paliativos na Europa, as lutas sociais na América e a transformação dos cuidados paliativos em estratégia para alcançar a “boa morte”.

O capítulo dois destaca a evolução dos cuidados paliativos no Brasil que, acompanhando o movimento global, conseguiu avançar mesmo em períodos de crises econômicas. Aborda também o processo de constituição da Política de Cuidados

Paliativos no âmbito do SUS que se efetivou sem a participação da sociedade civil e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar como principal tecnologia desta modalidade de atendimento na saúde e destaca a profissão de Serviço Social como integrante das equipes e atuante na área de um modo particular.

No capítulo três foram detalhados os resultados da pesquisa empírica que buscou analisar as concepções e desafios dos assistentes sociais que atuam em serviços de cuidados paliativos, partindo da premissa de que o capitalismo contemporâneo atinge as condições materiais e subjetivas dos diferentes segmentos da classe trabalhadora com rebatimentos em sua formação, na prática interventiva e nos espaços de atuação profissional.

Esperamos que esse trabalho possa contribuir para ampliação do acervo de produções científicas sobre a atuação do(a) assistente social nos cuidados paliativos, área que está em expansão e contempla um número significativo de assistentes sociais. Acreditamos que os resultados aqui expostos possam contribuir para conferir visibilidade ao trabalho dos(as) assistentes sociais nessa importante área de atuação e sirvam como base para fomentar debates sobre os rumos da profissão na atualidade.

2 A MORTE E A RELAÇÃO COM OS CUIDADOS PALIATIVOS

O mundo moderno, a partir do desenvolvimento tecnológico, possibilitou o aumento da expectativa de vida da população e tornou possível, a partir do incremento da indústria farmacêutica e da criação de equipamentos, que auxiliam os seres humanos na realização de funções vitais, um tempo maior de vida ou sobrevida para aquelas pessoas com doenças graves e/ou crônicas.

O avanço tecnológico também proporcionou um relativo controle sobre a morte e despertou nos profissionais de saúde, principalmente nos médicos, um sentimento de poder que se transformou no compromisso de lutar contra a morte, isso pode levar a excessos, incluindo o uso de técnicas abusivas ou fúteis que podem expor os seres humanos a condições de sofrimento (PALACIOS; REGO, 2014). Porém, a decisão de interromper o uso das tecnologias não é fácil, e no âmbito das instituições de saúde, gera tensões e debates entre os envolvidos: o paciente, a família e os profissionais de saúde (KOVÁCS, 2018).

Conforme Palacios e Rego (2014), a morte ainda é vista por muitos profissionais da saúde como resultado do seu fracasso, incapacidade ou incompetência, uma vez que eles foram formados para combatê-la. Assim, a morte, ao invés de ser concebida como um fenômeno natural, é associada a sentimentos de medo, impotência, tristeza, depressão, culpa, fracasso e falha. Além disso, quando ocorrem as perdas, retira-se dos profissionais a possibilidade de elaboração do luto, isso acarreta graves consequências ao estado mental, conforme mencionado:

> Combater a morte pode dar a ideia de força e controle; entretanto, quando ocorrem perdas sem possibilidade de elaboração do luto, não há permissão para expressão da tristeza e da dor, trazendo graves consequências como maior possibilidade de adoecimento. É por isso que a depressão é atualmente uma doença que tem acometido os profissionais da área de saúde. O luto mal-elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma carga excessiva de sofrimento sem possibilidade de que este seja elaborado. Esse mal também está afetando os profissionais de saúde, que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm espaço para cuidar da sua dor, levando ao adoecimento destes. (KOVÁCS, 2005, p. 494).

A busca pelo controle da morte também perpassa pela estratégia de seu ocultamento, visto que na sociedade capitalista, permeada pelo desejo da prosperidade e satisfação, não cabem os efeitos de um processo de enlutamento. Assim, para não interromper a produtividade e o progresso, não se deve pensar e falar

sobre a morte. O morrer torna-se algo impessoal e os mortos são coisificados, encobre-se o fenômeno (MARANHÃO, 2017).

Apesar das tentativas de diminuição dos impactos da morte na vida social e da diminuição da vulnerabilidade do homem a esse evento, a preocupação não diminuiu, pois indiretamente somos levados a pensar sobre a morte pelo volume de informações a que temos acesso e pela crescente responsabilização individual do homem em preservar sua vida, com isso,

> A consequência é, por um lado, que a morte é processada subjetivamente como uma falha técnica ou um acidente e, por outro, como uma espécie de punição por uma vida desregrada. O resultado não deixa de ser paradoxal, pois a preocupação contínua com a preservação da vida, torna a morte ainda mais angustiante. (MATTEDI; PEREIRA, 2007, p. 320).

Gurgel (2007) destaca que no mundo ocidental, desde os romanos, há uma tendência de interdição linguística do termo morte, substituindo-o por outras palavras, como parou de viver, foi-se, faleceu..., na prática, isso se configura como uma maneira disfarçada de negá-la. Questão que se evidencia nos hospitais, instituição social que ao longo das décadas tornou-se o lugar "adequado" para a morte, mas onde pouco se fala sobre a assunto. Assim, a pessoa doente vive a solidão dos seus últimos dias em seu leito de hospital, restrito ao contato de poucos familiares e alheio à sua condição iminente de morte.

> O silêncio ao qual a morte foi lançada chegou, principalmente, ao leito do moribundo. A ele é negado o direito à informação sobre o seu estado de saúde. E, se essa não for uma norma explícita é ao menos uma prática comum, já que os médicos dissimulam o máximo que podem para não ter que informar ao moribundo a gravidade do seu mal. (GURGEL, 2007, p. 68).

A morte torna-se coisa proibida, por isso, passa a ser objeto de controle da ação estatal por meio de mecanismos externos como a "hospitalização" e "expropriação da morte" e mecanismos internos que são os ideológicos. Portanto, permite a inclusão social dos indivíduos, mas às custas do controle social sobre os corpos e pela disseminação de um padrão de dignidade que se assemelha ao "jeito americano de morrer", globalizado, a partir da transmissão do padrão cultural norte-americano nas sociedades ocidentais (GURGEL, 2007).

Apesar de ainda ser um tabu falar sobre a morte, o tema ganhou relevância nos últimos anos no campo da saúde. Para Sá e Moreira (2015), o debate sobre a morte gera várias polêmicas, mas ganhou destaque uma vertente que repudia a ideia de pensar a vida como um simples respirar e defende que seu prolongamento, por meios artificiais, deve ser aplicado somente naqueles casos em que se ofereça algum

benefício ao enfermo, assim, coloca-se em evidência que o direito à vida perpassa pela qualidade e dignidade.

As tecnologias prolongam a vida dos doentes, mas não são capazes de auxiliar no processo de morrer e, a depender das circunstâncias, podem aumentar o sofrimento na fase final da vida. Portanto, em contraposição a esse tipo de prática eminentemente tecnológica e institucionalizada voltada para os doentes sem possibilidade de cura, que se constituiu uma nova modalidade de atendimento em saúde, denominada Projeto *Hospice*[3] ou Cuidados Paliativos cujo objetivo é a "humanização" do processo de morte/morrer. Os ideólogos dessa prática buscam criar uma representação social de morte/morrer, mediada pela construção de uma relação de igualdade entre profissionais de saúde, doentes e familiares (MENEZES, 2004).

Através dos Cuidados Paliativos, busca-se promover transformações sociais relativas à morte e atribuir-lhe um novo significado, e, assim, criar um sistema de valores e representações sociais diferentes do atual. Para Mattedi e Pereira (2007), o modo como a morte é processada socialmente é resultado dos sentidos que os grupos sociais dão à vida que variam conforme as características específicas de cada sociedade, num determinado estágio de desenvolvimento, por isso, é importante analisar processos sociais e históricos para compreender as atitudes e concepções dos homens diante da morte/morrer.

2.1 O processamento social da morte nas sociedades ocidentais: da idade média até os dias atuais

Segundo Menezes (2004), na atualidade há um novo modelo de morte que pode ser nomeado de "pós-moderna, "neo-moderna" ou "contemporânea" que sucede o modelo de "morte moderna" e de "morte tradicional". Tais modelos são diferenciados pelo contexto social, pelas concepções de corpo, morte e luto, pelo sistema de autoridade regente, valores prevalecentes e crenças associadas à morte em cada conjuntura. Um modelo sucede ao outro, em sequência temporal e histórica, estão associados a períodos distintos, mas podem coexistir numa mesma sociedade, em igual momento histórico.

[3] Utilizo o termo *hospice* no original, em inglês, uma vez que não há equivalente em português.

Mattedi e Pereira (2007), baseados nas obras de Philippe Ariès: *O homem diante da morte (1981)* e a *história da morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias (1982)*, apresentam importantes teses sobre a morte no período da idade média à idade moderna, baseadas na cultura, no comportamento e nos aspectos sociais que determinaram o processamento da morte em cinco grandes representações: morte domada, morte de si mesmo, morte longa e próxima, morte do outro e morte invertida.

A morte domada refere-se à imagem da morte na idade média, que, assim como a vida, era um ato coletivo, marcado por uma celebração. Geralmente, estava associada a causas desconhecidas e até mesmo sobrenaturais, e envolvia uma série de cuidados com o corpo morto, por isso, era denominada "domada" (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

Mattedi e Pereira (2007) ainda apontam que a morte de si mesmo marca um período de conversão quando há o deslocamento do sentido coletivo para o individual, em que se desponta a preocupação do indivíduo com a própria morte e com o que se espera depois dela. É um período marcado por penitências e de lucro com essa questão, desenvolve-se um sentimento de apego à vida.

A morte longa e próxima é produto de uma fase significativa de mudanças nos costumes e ideias associadas à racionalidade, o progresso da ciência, a busca do controle da natureza e o enfraquecimento da fé religiosa como fonte de explicação. Tal contexto social provocou questionamentos sobre a possibilidade de vida no corpo morto, que gerava suspeitas quanto à efetiva morte do corpo. Assim, a passagem da morte domada, quando se tinha controle sobre o corpo morto, para a morte longa e próxima gerava angústias e medos, isso explica a mudança no tempo de celebração da morte que foi elevado para quarenta e oito horas (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

Já a morte do outro consiste no medo da morte do outro, geralmente membro da família nuclear com quem há uma ligação afetiva. Assim, a morte torna-se um ato estritamente familiar. Nesta concepção, os ritos cerimoniais são reinventados de forma espontânea para simbolizar a dor dos sobreviventes (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

E a morte invertida traduz a morte do século XX, baseada na racionalidade, retira o indivíduo do seu cotidiano e estabelece um lugar adequado para se morrer que são as organizações especializadas em doenças para impedimento da morte e prolongamento da vida. Assim, Mattedi e Pereira (2007, p. 322) citam que "[...] não permitem muito espaço para a morte atuar de outro modo que não seja de forma

escondida, pelo fato que, nas sociedades modernas, ela se tornou uma ameaça ao bem-estar subjetivo".

O autor Norbert Elias em sua obra *A solidão dos moribundos* de 2001 faz uma análise explicativa sobre o processamento social da morte. Associa o saber sobre a morte ao desenvolvimento social, assim, o divide em dois momentos: o primeiro refere-se às sociedades tradicionais e o segundo, às sociedades modernas (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

As sociedades tradicionais são marcadas por ritos de passagem, a crença no sobrenatural e o caráter mais coletivo das relações sociais. A falta de conhecimentos sobre as causas orgânicas da morte permitiu que os indivíduos dessas sociedades a concebessem como consequências de motivos sobrenaturais (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

A exemplo, temos as sociedades tribais, nas quais relações sociais eram mais importantes que as individuais, por isso são denominadas "sociedades relacionais". A morte não é tratada como um evento isolado, o mundo dos mortos existe e aqueles que se foram são "[...] invocados, chorados, relembrados, homenageados e usados sem cerimônia pela sociedade" (DAMATTA, 1997, p. 99).

Já nas sociedades modernas, evita-se falar sobre o morto, mas se discorre abertamente sobre a morte.

> Falar abertamente da morte define uma atitude moderna e destemida diante da vida, algo que denuncia um questionamento 'científico' e uma postura 'tranquila' e resignada face a um momento que, um dia, se espera, será decifrado como tudo o mais. Discursar sobre os mortos, porém, revela o exato oposto, sendo algo sentimental e mórbido. Algo revelador de uma atitude psicologicamente débil, como se o indivíduo que assim procedesse estivesse de fato se recusando a seguir em frente – para o futuro, que implica novas fronteiras e relações sociais. Esquecer o morto é positivo, lembrar o morto é assumir uma espécie de sociabilidade patológica. (DAMATTA, 1997, p. 99).

Damatta (1997), baseado em Lévi-Strauss (1957), afirma que há relações extremas quando se analisa as características culturais de cada sociedade diante da morte com base no tempo-espaço. São identificadas atitudes radicais como o desprezo total ao morto e a exaltação da morte, o contrário, e diversas posições intermediárias. O autor acredita que as sociedades modernas, que adotam a ideologia individual como princípio básico da vida social, fazem da morte um problema essencial.

Nas sociedades modernas, a morte é tida como uma ameaça ao crescimento produtivo, econômico e ao bem-estar social. Essa atitude do homem

perante a morte tem relação com o desenvolvimento das cidades, com o aumento populacional e com a proliferação de doenças, que fomentaram o surgimento de medidas de controle técnico e especializado. Assim, com base na racionalidade, são desenvolvidas medidas de controle das doenças e epidemias. A saúde e a morte tornam-se objetos de investigação de áreas específicas. Forjam-se novas relações sociais em torno da morte e da vida, nas quais o ocultamento da morte e outros mecanismos psicológicos servem para demarcar o afastamento entre vivos e pessoas que estão morrendo (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

A sociedade moderna, para Mattedi e Pereira (2007), apresenta posições paradoxais sobre a morte, pois, ao mesmo tempo que se afasta da discussão, também demonstra interesse ao acessar, costumeiramente, conteúdos midiáticos sobre o tema. Cada grupo social desenvolve formas para lidar com a morte, carregadas de aspectos culturais, como ritos, hábitos e técnicas, a exemplo, temos as diferentes formas de destino dos corpos, como: embalsamamento, cremação, enterro e até mesmo abandono. Em alguns grupos, a morte é encarada com serenidade, em outros, com inconformismo, dor, punição, redenção; para alguns é o fim, para outros, o começo. A morte e suas formas de processamento são fundamentais no processo de socialização humana.

Há fatores que favorecem esse processo de ocultamento da morte, como o controle de algumas doenças que gerou um sentimento de segurança; o aumento da expectativa de vida associada à adoção de medidas de higiene; a relativa pacificação interna que possibilitou uma morte mais tranquila, resultante de doenças e da velhice; e o alto grau de individualização das sociedades modernas que contribuiu para o isolamento e o sentimento de que se vive só e se morre só (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

A rejeição e o ocultamento da morte se expressam a partir de várias atitudes. A própria família quando opta pelo velório em lugar distinto ao domicílio está se eximindo do papel de trato com os mortos, assumindo a função de expectador. O corpo é enterrado em cerimônias simples e rápidas, quando não incinerado, como uma forma de neutralizar o acontecimento, causando o menor impacto possível na rotina dos vivos. O luto também tem prazo de validade, se não for superado, associa-se à ideia de doença (MARANHÃO, 2017).

O movimento que se observa nas sociedades ocidentais é de maior esvaziamento da experiência da morte, privando os indivíduos do luto, da agonia, da

consciência da morte, impondo à morte um tabu, marginalizando socialmente quem está morrendo. Para Maranhão (2017, p. 142),

> Ela [a morte] já não é mais um destino. O que existe é a sua relação negativa com o sistema de produção, de troca e de consumo de mercadorias, é o estado de não produção, e não consumação. Ao negar a experiência da morte e do morrer, a sociedade realiza a coisificação do homem.

O capitalismo industrial impôs uma nova racionalidade, baseada na prosperidade, na qual prega que não é mais adequado manifestar sofrimento relacionado à morte. "[...] de acordo com a burguesia industrial, deve-se evitar o incômodo e a emoção demasiado forte, insustentável, provocados pela fealdade da agonia e a simples presença da morte em plena vida feliz" (ARIÈS, 1989, p. 56 *apud* GURGEL, 2007, p. 67). Enquanto nas sociedades tradicionais havia um processo de identificação com a morte do outro, na era moderna foi suprimido com a introdução de dispositivos que ocultam a manifestação pública da morte, tornando-a um problema de ordem privada.

Esse movimento da sociedade de negação da morte invade a academia, onde o conteúdo é praticamente suprimido da grade curricular das profissões. Para Takeda (1985, p. 10), "a tendência de negação da morte, pelo próprio sistema social vigente, dá-se pelo fato de que os mortos são elementos improdutivos, não consumistas, de nenhuma valia nessa sociedade industrial e capitalista". Além disso, a questão da morte está cada dia mais ligada ao círculo familiar.

Desde a revolução industrial vivemos um processo de interdição social da morte, no qual não se permite debates, tampouco menção sobre a morte, consolidando o que se denomina de morte interdita que, associada à novas formas de saber – *saber clínico* (Foucault) e a *medicina social* (Illich), favorecem o fortalecimento do sistema capitalista, impondo assim uma nova racionalidade, com destaque para a resignação e a hospitalização (GURGEL, 2007).

Um dos exemplos sobre a morte interdita é quando se omite à pessoa que está morrendo sobre seu real estado de saúde ou quando o próprio doente nega a si esse direito. Daí surge uma espécie de pacto entre os envolvidos na cena da morte em não tratar sobre o assunto. Assim,

> [...] o moribundo é reduzido à condição de incapaz e todos sabem mais a seu respeito do que ele, que deveria saber e decidir. Some-se a isso o fato de que a família, tal como está pensada, não se estrutura para conviver com o moribundo, sendo mais prático mantê-lo afastado ou escondido (BARALDI; PAES DA SILVA, 2000, p. 15 *apud* GURGEL, 2007, p. 75).

A resignação está ligada à uma questão estética da morte, em que não se admite expressar o sofrimento, já que ofende a ideia de prosperidade disseminada pelo capitalismo. Para Illich (1975) e Thompson (2002), a resignação é uma forma de alienação do homem, pois retira a capacidade de viver emoções, de adaptar-se ao mundo, "transformando em animal domesticado e desprovido do alarme da dor, o homem perde a capacidade de autoafirmação e de responder por sua transformação biocultural" (GURGEL, 2007, p. 67).

A expropriação dos sentimentos é mais uma das formas de alienação do sistema capitalista, assim como a falta de autonomia. A medicina e o hospital são estratégias de operacionalização desse processo de alienação. A primeira não permite o desenvolvimento da capacidade de escolha consciente dos indivíduos, pois geralmente não compartilha conhecimentos científicos, alienando os meios de tratamento. Já o hospital, que ao longo dos anos adquiriu status de "instituição social necessária", tornou-se o campo ideal para operacionalização desse processo de alienação, transformando-se em mais uma das estratégias de dominação do capitalismo, como bem exemplificado abaixo:

> Esse duplo movimento de passagem, de asilo dos miseráveis para centro médico e de simples instituição social para instituição social necessária, ocorre, na ótica de Foucault (2006), como um programa do capitalismo para a dominação dos corpos enquanto força de produção: o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Ou, mais precisamente, começa com a privação da morte do moribundo, nas palavras de Ariès (1989), que é a correspondente direta da globalização do 'jeito americano de morrer', ou da mercantilização da morte. (GURGEL, 2007, p. 67).

No Brasil, a morte é processada de um modo particular, fala-se muito mais dos mortos do que da morte, mas isso parece ser uma forma disfarçada de negá-la. A crença é paradoxal, admite-se que as pessoas desapareçam, no entanto, assegura-se uma realidade complementar, prolonga-se a memória do morto e admite-se a possibilidade de contato com o mundo dos vivos. Aqui, os mortos são lembrados em datas comemorativas, aniversários, casamentos, podem fazer contato com os vivos, suplicar por rezas ou fazer revelações. As pessoas que recebem esses contatos são vistas como seres especiais, com poderes invejáveis, além desse mundo (DAMATTA, 1997).

Discorrer sobre os mortos é costume da população brasileira, as conversas sobre o assunto constituem, inclusive, um gênero linguístico de prosa – "conversas de assombração", trata-se de um tema rodeado de mitos, que fazem parte do imaginário

popular. As histórias contadas são inúmeras, nas quais se atribui aos mortos poderes mágicos, como dar presentes aos vivos e pedir rezas. Nessa lógica, os mortos existem numa dimensão que está acima de nós, vigiando as ações dos brasileiros e os julgando sob o ponto de vista da moralidade. Damata (1997, p. 113-114) afirma que:

> Tudo isso nos permite entender o uso do morto pelos vivos na nossa sociedade. Seu papel, homólogo ao do "outro mundo", seria, entre outras coisas, o de permitir a conciliação da rede de relações pessoais em torno de sua figura morta e de sua memória. Os mortos imediatamente se transformam na nossa sociedade, passando a ser pessoas exemplares e orientadoras de posições e relações sociais.

Na tradição brasileira, as famosas “almas penadas” são consequência de uma vida terrena egoísta que leva o falecido a ficar preso a alguma pessoa, emoção, objeto ou propriedade, isto é, constitui um exemplo clássico do julgamento moral exercido pela sociedade. Ademais, temos obrigação para com os mortos, devemos cuidar dos seus túmulos e ossos, “[...] provendo para que não se percam ou se destruam, e naturalmente fiquem sempre unidos e em família”, sem falar do costume dos enterros caríssimos, como se tivesse que ofertar o melhor ao morto, ou aquilo que nunca ele tivera em vida (DAMATTA, 1997, p. 107).

Há uma chamada *demanda relacional* no Brasil, abstraída da tese de Damata (1997) sobre as sociedades relacionais. Tal demanda diz respeito a comportamentos exigidos e construídos pelas relações sociais, portanto, é a relação que exige, não o indivíduo que deseja. Agrega-se a isso o predomínio de valores católicos e a crescente influência do protestantismo calvinista que configuram um cenário altamente dividido e segmentado, incluindo atitudes e comportamentos distintos diante da morte. O universo brasileiro é representado por um nível de complexidade social elevado.

Sem falar dos impactos da globalização que impulsionou o chamado *the american way of death*, conceito cunhado por Mitford (1963) que faz uma analogia ao *the american way of life*, ambos tratam da influência da cultura norte-americana no mundo ocidental, incluindo o Brasil. O *the american way of death* criou uma estética da morte baseada em valores ocidentais e capitalistas, tais como: “beleza, subjetividade, arte, glamour, liberdade” que transformou a morte num “duplo objeto de consumo: material e simbólico, para o moribundo e para os vivos” (GURGEL, 2007, p. 65-66).

Além dos Estados Unidos da América (EUA), a Inglaterra, que exerce influência no mundo ocidental, também transformou a morte em mercadoria, mas, ao

contrário da cultura norte-americana, o objetivo é fazer desaparecer o corpo com “decência” através da incineração e evitar se falar sobre o assunto que se constitui um tabu (GURGEL, 2007).

Além dessas questões, as sociedades contemporâneas também são marcadas pela dispersão da morte através de uma rede de relações heterogêneas, que a desloca para a esfera privada, provocando uma separação da experiência. Tal rede é constituída pelo menos por cinco atores sociais predominantes: a família, a religião, o Estado, o mercado e a ciência, cada ator possui um conceito próprio sobre a morte e se articulam constituindo uma rede (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

O ator família, segundo Mattedi e Pereia (2007), compreende parentes e amigos próximos que entendem a morte como uma perda, é mobilizado pelo sentimento de comoção. O ator religião é composto pela igreja e sacerdotes que entendem a morte sob princípios religiosos e espirituais e atribuem sentidos a esses momentos de perda. O ator estado processa a morte pelo viés burocrático, mantém a ordem, define e executa os processos legais. O ator mercado é constituído por uma rede formada por funerárias, floriculturas, cemitérios etc., onde a morte significa lucro e é processada através da mercantilização. O ator tecno-científico é constituído pela rede de hospitais, clínicas, medicina, indústrias farmacêuticas etc., onde a morte é concebida como falha técnica, portanto, busca-se evitar a morte biológica.

A mediação de cada um desses atores contribui para o ocultamento da morte. O modo como cada ator processa a morte é resultado de sua função na rede que não é estática e atua de forma justaposta para simplificar procedimentos. A depender dos interesses, um mesmo ator pode ser traduzido de forma positiva e/ou negativa. Assim, o significado social da morte é reduzido a procedimentos operacionais (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

Nessa linha, o ator sociotécnico atesta a morte e faz os investimentos necessários para impedi-la; o ator mercado prepara o corpo e o sepultamento; o ator Estado garante a ordem sob o ponto de vista da moralidade e propriedade; o ator religião dá sentido à existência; e, assim, libera-se o ator família para dar conta das questões afetivas, como apontam Mattedi e Pereira (2007).

Os limites de intervenção dessa rede tendem a variar, seguindo a escala tempo-espaço. Assim, quanto mais regredimos historicamente no tempo e mais nos afastamos dos centros urbanos, menos essa rede se constitui especializada tecnicamente. Portanto, o morrer não é igual socialmente, e quanto mais densa a rede,

menos público torna-se o morrer. “Isto é, a densidade da rede não se estende homogeneamente para todos os indivíduos, mas contrai-se em função de sua condição social” (MATTEDI; PEREIRA, 2007, p. 328).

A rede tornou-se necessária diante da complexidade do mundo contemporâneo e da fragmentação da vida social, assim,

> [...] é somente pela intermediação do amparo espiritual, das garantias legais, do apoio logístico e da certeza técnica que se efetua o processamento da morte na sociedade moderna. Suprimindo-se uma ou mais esferas, a morte se aproxima e se torna muito difícil de ser suportada individualmente. O processamento da morte de um pai de família de classe média alta exige a mediação de uma rede muito densa; por exemplo, o simples cancelamento do fornecimento de seu plano de saúde, regulado pelo *ator-estado* e fornecido por um *ator-mercado*, pode desamparar toda família e dificultar o processamento da morte, fazendo com que a presença da morte permaneça durante um período muito mais amplo que o luto ritual. Inversamente, a morte de um indigente recebe intervenção somente do *ator-estado* e do *ator tecno-científico*, o que torna o processamento da morte menos problemático, na medida em que a negociação de seu significado é muito mais simples e direta. Portanto, quanto mais nossas identidades estiverem ancoradas socialmente, mais abrangente se torna o espaço de negociação social do morrer. (MATTEDI; PEREIRA, 2007, p. 329).

A intervenção de instituições especializadas (hospitais, igrejas, cemitérios etc.) e atores sociais (médicos, padres, coveiros etc.) constituem uma forma de processar a morte com o objetivo de torná-la menos disruptiva da rotina cotidiana. Esse tipo de intervenção sistemática oculta a morte, segrega a experiência do morrer que se consolida como algo heterogêneo que depende da densidade da rede, que, por sua vez, é condicionada pela quantidade de atores que a morte consegue mobilizar (MATTEDI; PEREIRA, 2007). Ao resolver o problema da morte através desta rede, convertemo-no numa questão individual, assim, deixa de ser um problema social e passa a ser um estilo de vida.

Menezes (2004) afirma que no modelo de morte contemporânea, o hospital com seus saberes e profissionais ocupam um lugar central, quase naturalizado na prestação de serviços direcionados à saúde, à doença e à morte. Foram desenvolvidas tecnologias e uma prática médica padronizada e técnica, que tornaram possível um certo prolongamento da vida, através do uso de reanimação, alimentação e respiração artificial. Tais estratégias são passíveis de discussões éticas e revelam situações limites, incapazes de serem administradas apenas sob o ponto de vista médico.

A proposta dos Cuidados Paliativos insere-se nesse contexto, na discussão ética relativa ao final de vida que envolve profissionais de saúde, saberes e instituições

e que busca provocar mudanças na atitude dos homens perante a morte/morrer (MENEZES, 2004).

Assim, fica evidenciado que a morte não é apenas um fenômeno natural, limitado à dimensão física[4], é também uma construção social. Deste modo, o seu significado não deve se esgotar em sua dimensão natural/biológica, já que comporta uma dimensão social que na sociedade capitalista ocorre como um acontecimento estratificado condicionado pelas classes sociais (MARANHÃO, 2017).

No próximo item, buscaremos ampliar o olhar sobre a morte a partir dos aspectos contraditórios da sociedade capitalista, dos debates atuais relacionados ao tema e das lutas sociais em torno da morte que foram redirecionadas em seus propósitos. Atualmente, não se reivindica apenas um terreno para o sepultamento, outras necessidades foram criadas, contemplando aspectos culturais, como: a obrigação de um atendimento digno e humanizado e maior aparato do Estado na fase final da vida. Questiona-se também as condutas profissionais, a gestão racional dos leitos das Unidades de Tratamentos Intensivos (UTIs) e os Cuidados Paliativos que vêm sendo colocados para a sociedade como o padrão ideal de assistência aos que estão morrendo (GURGEL, 2007).

2.2 A morte e seus aspectos contraditórios

No mundo capitalista, caracterizado pela desigualdade social e pela divisão de classes, o processo de morte/morrer adquire formas e sentidos diferenciados a depender da posição social dos indivíduos. Gurgel (2007, p. 64) afirma que "[...] todos os homens morrem, no entanto, a duração da vida e as modalidades do fim são diferentes segundo as classes sociais as quais o morto pertença", conforme explanado abaixo:

> [...] nas sociedades capitalistas tipicamente marcadas pelas desigualdades sociais, o processo morte/morrer não pode ser pensado indistintamente. As divisões sociais não diminuem com e nem após a morte. Pelo menos para os vivos, as formas como enterram e mantêm viva a memória dos mortos, é uma extensão das desigualdades sociais que os acompanharam em vida. Os cemitérios, desde que se criou o hábito de identificar os sepulcros, passaram

[4] Segundo Gurgel (2007, p. 61-62), atualmente, a forma mais difundida de compreensão da morte está relacionada à dimensão física, "assim, morre-se quando cessam definitiva e irreversivelmente as funções encefálicas", parâmetro definido na *Declaração de Harvard,* adotada por vários países, incluindo o Brasil.

> a significar referência de status social. Nas sociedades capitalistas, essa referência é a de classe social. (GURGEL, 2007, p. 72).

Segundo Maranhão (2017), a dimensão classista da morte pode ser apreendida através de dados científicos que comprovam, por exemplo, que a expectativa de vida do trabalhador é menor do que a do patrão; que a taxa de mortalidade infantil é maior entre as crianças pertencentes às famílias mais pobres; que existem mortes decorrentes das condições precárias de vida; que os trabalhadores mais bem remunerados vivem mais do que os com menor renda. São diferenças que persistem mesmo após a morte quando se constata que há uma parcela da população que não possui sequer um lugar para ser enterrado.

Portanto, podemos relacionar as disparidades no acesso à renda e a outros bens e serviços com as diferenças na expectativa de vida entre a população menos privilegiada e a população mais favorecida. Até mesmo em lugares como a Inglaterra e os EUA, onde o nível de desigualdade social é menor, observa-se uma taxa de mortalidade infantil muito maior entre as famílias com menor renda e escolaridade. Essa relação confirma a importância dos fatores socioeconômicos quando se trata de avaliar as causas da morte (MARANHÃO, 2017).

Em países em desenvolvimento, as diferenças são maiores ainda, e o Brasil se sobressai nessa questão, dada a elevada concentração de renda e a dependência ao capital internacional que classificam o país como um dos lugares de maior injustiça social do mundo. A população convive com elevada taxa de desemprego, fome e suas consequências (desnutrição, inanição, loucura, debilidade mental, cegueira, pouca energia física), altas taxas de mortalidade infantil, círculo vicioso da pobreza, péssimas condições de higiene e moradia, serviços de saneamento básico precário e baixos níveis de educação. Na visão de Maranhão (2017, p. 229), “o sistema capitalista não permite que se efetive a igualdade dos homens perante a morte, impede que a maioria possa ter uma morte natural, pois interrompe sua vida antes da hora”.

E essas diferenças não se encerram nem depois da morte, basta olhar para os cemitérios, onde se reserva os melhores lugares aos indivíduos de maior posse, além dos cortejos fúnebres luxuosos, enquanto aos indivíduos de menor poder aquisitivo ou sem nenhuma posse, muitas vezes é negado até o local para o sepultamento, “[...] pois assim como o solo urbano, o solo cemiterial é bastante

dispendioso e igualmente sujeito a especulações, o que não permite desperdícios de espaço" (MARANHÃO, 2017, p. 289).

Gurgel (2008), ao associar a morte à questão social no Brasil, assume que há uma relação orgânica entre as formas como se morre e a organização política das sociedades contemporâneas, cuja mediação é feita por instituições sociais que desenvolvem uma forma específica de prestar assistência aos que estão morrendo/mortos, associada aos interesses do capitalismo por meio da indústria da morte.

Assim, as formas como se morre são consequências da dominação capitalista que reduz a complexidade humana a um padrão mecânico de vida. Funciona como um modo de controle sobre os corpos humanos por intermédio da ação direta do Estado que implanta políticas expropriadoras e reforça as necessidades por proteção na hora da morte (GURGEL, 2008).

O modelo atual de assistência envolve um conjunto de atores, conforme explicitado no item anterior, que são motivados, sobretudo, por questões políticas, tais decisões envolvem as necessidades dos doentes, dos familiares, e principalmente da indústria da morte que busca lucrar com a administração das perdas. O Estado é o mediador dos conflitos entre as ofertas e as demandas e sua ação ou omissão é determinante para que a morte se torne um problema sociopolítico (GURGEL, 2008).

Conceber a morte como expressão da questão social, segundo Gurgel (2008), contempla múltiplos sentidos, dentre estes, está o modo como se morre, que, sob a lógica capitalista, é realizado de forma estatizada e privada, onde a assistência é transformada em mercadoria. Portanto, a intervenção do Estado se transforma em estratégia política para controle das formas como se morre e das políticas de assistência que funcionam como um dispositivo de poder cuja vertente atual é transformar direitos sociais em mercadoria e os cidadãos em meros consumidores.

Logo a morte como expressão da questão social tem uma conotação de classe social e disputas políticas. Questão social entendida como ingresso da classe operária no cenário político, a manifestação dos aspectos contraditórios da sociedade capitalista que precisam ser enfrentados e as exigências por intervenções estatais, através de políticas públicas que ultrapassem a lógica da caridade e repressão. Portanto, a morte como expressão da questão social difere da "morte social" que está associada diretamente à perda de papeis ao longo da trajetória de vida (GURGEL, 2008).

No Brasil, os primeiros movimentos sociais em prol dos trabalhadores se ocuparam em denunciar a desigualdade social que se expressava através da morte. Lutava-se por um mínimo de dignidade. Requisitavam do Estado proteção nessa fase da vida, como exemplo, temos as *Sociedades de Ajuda Mútua e as Ligas Camponesas* que buscavam garantir o provimento de necessidades básicas em caso de infortúnios e garantir o acesso a um local para o sepultamento. Atualmente, as lutas sociais em torno da morte/morrer englobam, além de um local para o sepultamento, a garantia de direitos humanos, tornando essa questão muito mais complexa e dinâmica (GURGEL, 2007).

Apesar do acesso aos direitos sociais básicos não ser efetivado, conforme está assegurado na Constituição Federal do Brasil de 1988, houve o redirecionamento das lutas sociais em torno da morte que atualmente estão concentradas em questões que envolvem valores, como: respeito, autonomia, qualidade e dignidade no processo de morte. Os debates abordam as formas alternativas de morte/morrer, tais sejam: ortotanásia, distanásia, eutanásia, suicídio assistido, desospitalização, morte interdita, morte no ambiente domiciliar, medicalização da vida, gestão dos recursos disponíveis para as pessoas na condição de terminalidade e cuidados paliativos.

São temas que em certa medida se entrelaçam, mas possuem condutas específicas, por isso não se confundem. Logo abaixo, abordaremos de forma resumida cada um deles, para se ter maior clareza da complexidade dos debates atuais em torno da morte.

A ortotanásia é considerada um procedimento ético que se baseia no princípio da beneficência e da dignidade humana, respeita a hora da morte e admite procedimentos voltados para o controle da dor e dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Pode ser ofertada em serviços de cuidados paliativos, com o objetivo de garantir qualidade de vida e não seu prolongamento a qualquer custo (KOVÁCS, 2018).

Ela é permitida e incentivada no Brasil. O Conselho Federal de Medicina (CFM) se manifestou favorável a esse tipo de medida através da resolução nº 1.805/2006 que permite “ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) apoia essa discussão, pois justifica que no Brasil

existe a cultura da UTI, sustentada pela institucionalização do processo morte-morrer dentro dos hospitais (GURGEL, 2008, p. 270).

Já a distanásia corresponde a uma série de procedimentos voltados para atender basicamente as necessidades fisiológicas dos indivíduos, sem preocupação com o conforto. Em algumas situações pode ser comparada à tortura, tudo isso em prol da interrupção do processo de morte. Kovács (2018, p. 27) reforça que "a distanásia ainda não é crime, mas constitui sério obstáculo para se morrer com dignidade, pois provoca dor, sofrimento, humilhação, exposição, tratamentos invasivos e perda da liberdade". Somam-se a isso os vultuosos gastos financeiros com processos distanásicos, enquanto esses pacientes poderiam ser atendidos em programas de cuidados paliativos a um custo bem menor.

Em relação à eutanásia, palavra de origem grega (*eu-thanásia*) que significa "morte feliz" ou "boa morte", no século XVI, era um procedimento recomendado aos médicos com objetivo de ajudar o doente desenganado a ter uma morte tranquila, sem sofrimento. Atualmente, significa a ação de acelerar ou provocar a morte de um doente, sem perspectiva de cura, a pedido dele ou de terceiros, com objetivo de pôr fim a sofrimentos intoleráveis. Há dois tipos: positiva e negativa, conforme exposto:

> Costuma-se proceder à distinção entre eutanásia positiva e eutanásia negativa. Por eutanásia positiva ou ativa compreende-se a ação direta que provoca a morte do paciente mediante algum recurso letal. Por eutanásia negativa ou passiva entende-se a decisão de omitir ou interromper os cuidados médicos (medicamentos, aparelhos...) que provavelmente prolongariam a vida do enfermo. (MARANHÃO, 2017, p. 41).

A eutanásia somente pode ser empregada em situações que irão conduzir os indivíduos inevitavelmente à morte dentro de um espaço de tempo previsto, dessa forma não pode ser confundido com situações semelhantes, como, por exemplo: o suicídio ou práticas associadas à eugenia. A eutanásia é bastante polêmica, engloba visões distintas sobre a vida e a morte e sofre os impactos dos valores religiosos e morais (MARANHÃO, 2017).

Em países onde essa prática é regulamentada, argumenta-se que viver é um direito, não uma obrigação e que a ação constitui o direito à morte digna, já que busca evitar a dor, o sofrimento e o temor da solidão daqueles pacientes sem expectativa de tratamento ou cura. Mas existem outras interpretações, a exemplo do Brasil, que justificam sua ilicitude por considerar que o direito à vida é inviolável e que

o juramento médico é contrário a qualquer ação de fornecimentos de meios para interrupção da vida (ROCHA, 2014).

O suicídio assistido é uma situação próxima à eutanásia, uma vez que as duas modalidades têm pontos convergentes, ambas são direcionadas a pessoas com doenças incuráveis, em estado terminal ou não, que buscam pôr fim ao sofrimento através da própria morte. A diferença é que, na eutanásia, um terceiro age e, desta ação, resulta diretamente a morte, enquanto no suicídio assistido, a morte não decorre diretamente da ação de terceiros, é consequência da ação do próprio paciente sob orientação, auxílio ou apenas observação de um terceiro (ROCHA, 2014).

Em alguns países, segundo Rocha (2014), onde o suicídio assistido é considerado um ato lícito, já se observa a instauração de uma indústria especializada na prestação deste tipo de serviço. Nos EUA, em alguns de seus estados, há pagamento financeiro de pacientes terminais, que, após a aprovação do médico psiquiatra, demonstrem desejo em participar de programa de suicídio assistido. Com a verba obtida, o governo financia as despesas hospitalares.

A morte interdita, explorada no início desse capítulo, tem relação direta com os aspectos ideológicos da sociedade capitalista, como: os valores da família burguesa, a resignação do próprio doente, a obstinação terapêutica, o afastamento intelectual com o tema da morte/morrer, o desenvolvimento industrial e a extinção do *nuncius mortis*[5] (GURGEL, 2007).

Em relação ao *nuncius mortis*, ao longo da história, os profissionais de saúde, com destaque para os médicos, foram situados para realizar esse papel, ou seja, serem os comunicadores da morte, mas por fatores como a inabilidade de lidar com a morte e com a comunicação de notícias difíceis, não conseguem ocupar esse lugar, gerando um vazio de informações ao doente em fase terminal de vida (GURGEL, 2007).

Outro ponto importante no debate sobre a morte é a obstinação terapêutica, quando o profissional insiste em métodos e/ou recursos tecnológicos para prolongar a vida a qualquer custo, implicando, muitas vezes, em ações que ofendem a dignidade do outro. Reafirmando a tentativa da sociedade em desviar o foco da morte, como se

---

[5] Segundo Gurgel (2007), *nuncius mortis* era um tipo de função de sacerdotes da igreja cristã, no final da idade média, a quem competia anunciar a morte. Esse anúncio daria tempo para a pessoa que estava morrendo realizar seus rituais e preparar sua despedida, o que incluía atividades físicas, econômicas, políticas, sociais, culturais e, especialmente, religiosas.

fosse possível pular essa etapa da vida. Tal conduta está mais ligada a concepções filosóficas e religiosas do que às decisões éticas, legais e econômicas (LUNA, 2005 *apud* GURGEL, 2007).

A desospitalização aparece como uma crítica à longa hospitalização, principalmente, naqueles casos em que as pessoas não estão sujeitas a tratamentos curativos e estão em fase final de vida. Geralmente, a desospitalização é apresentada à sociedade como uma necessidade da família que tem sua rotina alterada e sua capacidade de manutenção afetada com a longa hospitalização, mas também é a alternativa adotada pelos sistemas de saúde para administrarem os problemas causados pela elevada demanda e baixa capacidade de oferta dos serviços.

Para Maranhão (2017), no âmbito hospitalar, quando se opta pelo prolongamento da vida a qualquer custo, pode significar ao enfermo um final de vida mais penoso que o vivido em casa, além de proporcionar o afastamento dos amigos e familiares que se tornam meros visitantes, tolerados em certos horários. Enquanto a equipe de saúde não supre as necessidades dos usuários, pois a estrutura da instituição hospitalar não permite a criação de vínculos pessoais e a maioria dos profissionais não se sentem preparados para lidar emocionalmente com pessoas com poucas chances de vida, sua atuação fica restrita às tarefas técnicas.

Maranhão (2017) destaca que, na sociedade capitalista, a existência dos que estão morrendo e dos mortos tem que ser negada, camuflada, desfigurada, pois estes não produzem, não consomem, não acumulam, não respondem aos apelos, não se incomodam com o progresso, com o tempo, nem com o dinheiro, portanto, não há lugar para eles na sociedade capitalista e esse processo de rejeição ocorreria até mesmo no ambiente hospitalar, quando há o abandono do enfermo incurável e quando se busca anular o acontecimento da morte no local.

Mas a morte também pode ser importante para o capitalismo, quando é apropriada pelo sistema como um elemento intermediário das relações de consumo. Para Pimentel (2015), os indivíduos são influenciados a consumirem sua morte, metaforicamente falando, antes mesmo que ela se apresente, como é o caso da compra de planos funerários. A morte sempre existiu, mas as mercadorias a ela associadas foram criadas à medida que a sociedade foi se desenvolvendo e outras representações e maneiras de lidar com a morte foram sendo historicamente cultivadas.

O capital se apropriou dos objetos funerários, transformando-os em “necessários” e o capital se apropria apenas do que é rentável. Portanto, caixões, urnas para cremação, velas, castiçais, mortalhas, entre outros, transformaram-se em mercadorias que aparecem sob a forma de produtos e serviços “extremamente necessários” para o funeral, mas o seu valor de uso é apenas um atrativo para sua comercialização (PIMENTEL, 2015).

Segundo Ariès (2010), os primeiros empresários da morte surgiram no século XIX, quando antigos carpinteiros, coveiros e proprietários de carroças e de cavalos fizeram da manipulação dos mortos uma profissão. Mas foi nos EUA, em meados do século XIX, que a morte passou a ser vista com um grande potencial de lucro. Neste país, onde o capitalismo atingiu a etapa superior do consumismo, são comuns as diversas manifestações exóticas, como festas grandiosas, que geram a ilusão de que o morto é o anfitrião e os indivíduos presentes nas cerimônias são os convidados.

No modo de “morrer ao estilo americano” cabe até a venda de caixões em rede de supermercados varejistas. A ação ocorre nos EUA por meio de uma rede de supermercados com filiais em vários países e, caso a iniciativa seja bem aceita pelo público local, há planos de expansão. Inicialmente, isso gerou estranheza e tornou-se notícia até em jornais, mas é o prenúncio da construção de novas relações sociais em torno da morte e consolidação do discurso da morte como mercadoria (PIMENTEL, 2015).

No Brasil, o padrão norte-americano começa a ser importado a partir da década de 1970 quando surgem os grupos empresariais atuantes no mercado da morte. São verdadeiros complexos empresariais que compreendem: funerárias, floricultura, cemitérios, plano assistencial, seguro de vida, central de velórios, crematórios etc. (PIMENTEL, 2015). Portanto, para a classe dos capitalistas, a morte pode ser uma das estratégias de ampliação da riqueza.

Essa pesquisa identificou poucas produções científicas que tratam da morte como mercadoria, mas consideramos importante destacá-la, visto ser fundamental para apreender os aspectos contraditórios da morte na sociedade capitalista, e, assim, alcançar todas as dimensões constitutivas do objeto da pesquisa. Na seção seguinte, vamos destacar e avançar na discussão sobre a relação dos cuidados paliativos com os princípios da “boa morte”.

2.3 O discurso da “boa morte” e a emergência dos cuidados paliativos

Para Kovács (2018, p. 24), “o grande medo na atualidade é o prolongamento do processo de morrer com sofrimento, perda de autonomia e dependência nas atividades diárias”, por isso a morte mais desejada passa a ser aquela que ocorra sem dor, sem sofrimento, com tratamento digno e humanizado e preserve a autonomia, bem diferente do processo de morte no século 21, transformado pela tecnologia numa jornada longa e sofrida.

Em relação à morte, nos últimos cinquenta anos ocorreu uma verdadeira ruptura histórica, conservam-se alguns traços que lembram os antigos costumes, porém o sentido original foi esvaziando, assim, “a morte, tão presente, tão doméstica no passado, vai se tornando vergonhosa e objeto de interdição” (MARANHÃO, 2017, p. 43) e alvo de intervenções especializadas operadas por profissionais que organizam o significado moderno do morrer. A partir disso, a experiência emocional é transferida para a esfera privada, mais precisamente ao círculo familiar e de amigos, que contribui para o processo de “ocultamento da morte” com objetivo de redução dos impactos na rotina da vida diária (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

Pesquisas pioneiras realizadas nas décadas de 1960 e 1970 se debruçaram a investigar sobre as práticas cotidianas em hospitais e as relações entre profissionais de saúde e doentes. Foi constatado que a proximidade da morte era a preocupação central dos que atendiam doentes em fase terminal; que predominava o ocultamento da verdade; que não eram oportunizados espaços para a escuta das demandas emocionais dos pacientes e que as equipes de saúde tratavam os doentes terminais como cadáveres. Nos ambientes de UTIs, onde a morte é monitorada, controlada e o uso das tecnologias são capazes de prolongar a vida e alterar profundamente o processo de morrer, essas questões se intensificam (MENEZES, 2004).

Para Kovács (2018), a assistência à saúde nos hospitais é impessoal, mecânica, asséptica, favorece o excesso de poder médico e, também, o processo de despersonalização, desumanização, assujeitamento e objetificação dos internados, em especial, os que estão sem perspectiva de cura. Portanto, é um tipo de assistência que não possibilita a autonomia dos doentes, e o diálogo entre usuários e profissionais é restrito, algumas vezes impossibilitado, devido à rigidez de normas e procedimentos locais.

Estas questões foram alvo de críticas e fomentaram lutas sociais em prol de melhorias na assistência aos enfermos e mudanças no modelo de morte atual. As críticas abrangiam temas, como: a destituição da autonomia do doente, o silenciamento em torno da morte, a anulação social dos enfermos, a intensa medicalização e o poder abusivo do médico. Tais reclames fundamentaram o discurso da "boa morte" concebida como aquela que contempla o direito de morrer, bem ao modo de quem está morrendo (MENEZES, 2004).

Menezes (2004) destaca que não existe um modelo universal de "boa morte", pois cada indivíduo a constrói a partir de seu ponto de vista, conforme seus valores pessoais e familiares e não se pretende criar padrões, pois isso afetaria a autonomia e a singularidade das pessoas, assim, o que existe são parâmetros e adoção de princípios éticos para nortear a ação dos profissionais.

Alguns parâmetros para condução da "boa morte", são: a valorização da biografia dos enfermos, o doente como verdadeiro protagonista dos cuidados, a comunicação honesta sobre a doença, a garantia da escolha pelo tratamento, empatia e condutas não-autoritárias e não-paternalistas por parte dos profissionais (FLORIANI; SCHRAM, 2010).

Para Kovács (2018), a "boa morte" passa pelo respeito, escolha consciente e comunicação eficaz e honesta. Admite, inclusive, a possibilidade de recusa aos tratamentos convencionais que não deve ser entendida como desconfiança ou ataque pessoal aos profissionais, mas como uma alternativa plausível. A não relevância da decisão do paciente pode inferir a uma conduta antiética, incompatível com a "boa morte".

Alguns autores classificam a morte no ambiente domiciliar como "boa morte", mas isso é relativo, pois num contexto de desigualdade social que limita o acesso a recursos materiais que são indispensáveis para o conforto e manutenção, pode ser melhor associada à "morte obscena" ou "morte abandonada" caracterizada por privações. Portanto, não é possível fechar a equação "morte domiciliar" como "boa morte, assim como não é possível relacionar diretamente a "morte hospitalizada" com a "morte interdita" (GURGEL, 2007).

As críticas ao modelo de morte atual, os movimentos pelos direitos civis nos EUA que questionavam o excesso de poder médico e falta de autonomia dos doentes e o Movimento *Hospice* que reivindicava mudanças técnicas na assistência à saúde dos doentes em fase terminal, foram determinantes para a constituição dos

serviços especializados em cuidados paliativos que, por sua vez, incorporaram o discurso da “boa morte”.

O Movimento *Hospice* surgiu na década de 1960 e teve como precursora Cicely Saunders, cujo grande feito foi a criação da primeira instituição especializada na Europa – o *St. Christopher’s Hospice* que se transformou em modelo de assistência, ensino e pesquisa em cuidados a pacientes terminais e suas famílias (MENEZES, 2004). Tal movimento encontrou as condições propícias para sua formação na Inglaterra, país que possui larga experiência em ofertar algum tipo de assistência às pessoas fora das possibilidades terapêuticas de cura.

Foi na Inglaterra do século XVIII que surgiram as primeiras instituições que preservam alguma similaridade com os serviços de cuidados paliativos atuais. Instituições que emergiram em um período de desprestígio da Igreja perante a sociedade que vivenciava o advento da modernidade e questionava a visão de mundo cristã apoiada em mitos e na religião. Portanto, as práticas tinham vinculação direta com instituições religiosas ligadas tanto ao catolicismo quanto ao protestantismo (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

No século XIX, essas instituições passaram a ter características de hospitais – *os hospices* (hospedaria, em português) que abrigavam doentes, moribundos, famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. Os *hospices* tinham como objetivo o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura e continuavam sob o comando de instituições religiosas (FLORIANI; SCHRAMM, 2010). Portanto, os *hospices* foram apresentados inicialmente para a sociedade como alternativa para aquelas pessoas que não podem ser cuidadas no próprio domicílio, em razão das condições sociais ou pelo agravamento da doença (MENEZES, 2004).

Somente no terço final do século XIX estes locais foram adquirindo conotação de espaços especializados no atendimento a pessoas que estavam morrendo, ou seja, que estavam na condição de terminalidade, pertencentes às camadas mais pobres da população, já que as mais abastadas poderiam receber cuidados no próprio domicílio. Assim, conforme Floriani (2009, p. 81), “o atendimento era voltado para uma classe social mais desfavorecida e na maioria das vezes sem outra opção de acolhimento – os pobres”.

O *St. Christopher’s Hospice* tem como principal fonte de custeio recursos advindos de doações financeiras e sua força de trabalho é composta majoritariamente

por voluntários. Os donativos possibilitaram sua construção e manutenção, possibilitando progressos mesmo em período de crise econômica. A referida instituição cumpriu sua função social, pois influenciou a criação de outras instituições similares. Atualmente, suas fontes para custeio são doações financeiras e recursos públicos advindos do sistema de saúde público inglês (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

A proposta de trabalho implementada neste local foi sistematizada por Cicely Saunders que realizou importantes pesquisas sobre os pacientes terminais, reforçou a importância do alívio da dor, do atendimento domiciliar, do acompanhamento às situações de luto e do atendimento integral aos pacientes através de várias especialidades. Cicely Saunders é considerada a precursora dos cuidados paliativos por sua contribuição em relação à consolidação de uma proposta de trabalho que "busca minorar o máximo possível a dor e demais sintomas dos doentes e, simultaneamente, possibilitar maior autonomia e independência dos mesmos" (MENEZES, 2004, p. 36). A seguir descreve-se a proposta básica dos cuidados paliativos, segundo o autor:

> Basicamente, a proposta dos profissionais de Cuidados Paliativos consiste em assistir o moribundo até seus últimos momentos, buscando minimizar tanto quanto possível seu desconforto e dar suporte emocional e espiritual a seus familiares. O ideal é que o indivíduo que está morrendo tenha controle do processo de morte, realizando escolhas a partir das informações sobre as técnicas médicas e espirituais que considerar adequadas. (MENEZES, 2004, p. 36).

Na década de 1980, *os hospices* ingleses foram alvo de críticas pela população que questionava sua capacidade de atendimento diante de uma demanda sempre crescente. O cenário era de oferta limitada diante do aumento do número de idosos e de pessoas com doenças crônico-degenerativas, além das mudanças na configuração das famílias e no desenvolvimento de várias especialidades médicas. Tal conjuntura contribuiu para incorporação dos *hospices ao* sistema de saúde público inglês, mas não de forma integral (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Os movimentos sociais na Inglaterra foram decisivos no processo de desenvolvimento dos cuidados paliativos, conforme exposto:

> Os movimentos de protesto contra o abandono dos moribundos pelo sistema de saúde inglês foram se expandindo e, em 1985, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda. A Inglaterra foi o primeiro país a reconhecer, em 1987, a Medicina Paliativa como especialidade médica. (MENEZES, 2004, p. 54).

Na américa, o primeiro *hospice* foi criado nos EUA em 1974. Foi construído como resposta ao abuso do poder médico e como uma alternativa de serviço não

centralizado nesse profissional. Para Menezes (2004, p. 54), esse “movimento inicial pelos cuidados paliativos foi principalmente anti-médico”. O trabalho nos *hospices* norte-americanos era basicamente realizado por voluntários, enfermeiros e com pouco envolvimento dos médicos.

A articulação com os movimentos sociais da década de 1960, com destaque para os movimentos em prol dos direitos civis e o Movimento *New Age* (ou Nova Era), foram determinantes para a implantação dos cuidados paliativos nos serviços de saúde norte-americanos. Os movimentos pelos direitos civis lutavam pela autonomia do paciente e por transformações na relação médico-paciente. Já o *New Age* tinha um viés anti-tecnológico, apoiava comunidades alternativas, aglutinava várias religiões e a sacralização da natureza, com ênfase na espiritualidade e na singularidade humana (MENEZES, 2004).

Com a força dos movimentos sociais, os cuidados paliativos avançaram rapidamente nos EUA, visto que na década de 1970 não existiam programas e nos anos 1990 já somavam mais de 2.000. Segundo Menezes (2004), esse processo também é atribuído às mudanças na forma de consumo da população pautadas num estilo de vida mais saudável e no crescente interesse da academia pelo tema que rapidamente foi difundido entre os profissionais de saúde e ampliado para outros espaços sociais.

Portanto, a construção dos Cuidados Paliativos nos EUA é pautada na conjugação de características destes movimentos sociais, com ênfase nos direitos civis, na luta pela autonomia, manutenção da identidade pessoal e uma melhor qualidade de vida. E a morte passa a ser compreendida como um processo pleno de sentidos e como etapa final de uma jornada individual (MENEZES, 2004).

O Canadá também tem uma contribuição histórica, pois foi onde surgiu a primeira unidade de cuidados paliativos incorporada a um hospital, por iniciativa do cirurgião canadense Balfor Mount que também foi o primeiro a utilizar a expressão *palliative care* que passou a denominar a disciplina voltada aos cuidados de doentes no final de vida (MENEZES, 2004).

A França também trouxe contribuição importante para a área, em 1991 reconheceu a assistência paliativa como um dos objetivos dos hospitais e um direito do doente. Já na América Latina, a Argentina foi a precursora e tornou-se um centro formador de profissionais de saúde nesta especialidade (MENEZES, 2004).

Mas, apesar de ser uma proposta a *priori* positiva, que busca efetivar direitos humanos básicos, existem muitas barreiras para sua efetivação. Para Kovács (2018), a principal dificuldade é superar a hegemonia do paradigma curativo que enfraquece a disseminação dos cuidados paliativos e consequentemente diminui o interesse da sociedade. Existem também questões culturais que geram conflitos entre os profissionais, os interesses econômicos diversos, as dificuldades para o acesso aos analgésicos e a insegurança técnica dos profissionais que acabam por negar os cuidados paliativos ou os ofertam tardiamente.

Os Cuidados Paliativos, por sua vez, questionam a eficácia do paradigma curativo no atendimento a pessoas em fase terminal de vida e apoiam o paradigma do cuidado. O primeiro está relacionado ao tratamento curativo, à cultura da obstinação terapêutica, que gera um profissional vulnerável psicologicamente, visto que o seu principal propósito que é evitar a morte não está totalmente sob seu controle, mesmo dispondo de uma série de recursos tecnológicos. Já o paradigma do cuidado está relacionado à busca do bem-estar, alívio da dor, garantia do conforto e valoriza a comunicação entre profissional e usuário, portanto, apresenta diretrizes congruentes com a proposta dos cuidados paliativos e com os parâmetros da “boa morte” (GURGEL, 2007).

Zoboli (2004) aponta que o paradigma do cuidado traz à tona discussões de temas transversais, como a ética do cuidado de base feminina que associa historicamente e socialmente o cuidado ao gênero feminino, como se fosse uma virtude da mulher. Neste sentido, contrapõe-se à ética de base feminista que denuncia a desigualdade de gênero, visto que a mulher assume essa tarefa por imposição da sociedade.

Os cuidados paliativos também contemplam o debate sobre o desligamento de aparelhos, interrupção dos esforços de reanimação e adoção de protocolos específicos para decretar a morte, as quais são medidas que estão sendo incorporadas à rotina dos hospitais. As decisões continuam concentradas na figura do médico, mas a complexidade das situações expõe as vulnerabilidades desses profissionais e reafirma a necessidade de uma equipe multidisciplinar (MENEZES, 2004).

Entre as décadas de 1980 e 2000 surgiram várias organizações empenhadas na difusão dos cuidados paliativos no mundo, dentre estas destaca-se a *Latin American Association of Palliative Care* na América Latina. Atualmente há

registros da existência de cuidados paliativos em 115 países e 41 estão aptos à sua implantação. Os EUA possuem a maior rede de cuidados paliativos em domicílio do mundo, mas ainda possui dificuldades para inserção nos sistemas de saúde oficiais (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

A OMS incentiva a implantação de cuidados paliativos através da criação de centros especializados, principalmente em locais que possuem elevado número de pessoas em situação de pobreza, para isso, criou protocolos específicos com o objetivo de apoiar os países interessados. Justifica que é uma alternativa viável para superar o problema do abandono de pacientes sem possibilidades de cura e a má qualidade na assistência. Além de ser uma estratégia para enfrentamento dos desafios do envelhecimento e da prevalência de doenças crônicas na população mundial (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Desde a década de 1970, os serviços de cuidados paliativos apresentam um crescimento significativo na área da saúde, incluindo os períodos de crises econômicas e vem se autoafirmando como uma estratégia necessária para melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas sem perspectiva de cura. Na seção seguinte, iremos analisar os cuidados paliativos a partir de seu processo de constituição no Brasil, considerando que esse tipo de intervenção adquiriu relevância em âmbito nacional, conquistando espaço no sistema de saúde público brasileiro. Acreditamos que os cuidados paliativos, assim como outros debates em torno da morte, envolvem não somente questões técnicas, mas também éticas, religiosas e políticas.

3 A CONSTITUIÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

No contexto brasileiro, os cuidados a pacientes terminais surgiram fortemente ligados às instituições asilares de caráter filantrópico mantidas por doações, serviço voluntário e direcionada para pacientes cancerosos em estágio terminal. Segundo Floriani e Schramm (2010), não há registros seguros dos primeiros locais que acolhiam esse público, o que há de evidência remete ao Asilo da Penha que foi criado em 1944, por iniciativa do então diretor do Instituto Nacional de cancerologia – o médico Mário Kroeff. Tal asilo compartilhava do mesmo objetivo dos *hospices* britânicos que era atender os pacientes em fase terminal de vida, já que não havia interesse dos hospitais tradicionais nesse público.

Com empenho de Mário Kroeff, foi fundada em 1939 a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos (ABAC), presidida por Darcy Vargas, que era a primeira-dama do Brasil na época. A instituição tinha como objetivo arrecadar recursos provenientes de doações, legados e subvenções das três esferas de governo. Os recursos foram destinados ao Asilo da Penha para prestar assistência material, médica e moral aos pacientes provenientes do Centro de Cancerologia. A ABAC continua sendo mantida por doações de empresas e pessoas físicas e ampliou seu escopo de atuação para o campo curativo oncológico através da criação e manutenção de um hospital anexo ao Asilo da Penha (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

No Brasil, de 1940 a 1980, não houve grande avanço no que se refere à ampliação do quantitativo de serviços de cuidados paliativos, mas, decorrido esse período, foram criados vários serviços, incentivados pelo aporte de recursos públicos para o financiamento, a maioria concentrado no eixo sul-sudeste, e foi a área da oncologia, com empenho do Instituto Nacional de Cancerologia, a que apresentou maior progresso na criação. Os serviços de oncologia também clamavam pelo estabelecimento de uma área específica na Medicina que pudesse contemplar os pacientes com câncer em estágio terminal, por isso a Medicina Paliativa sempre esteve tão ligada à área oncológica (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Na trajetória dos cuidados paliativos no país também é marcante a presença do trabalho voluntário. O primeiro nessa linha foi o Programa de Atendimento ao Paciente Fora das Possibilidades Terapêuticas do INCA do Rio de Janeiro-RJ que, em 1989, devido à elevada demanda, foi transformado em Serviço de

Suporte Terapêutico Oncológico (STO), assim, passou a contar com uma equipe voluntária multiprofissional e a ser mantido através de recursos provenientes de uma entidade filantrópica criada para essa finalidade. Somente em 1991 foi instituído um serviço que além de voluntários contemplava profissionais contratados – o Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer I (MENEZES, 2004).

Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCA), e, em 1998, o Projeto Expande (Expansão da Assistência Oncológica) do Ministério da Saúde do Brasil que contemplou o treinamento de profissionais de saúde nesta área. Também nesse ano, foi construído o primeiro hospital destinado exclusivamente para atendimento deste público (atualmente Hospital do Câncer IV do INCA-RJ) que se tornou referência nacional em ensino e treinamento profissional. Em 1997 foi criada a ABCA e, em 1998, o Projeto Expande. Segundo dados da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, em 2001, já existiam mais de 30 serviços, a maioria ligados à oncologia, nas modalidades ambulatorial, domiciliar e hospitalar (MENEZES, 2004).

Os anos 2000 foram muito importantes para os cuidados paliativos, período em que buscou se propagar em âmbito nacional, criar uma base técnico-científica, instituir cursos e congressos e abrir enfermarias em hospitais. Em 2005 houve a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) por um grupo de médicos cujo objetivo é divulgar e capacitar profissionais para atuar na prática paliativa. Em 2009, os cuidados paliativos foram reconhecidos como um princípio do Código de Ética Médica, e, em 2010, foi oficializado como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

De acordo com esse breve histórico, os serviços de cuidados paliativos no Brasil seguiram uma curva crescente. As primeiras experiências surgiram como programas ou serviços restritos à área oncológica, posteriormente foi reconhecido como uma especialidade médica e hoje avança como uma política pública no âmbito do SUS brasileiro que deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional em todos os níveis de complexidade do SUS (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

A trajetória no Brasil pode ser relacionada à mundial, visto que durante o percurso foram marcantes a prática de filantropia e voluntariado. Somente a partir da década de 1980, influenciado pelas lutas sociais protagonizadas por: estudantes, professores universitários, trabalhadores da saúde, partidos políticos e o Centro

Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), cujo objetivo eram as melhorias na área da saúde e o fortalecimento do setor público, é que houve a incorporação de demandas da sociedade pelo poder público, incluindo os cuidados paliativos que começam a fazer parte da agenda governamental (GOMES, 2014). No item a seguir iremos detalhar o processo de incorporação dos cuidados paliativos à saúde pública brasileira.

3.1 Os cuidados paliativos no contexto da política de saúde do Brasil

A expansão dos serviços de cuidados paliativos no Brasil ocorreu com mais intensidade em meio às lutas populares da década de 1980 que almejavam a transformação da sociedade brasileira, a partir da restauração da democracia e dos aparelhos democráticos do Estado, assim, várias demandas, incluindo a saúde como direito universal, foram absorvidas pelo poder público.

É importante ressaltar que a conjuntura da década de 1980 era de intensa mobilização social, assim, o momento era favorável para que demandas da sociedade fossem reconhecidas como questão social e tivessem a devida atenção do poder público, com possibilidade de inclusão na agenda do governo. Sobre o cenário político da época, Coutinho (1999, p. 55) afirma que o "Estado começou a se ampliar, atores sociais diversos passam a apresentar diferentes demandas e a lutar por interesses diversos".

Nesse período de efervescência política, a sociedade clamava pelo reconhecimento da saúde como direito de cidadania, responsabilidade do Estado e a participação do setor privado somente em caráter complementar e subordinado. Tais questões compuseram a base de reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária que foi iniciado em meados década de 1970, fortalecido nos anos 1980 e se apoiava num plano denominado Projeto da Reforma Sanitária, cuja principal reivindicação era "assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde" (BRAVO, 2011, p. 14).

O Projeto da Reforma Sanitária compreendia uma agenda de reformas que foi amplamente debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde com a participação de "[...] cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados" (GOMES, 2104, p. 25). O documento final além de propor a implantação do SUS, previa também a

criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária que teve como atribuição defender as propostas do relatório na Assembleia Constituinte de 1988. As propostas foram decisivas para a elaboração do capítulo referente à saúde na Constituição Federal do Brasil de 1988 que em seu artigo 196 estabeleceu a saúde, como:

> [...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, [2020], não paginado).

A nova concepção de saúde prevista na Constituição Federal elaborou as bases para a

> [...] democratização do acesso; a universalização das ações; descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços, com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a, p. 19).

O Projeto da Reforma Sanitária teve como horizonte a transformação da sociedade na perspectiva da emancipação humana por ter sido construída sob influência da teoria marxista (principal referência teórica para o projeto, mas não a única). Portanto, a saúde avançou de um patamar de medidas técnicas para uma dimensão política estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2011).

Podemos concluir que a conjuntura política, associada a fatores que alteraram o perfil epidemiológico da população, como: o aumento de pessoas com doenças crônicas (câncer, *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS), hipertensão e diabetes), o crescimento de doenças associadas ao envelhecimento e às comorbidades relativas às condições de vida, especialmente em países pobres como o Brasil, foram determinantes para reestruturação do campo da saúde e para inclusão de novas modalidades de atendimento, incluindo os cuidados paliativos, na saúde pública brasileira (MENDES; VASCONCELOS, 2015).

A opção pelo Projeto da Reforma Sanitária no texto constitucional somente foi possível devido ao uso adequado de três instrumentos de luta: “a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes e a mobilização da sociedade em torno do projeto constitucional” (BRAVO, 2011, p. 115). Mas, apesar da intensa mobilização da sociedade, a adesão formal ao referido projeto não eliminou o outro modelo de saúde vigente no país – o Privatista. Este é defendido por grupos

empresariais, principalmente os vinculados a hospitais privados e indústrias farmacêuticas.

Desde sua aprovação, o Projeto da Reforma Sanitária é questionado quanto à sua viabilidade econômica, justificado pelo aprofundamento da crise financeira e pelo aumento da dívida externa da década de 1980, com isso, sua efetivação seria inviabilizada (BRAVO; PEREIRA, 2002).

E como alternativa para superação da crise, o governo brasileiro iniciou na década de 1990 o processo de contrarreforma do Estado sob influência do neoliberalismo. A contrarreforma se apresenta como um processo que, ao contrário da reforma, tem por objetivo a redução dos direitos sociais e o enfraquecimento das reformas democráticas (BRAVO, 2011). Esse processo afetou principalmente as políticas sociais, conforme enunciado abaixo:

> A partir dos anos 1990 vivemos um processo de desmonte de parte do aparato do Estado e de restrição das políticas sociais, que passam a ser organizadas sob a lógica do capital financeiro. O processo de contrarreforma do Estado vem acompanhado de uma série de privatizações do setor público estratégico. Além disso, uma das principais consequências da financeirização para as políticas sociais tem sido a captura do fundo público para alimentação direta do capital que porta juros, no qual o papel da dívida pública tem sido central. (SILVA, 2011, p. 12).

A partir dos anos 1990, o desmonte do aparato do Estado e as restrições das políticas sociais se intensificaram e passaram a ser organizados sob a lógica do capital financeiro. Tal processo veio acompanhado de uma série de privatizações no setor público estratégico e o fundo público foi direcionado para alimentação do capital, no qual o papel da dívida pública tem sido central. Assim, o fundo público passou a ser elemento de disputas entre os trabalhadores e o capital.

Conforme Silva (2011, p. 13):

> Existe assim uma tensão na disputa pelo fundo público na qual a classe trabalhadora luta pelo financiamento de suas necessidades e o capital busca sua reprodução por meio de subsídios e participação no mercado financeiro (com a dívida pública, por exemplo). Pela sua força hegemônica e pela correlação de forças desfavorável que vivenciamos, o capital tem conseguido cada vez mais se apropriar do fundo público e com maior força a partir da entrada do projeto neoliberal no cenário nacional.

A dívida pública tornou-se o principal instrumento de dominação dos países ricos em relação aos periféricos que desde a crise da década de 1970 seguem a lógica de privilegiar o capital financeiro em detrimento das políticas sociais. Este ato encontrou legalidade na aprovação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) de

2000, em que é possível a retirada de 20%[6] dos recursos da Seguridade Social, aqueles destinados à previdência social, saúde e assistência social. “A DRU transfere os recursos do orçamento da Seguridade Social para o orçamento fiscal com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública”. Na prática, isso “[...]significa a transferência de recursos antes destinados à classe trabalhadora para o pagamento de juros da dívida, alimentando o mundo das finanças” (SILVA, 2011, p. 12).

Além da DRU, há também outros mecanismos para remuneração do capital financeiro, entre eles, a “[...] privatização via financeirização por dentro do Estado” (SILVA, 2011, p. 13) que ocorre pela ampliação da participação da iniciativa privada via planos privados de saúde e por meio da entrega de atividades administradas e financiadas pelo Estado para organizações sociais.

Para Silva (2011, p. 13), a financeirização atinge os recursos destinados à reprodução social da classe trabalhadora e as políticas sociais tornam-se alvo prioritário de mudanças e ajustes, tanto nos países centrais do capitalismo, como nos países periféricos, a exemplo do Brasil. Nesse contexto, o papel do Estado torna-se fundamental tanto para garantir as condições de acumulação e valorização do capital, quanto para a superação das crises.

Sobre as mudanças no campo das políticas sociais, Iamamoto (2015, p. 43) reforça que:

> A retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social manifesta-se na compreensão das verbas orçamentárias e no deterioramento da prestação de serviços sociais públicos. Vem implicando uma transferência, para a sociedade civil, de parcela das iniciativas para o atendimento das sequelas da questão social, o que gera significativas alterações no mercado de trabalho profissional.

Em suma, vivemos um processo de desfinanciamento ou subfinanciamento das políticas sociais no Brasil que vêm se consolidando desde a década de 1980 e inviabiliza a manutenção de um sistema de proteção social amplo, conforme prevê a Constituição Brasileira de 1988. Assim, as políticas sociais não encontram as condições necessárias para sua implementação, também não conseguem apoiar-se nas bases do pleno emprego, na universalização dos serviços e tampouco constituir

---

[6] Em 2016, a partir de iniciativa do, então, Presidente da República Michel Temer, esse percentual passou de 20% para 30% até o ano de 2023. A medida também atingiu Estados e Municípios (CALGARO; GARCIA, 2016).

uma rede de proteção social capaz de alcançar setores majoritários situados na pobreza (OSTERNE, 2014).

Nesse contexto de disputa entre o Projeto Privatista e o da Reforma Sanitária, emerge um terceiro – o "SUS possível", que resgata traços conservadores na implementação das políticas de saúde e desqualifica o trabalho profissional. São os princípios universalizantes e redistributivos da proteção social em confronto com os valores do mercado. Nessa lógica, o Estado oferece o mínimo aos que não podem pagar e o setor privado contempla os que podem acessar o mercado (CASTRO, 2018).

Há também o apelo à redução dos custos dos serviços através da racionalização dos recursos e o uso das chamadas tecnologias leves, disseminadas como "eficazes" e "eficientes" a baixo custo. "A cultura da qualidade" também é inaugurada no setor de bens e serviços a partir da década de 1990, afinada com a política neoliberal, com a contrarreforma do Estado, "modernização" do país e recomendações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (DRUCK, 2000 *apud* CASTRO, 2018).

Essas mudanças passam a exigir um novo perfil de trabalhadores submetidos à lógica do mercado. Assim, vive-se um processo de "[...] flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, produtos, padrões de consumo, contratos de trabalho, salários, direitos trabalhistas e sociais, e o trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado". Além de um trabalhador polivalente, com o máximo de aproveitamento no tempo de produção, horizontalização do processo produtivo e a terceirização. Tais mudanças também sofrem influência direta do modelo japonês ou toyotismo implementado no Brasil a partir da década de 1980 e com mais intensidade na década de 1990 (CASTRO, 2018, p. 20).

> Terá destaque nesse campo de mudanças a apropriação de novas formas de controle do trabalho, através de um processo que visa à adaptação do comportamento do trabalhador aos novos métodos de produção, à obtenção de consensos e à adesão às metas de qualidade e produtividade. (CESAR, 1999 *apud* CASTRO 2018, p. 22).

O que se observa é a transferência de responsabilidades para o trabalhador, encarregado pela elaboração e controle da qualidade da produção, para isso, são utilizadas estratégias de exploração, na medida em que os trabalhadores são responsabilizados pela elevação dos índices de produtividade e qualidade dos serviços. Esse movimento que ocorre no seio das políticas sociais é baseado em teorias pós-modernas e afetam a personalidade, motivação e comportamento humano

(HARVEY, 2007 *apud* CASTRO, 2018). Portanto, vivenciamos um processo de ataque à subjetividade do trabalhador, com o objetivo maior de evitar que as crises sociais ameacem o sistema.

É neste cenário de mudanças estruturais e de disputas pela riqueza socialmente produzida que os serviços de cuidados paliativos adquiriram status de política pública a ser implementada conforme os princípios e diretrizes do SUS. Mas, ao contrário da Política Pública de Saúde que foi uma resposta às reivindicações da sociedade, a Política de Cuidados Paliativos é uma resposta aos apelos de instituições governamentais e não-governamentais ligadas diretamente à área. A ANCP ilustrou esse processo através de um comunicado oficial, conforme destacado abaixo:

> Neste sentido, trabalhamos em conjunto com o Ministério da Saúde (entidade que representa a Federação), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, entidade que representa os Estados), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, que representa os Municípios), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e com dezenas de profissionais e instituições que são lideranças nacionais e internacionais em Cuidados Paliativos, buscando a construção e estabelecimento desta política pública oficial. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018, p. 12).

A ANCP, entidade não-governamental composta majoritariamente por médicos, atribuiu a si, a outras instituições congêneres e ao próprio Ministério da Saúde do Brasil, o êxito pela regulamentação dessa Política. Nesse processo, a participação de usuários não foi citada. A ausência de movimentos sociais ou outras organizações da sociedade civil representativas dos usuários pode ser uma tentativa de transparecer que as motivações foram estritamente técnicas.

Segundo Silva (2013, p. 98), quando um processo é assumido somente por administradores de políticas públicas e burocratas, há uma tendência de as discussões serem pautadas em questões relacionadas à eficácia e à eficiência da política, pois são "[...] orientados por uma racionalidade baseada em procedimentos, na aplicação de normas e na competência legal que se expressam pela lógica legal.

Essas questões são importantes porque incidem na racionalidade das políticas, ou seja, no direcionamento social pautado por um viés ideológico, político e econômico que irá afetar o processo de decisões e não-decisões. No caso particular do Brasil, em que a população historicamente tem uma postura menos participativa e geralmente delega aos governantes as escolhas, as políticas sociais podem servir como mero instrumento privilegiado de dominação.

Uma política pública do Estado burguês tem sua lógica funcional atrelada ao poder dominante, portanto, em regra, obedece e favorece o funcionamento do sistema capitalista, para isso, utiliza estratégias que prezam pelo consenso para o controle efetivo da sociedade. Sobre isso, Netto (2011, p. 30) afirma que:

> Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da 'questão social' de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes.

É inequívoco o peso que as políticas sociais possuem no sentido de assegurar as condições adequadas ao desenvolvimento do sistema capitalista. Portanto, o Estado, capturado por esse sistema, atua por via das políticas sociais, como o grande mediador dos interesses conflitantes da sociedade, ou seja, responde a algumas necessidades imediatas dos trabalhadores e adquire respaldo junto a eles, mas obedece a determinados limites para não pôr em risco a ordem burguesa (NETTO, 2011).

Mas não se pode atribuir a uma política pública apenas um tipo específico de racionalidade, já que os sujeitos que a constroem e implementam suas ações são "[...] orientados por diferentes racionalidades e movidos por diferentes interesses, fazendo do desenvolvimento das políticas públicas um processo contraditório e não linear" (SILVA, 2013, p. 98) e que fica bem mais visível na fase da execução. Essas considerações reafirmam o caráter histórico, dinâmico e contraditório das políticas sociais.

Outro detalhe importante é que as políticas sociais estão além da perspectiva de políticas governamentais, uma vez que outros agentes podem implementá-las. Contudo, a relação entre as políticas sociais e as instituições governamentais é muito íntima e, em regra, uma política não se transforma em política pública antes que seja adotada, implementada e cumprida por alguma instituição governamental (OSTERNE, 2014).

Para Osterne (2014, p. 49), "[...] as instituições governamentais emprestam às políticas públicas três características distintas, ou seja, legitimidade; universalidade, poder e coerção (somente os governos podem legitimamente conter os violadores de suas políticas) ". Dessa forma, mesmo não se constituindo como um agente exclusivo na sua formulação, implementação e avaliação, o Estado torna-se indispensável no processo de organização e instrumentalização das políticas públicas.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018) acredita que a regulamentação da Política Nacional de Cuidados Paliativos pode alterar o panorama atual dos serviços que apresentam um crescimento lento, recursos financeiros escassos e falta de critérios científicos para aferir sua qualidade. A ANCP, desde 2005, busca sensibilizar gestores públicos e privados para investirem na criação de serviços de cuidados paliativos, numa tentativa de incutir a cultura dos cuidados paliativos na sociedade brasileira. Processo que também é incentivado por organismos internacionais que apoiam a ampliação em países subdesenvolvidos.

Mas, como foi destacado anteriormente, a instituição e implementação da Política de Cuidados Paliativos ocorre no contexto do estado capitalista neoliberal que busca redirecionar as funções do Estado, para que deixe de ser o principal provedor do bem-estar social e transfira essa responsabilidade para o mercado e para a família.

Segundo Menezes (2004), nos serviços de cuidados paliativos, a família passa a fazer parte da equipe, devendo incorporar os valores centrais dessa proposta de trabalho e assumir a corresponsabilidade dos cuidados, deve apreender novos comportamentos face à doença e ao doente. Um processo que compreende a formação de duas novas identidades: a do paciente, transformado em “fora das possibilidades terapêuticas” e a do familiar que se transforma em “cuidador” (ou trabalhador), membro da equipe de cuidados paliativos, porém, sem remuneração.

Para os defensores desse modo de operar a política, isso é necessário para evitar o abandono desses pacientes pelos familiares e profissionais, seria a antítese da “morte social” que ocorre quando os profissionais de saúde e familiares tratam os doentes como se já estivessem mortos. Mas também significa a responsabilização da família que por vezes assume essa tarefa, sem condições objetivas e subjetivas para isso, assim, é pressionada a recorrer à rede de apoio familiar e/ou comunitária. Nessa lógica, a Política de Cuidados Paliativos funciona como uma estratégia de desresponsabilização do Estado e transferência das ações voltadas ao bem-estar social para a família e a sociedade civil.

Assim, a sociedade civil transforma-se em agente do bem-estar social, responsável pelo desenvolvimento de ações solidárias, voluntárias e filantrópicas, dessa forma, sua participação, no cenário das políticas sociais, não ocorre na direção do controle social na gestão e implementação das políticas sociais. Registra-se ainda o incentivo ao serviço voluntário não remunerado e não profissional na área social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Esse movimento também é evidenciado na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS que, apesar de ser fruto de uma pauta progressista, vem se materializando através de seus objetivos mais implícitos, como: a transferência de responsabilidades estatais para a sociedade civil, a efetivação do viés mercadológico por dentro das políticas públicas e a responsabilização dos trabalhadores e usuários pela crise na saúde. Assim, vem se consolidando como mais uma das estratégias de enfrentamento da crise estrutural do capital (CASTRO, 2018).

A PNH foi construída sob influência de princípios teóricos e ideológicos decorrentes das transformações que o capital sofreu a partir da década de 1970 e da sua crise estrutural, assim, surgiram novas estratégias de conformação do trabalho que se apresentam através de uma faceta mais humanizada do capital. O debate é centrado na questão da qualidade dos serviços, enquanto os princípios contraditórios da política e a lógica privatista não são problematizados, conforme indicado:

> [...] a PNH não é problematizada nos seus limites, no que concerne à precarização das condições e relações de trabalho, fragmentação do trabalho entre as equipes de saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, entre outros – que tem interferências diretas nos programas/políticas de humanização na saúde. Essa problematização é importante, uma vez que as propostas de humanização são realizadas em um quadro, principalmente nos governos dos presidentes Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2014), em que a política de saúde se afirma como fonte de investimento e lucratividade para o capital, acompanhando os ditames dos organismos internacionais que indicam a sua inserção em âmbito privado, a adequação da política ao ajuste fiscal e a construção de um discurso centrado no combate à pobreza. (CASTRO, 2018, p. 10).

Para conduzir esse processo de ajustes na Política Nacional de Saúde, a PNH vem contribuindo através da efetivação de estratégias que afetam, principalmente, a dimensão subjetiva do trabalhador, tais como: a gestão compartilhada e participativa, o trabalho em equipe, a responsabilização do trabalhador, a construção e novos modelos de gestão, a racionalização da oferta, a descentralização de responsabilidades, programas de “valorização” do trabalhador, ambiência, defesa dos direitos dos usuários, redes e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos (CASTRO, 2018).

A fundamentação teórica que sustenta a PNH é baseada em narrativas pós-modernas que são caracterizadas pelo a-historicismo, superficialidade, exaltação da imagem, aparência, esfacelamento do social e na crítica à teoria social de Karl Marx e ao positivismo de August Comte. O debate teórico que norteia a PNH está centrado na micropolítica do trabalho e no cuidado em saúde. Assim, temáticas como: “cuidado, cuidador, autocuidado, promoção da saúde, concepção da saúde,

representação e discriminação positiva começam a surgir no campo da saúde coletiva" (CASTRO, 2018, p. 8).

Portanto, é pertinente relacionar as bases ideológicas e materiais que estruturam a Política de Cuidados Paliativos com as bases da Política Nacional de Humanização do SUS, ambas construídas sob o padrão do capitalismo neoliberal, que invocam o direito à saúde, mas restringem o acesso; que atendem às necessidades imediatas dos trabalhadores, mas sob um viés paternalista; que formam consumidores, não cidadãos; que resgatam valores caritativos e religiosos, com ênfase nas relações interpessoais, consolidando a lógica do favor e o conformismo religioso, e desarticulam a política das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

Também são tensionadas pelas mudanças ocasionadas pela contrarreforma do Estado, pelas críticas ao modelo da reforma sanitária, pelo avanço do projeto privatista e de mercado, pelo incentivo aos mecanismos de gestão empresarial, pelo reforço à responsabilização dos trabalhadores e usuários e pelo processo de psicologização das relações sociais e do processo saúde-doença (CASTRO, 2018).

Em relação aos trabalhadores, é um segmento que merece atenção especial, devido a todo contexto de precarização a que estão submetidos e que não é objeto de problematização pela PNH e nem pela Política de Cuidados Paliativos. Elas exaltam a figura do trabalhador, mas no sentido de responsabilizá-lo pela operacionalização e pelos resultados.

A saúde pública brasileira destaca a importância do trabalho interdisciplinar a partir da atuação de uma equipe multiprofissional, justificado pela necessidade de prestar uma assistência ampliada que englobe todas as dimensões da vida dos indivíduos, ou seja, os aspectos sociais, psicológicos, biológicos e espirituais.

Dessa forma, cabe aos trabalhadores atuarem sobre os problemas relacionados à fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais, à falta ou precária interação entre as equipes, à dificuldade de lidar com a dimensão subjetiva, ao desrespeito aos direitos dos usuários e a outras questões que contribuem para a debilidade da política (CASTRO, 2018). Os cuidados paliativos incluem em seu campo de exigências, a necessidade de trabalhadores com habilidades para trabalhar em equipe sob os parâmetros da interdisciplinaridade para atingir o nível de complexidade do tratamento paliativo (PESSINI, 2004).

Segundo Hermes e Lamarca (2013, p. 2578), os cuidados paliativos

> [...] devem reunir as habilidades de uma equipe interdisciplinar para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, pela dor, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares.

Portanto, a efetivação de um trabalho em equipe é essencial para a materialidade dos cuidados paliativos, por isso, iremos abordar esse tema na seção seguinte.

3.2 O trabalho em saúde e os cuidados paliativos

O trabalho na área da saúde, incluindo a subárea cuidados paliativos, organiza-se de modo coletivo, em que a figura do médico é central, está no topo da hierarquia, enquanto as outras categorias profissionais complementam suas ações, sem que haja uma relação horizontal, portanto, existe um trabalho multiprofissional que almeja ser interdisciplinar, mas as possibilidades de concretização ainda são embrionárias.

A estrutura da política de saúde reforça o modelo médico-hegemônico e privilegia ações curativas e individuais, secundariza ações de prevenção e atenção integral à saúde dos usuários e, com isso, reforça a centralidade no médico e sua função de “poder” na condução das atividades hospitalares, fortalecendo o modelo médico-hegemônico que direciona a política de saúde no Brasil (MATOS, 2015).

O modelo médico-hegemônico foi reatualizado pelo projeto neoliberal. Tal modelo atribui papel de destaque ao médico, assim o processo saúde-doença é entendido como ausência de doença e a assistência à saúde é privada, ou seja, é movida por interesses particulares mesmo no ambiente público. Com base nesse modelo, exalta-se a figura do médico, desqualificam-se as profissões que consideram o conceito ampliado de saúde e a integralidade das ações, acarretando implicações à implementação do SUS (MATOS, 2017).

Portanto, alcançar o trabalho interdisciplinar no campo da saúde é um grande desafio, devido ser uma área na qual predominam ações fragmentadas e desarticuladas. Segundo Gomes (2016, p.5),

> Partindo do princípio de que o mercado contemporâneo demanda o trabalho interdisciplinar, a formação de equipes interdisciplinares constitui-se um desafio, dada a historicidade da especialização do trabalho e suas consequências na formação profissional e ideológica do trabalhador.

Para resolver esse problema, estudos sugerem mudanças no processo de formação, a partir de maior aproximação das disciplinas/áreas de conhecimentos para igualar saberes e construir uma relação horizontal entre os profissionais, e, assim, diminuir as lacunas existentes no trabalho em equipe. Mas essa via de explicação e também de resolução é simples, superficial e insuficiente para responder a um problema tão complexo, pois desconsidera os processos históricos de criação das especializações na sociedade capitalista.

Na dinâmica social imposta pelo capitalismo monopolista, o trabalho em saúde adquiriu uma faceta moderna, sendo exercido por profissionais detentores de conhecimento científico, assalariados ou autônomos. O trabalho tornou-se uma prática exercida por profissionais de saúde cujas competências são oriundas da compartimentalização/especialização do ato de cuidar (SOUZA; MENDONÇA, 2017).

Portanto, as regras para construção do saber foram determinadas pelo modo de produção capitalista que produziu um saber fragmentado e desumanizador cujo objetivo é responder às necessidades de expansão do capital, para isso, apropria-se de diversas práxis particulares, submetendo-as à lógica mercantil. Essa força expansionista do capital reduziu a complexidade do ser social, uma vez que todas as atividades humanas assumem a forma de trabalho assalariado, abstrato e alienado. Assim, tanto o saber envolvido no trabalho quanto as relações estabelecidas em sua construção coletiva são contidos pela objetividade alienante do capital que demanda pela adoção de espaços e práticas que sejam condizentes à sua valorização (SOUZA; MENDONÇA, 2017).

René Descartes (1637), idealizador do pensamento moderno, formulou as bases para a produção do saber que são: a razão, a decomposição e a redução do objeto às suas partes mais simples. Esse modelo de produção do saber foi denominado cartesiano, este se mostrou bastante adequado no trato de objetos simples e proporcionou uma simbiose entre ciência e técnica que se casou perfeitamente com as necessidades do período industrial, quando se requisitaram especialistas adequados aos processos de produção e comercialização (VILELA; MENDES, 2003).

O paradigma cartesiano, a partir dos anos 1970, demonstrou sinais de esgotamento, resultado do nível de desenvolvimento científico alcançado, que revelou também, sua incapacidade para resolução de problemas mais complexos. Nesse contexto, desponta a interdisciplinaridade como alternativa para superar o problema

do saber fragmentado e sua visão disciplinar, ou seja, surge como um remédio e não como fruto do progresso do conhecimento (VILELA; MENDES, 2003).

Sob esse ângulo, o trabalho interdisciplinar é uma necessidade, mas não deixa de ser um problema devido à complexidade e ao caráter histórico da realidade e às limitações dos indivíduos que buscam compreendê-la. A própria interdisciplinaridade é resultado de um processo histórico, de difícil compreensão, marcada por sua emergência na década de 1970, pela busca por uma metodologia na década de 1980 e pela construção teórica na década de 1990 (FAZENDA, 1994).

Para Minayo (2010), a proposta interdisciplinar não deve ser confundida com a multidisciplinar. A primeira abrange o olhar de várias disciplinas acerca de um tema complexo na busca de uma resposta que contemple a totalidade do objeto e que seja menos parcial do ponto de vista da especialidade, já a segunda contempla o trabalho de vários profissionais em parceria, resolvendo problemas ou executando programas. Na concepção de Vilela e Mendes (2003), a interdisciplinaridade é compreendida como a interação existente entre duas ou mais disciplinas, em contexto de estudo mais coletivo, no qual as disciplinas são modificadas em contato com a (s) outra (s) e gera uma relação de dependência, enquanto a multidisciplinaridade seria a justaposição de disciplinas diversas.

A interdisciplinaridade permite a comunicação ou diálogo para integrar conceitos entre as disciplinas criando conhecimentos ou resolução de problemas concretos; permite a inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. O seu alcance, de forma radical, possibilita a superação de toda e qualquer visão fragmentada e/ou dicotômica da realidade. A sua finalidade é transformar as metodologias e conceitos (VILELA; MENDES, 2003).

Ademais, a interdisciplinaridade se propõe a religar o conhecimento científico ao mundo vivo, visando à superação da dicotomia entre teoria e prática. É capaz de articular várias dimensões complementares de um objeto para sua compreensão. “Sendo assim, interdisciplinaridade é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino, especialmente em áreas que demandam, de forma direta, a interdisciplinaridade, como, por exemplo, a saúde” (VILELA; MENDES, 2003, p. 528).

Em resumo, na civilização ocidental a ciência se desenvolveu com base na noção de especialização, o sistema de ensino se formou baseado na estratégia da disciplinaridade, caracterizada pela fragmentação do objeto e pela crescente

especialização do sujeito científico e a interdisciplinaridade surgiu como a estratégia para agregar saberes, para atuar onde a fragmentação atingiu o seu limite, por isso se apresenta como a principal escolha nos espaços de trabalho, incluindo o campo dos cuidados paliativos que aprimora estudos sobre o tema e comumente invoca sua aplicação, apesar de ser ainda bastante elementar.

Nos Cuidados Paliativos, o poder de decisão e a construção de processos de trabalho ainda estão concentrados na figura do médico cuja formação é pautada no modelo flexneriano[7], hegemônico na Medicina e adotado por outras profissões da saúde. O paradigma flexneriano contribuiu para conduzir a profissão a uma visão reducionista da saúde, centrada na doença e no hospital, que fortalece o modelo biomédico e atribui às dimensões social, psicológica e econômica uma importância periférica (PAGLIOSA; ROS, 2008).

A partir dos anos 1970, o modelo flexneriano começou a sofrer críticas e despontou outros modelos, como o da produção social da saúde que considera a saúde como resultado de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, promete romper com a setorialização (ou fragmentação) da realidade, com a ideia de um setor de saúde e acompanhar as transformações na área (VILELA; MENDES, 2003).

No paradigma da produção social da saúde o foco está nos nós críticos dos problemas de saúde, baseado em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial. Suas ações estão concentradas em três grandes grupos: promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa. Para isso, busca fortalecer o cuidado, a ação intersetorial e o desenvolvimento da autonomia das populações. Nele, está proposta uma educação baseada na concepção crítico-reflexiva, articulando teoria e prática, a participação ativa do estudante e a problematização da realidade, buscando formar profissionais capazes de solucionar problemas.

---

[7] O modelo flexneriano deriva do Relatório Flexner que foi publicado em 1910 por Abraham Flexner e contribuiu para reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas dos EUA com profundas implicações para formação médica e medicina mundial. Dentre suas propostas, destaca-se a divisão entre o período/ciclo das disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. O modelo flexneriano expandiu-se para além da construção do saber médico, influenciou na construção das concepções de saúde-doença, nos modelos de atenção em saúde e nas políticas públicas para o setor, entre outras. As críticas à proposta de Flexner estão pautadas no modelo saúde-doença unicausal e biologicista que secundariza as dimensões social, psicológica e econômica da saúde (PAGLIOSA; ROS, 2008).

O paradigma da produção social da saúde foca em problemas coletivos, cuja resolução depende de uma ação coletiva, portanto, contrapõe-se ao movimento atual nas políticas sociais que sofre os efeitos da privatização, da desresponsabilização social, do predomínio do individualismo nas relações sociais e do enfraquecimento da participação social e do progresso social coletivo (VILELA; MENDES, 2003).

A superação da fragmentação e/ou desarticulação não está situada somente numa questão teórica, é necessário a adoção de métodos capazes de analisar criticamente a sociedade e o modo de produção capitalista que atua como um sistema que retira a capacidade intelectiva do homem e automatiza suas ações, portanto, domina a materialidade e a subjetividade do trabalhador e gera um homem esvaziado de humanidade, segundo Abreu (2002), e destituído do amplo saber que fica restrito aos donos do capital, conforme Gomes (2016).

Por fim, não acreditamos que somente a criação de novas metodologias ou modelos de produção do saber são suficientes para consolidar a proposta interdisciplinar, visto que as demandas do capital se articulam para efetivação de um processo contrário, que alimente a expansão do capital.

O trabalho em cuidados paliativos também estabelece um determinado perfil ou identidade profissional que se materializa através de atitudes e comportamento dos profissionais, como: dedicar tempo suficiente para escuta do paciente e sua família, valorizar o alívio da dor, priorizar as necessidades do doente considerando o tempo de vida que ainda lhe resta, construir defesas e limites para o autocuidado evitando seu adoecimento físico e mental, qualificar-se teoricamente acerca do trabalho e construir uma identificação com os princípios básicos da “boa morte” (MENEZES, 2004).

Além disso, aponta uma nova modalidade de relação entre a equipe de saúde, a família e o paciente, na qual “os familiares passam a ser objeto de intervenção da equipe, que busca integrá-los ao time de cuidadores”. Com isso, espera-se que os familiares incorporem os princípios básicos dos cuidados paliativos e permaneçam junto ao paciente como acompanhantes e aprendizes (MENEZES, 2004, p. 126).

> O cuidador se transforma em mais um membro da equipe a observar oscilações físicas e emocionais do paciente em busca de melhor ‘qualidade de vida’, conceito que deve ser apreendido pelo familiar, referindo à ‘intensidade vivida no último período de vida’. O objetivo central dos Cuidados

> Paliativos é o controle da dor, a partir do qual é possível a construção do período final da vida com 'qualidade de vida'. (MENEZES, 2004, p. 129).

As unidades de saúde prezam pela participação ativa da família no cuidado ao paciente para que as internações hospitalares sejam o mais breve possível. O familiar/cuidador deve não apenas amparar o paciente, mas também construir a cena da morte. Conforme destaca Menezes (2004, p. 129):

> O paciente FTP passa a ser objeto de atenção e investimento de uma rede ampla e abrangente de 'cuidadores', 'profissionais e familiares', onde se busca a superação da 'morte social' e a manutenção do cuidado com aquele corpo doente, mesmo sem perspectiva de cura.

Também cabe aos familiares, juntamente com os profissionais, a responsabilidade pela "qualidade de vida" do paciente. Constata-se que na área de cuidados paliativos há divergências sobre o conceito de qualidade de vida, mas prevalece o entendimento de que ela é resultante do controle da dor e demais sintomas físicos, através do uso de medicamentos analgésicos. Esse entendimento favorece a centralidade e a hegemonia da expertise médica nos cuidados paliativos (MENEZES, 2004).

Um modelo ideal de família, segundo Menezes (2004), também é colocado em evidência pelos profissionais, associado ao padrão de família nuclear formada pelo casal parental e filhos, com vínculos sociais e afetivos com a família extensa, um padrão das camadas médias da população. Mas os profissionais também reconhecem que existem outras configurações familiares, incluindo as construídas além do vínculo parentesco. Não há conformidade entre os profissionais sobre o modelo de família ideal, o consenso está em torno da importância de sua participação.

Considera-se a família como o maior aliado, mas pode haver conflitos na relação entre os profissionais, familiares e pacientes, principalmente devido à falta de comunicação, compreensão, concordância e adesão ao ideário dos cuidados paliativos, assim como também em relação à estrutura da saúde pública, com carência de materiais e pessoal que podem afetar a percepção da família sobre o sistema de saúde. Portanto, o trabalho dos profissionais é focado na busca do convencimento da família, com vistas à adequação dos seus sentimentos, emoções e opiniões (MENEZES, 2004).

Menezes (2004), então, levanta um questionamento importante: será que a maior atenção ao paciente em sua etapa final de vida seria uma forma de evitar o abandono ou de ampliar o controle sobre os indivíduos e suas relações? Para o referido autor, seria uma forma ampliada e sofisticada de controle social que engloba

a totalidade dos indivíduos, ou seja, as áreas psíquica, social e espiritual, portanto, seria um mecanismo de controle sobre os indivíduos. Mas ressalto que essa acepção é apenas um elemento que carece de maior aprofundamento.

Outra questão relacionada ao trabalho em cuidados paliativos é a defesa do uso preferencial das chamadas tecnologias leves, consideradas de baixo custo financeiro, que nos leva a questionar se essa escolha poderia ter relação com a política econômica do país, que, ao longo dos anos, vem limitando os gastos e investimentos na área da saúde, conforme está preconizado na Emenda Constitucional nº 95/2016 que atinge os recursos públicos, prioritariamente os destinados às políticas sociais, tornando-as alvo de mudanças e ajustes (BRASIL, 2016).

Diante do exposto, podemos concluir que o trabalho em cuidados paliativos não comporta apenas uma dimensão técnica, mas também política, associada à dinâmica social imposta pelo capitalismo que dita as regras para o trabalho dos profissionais, conforme a cultura estabelecida pelo capital. Tal cultura tem um efeito alienante e se apresenta com força no campo da saúde e subverter esse processo é um grande desafio, requer abstrações, pensamento crítico e compreensão das relações sociais em sua totalidade.

O Serviço Social é uma das profissões que compõe as equipes de trabalho dos serviços de cuidados paliativos e se diferencia das demais, principalmente pelo método adotado para a produção de conhecimentos e intervenção na realidade, tal seja, o método marxista. Através desse método, que também é uma teoria, a profissão busca superar a cultura alienante imposta pelo capital.

Para isso, construiu historicamente um projeto profissional denominado Projeto Ético-Político do Serviço Social que está além de um projeto de categoria, pois representa um projeto de sociedade. Seus princípios e diretrizes estão consolidados no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93) e nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino Pesquisa em Serviço Social (1996).

Mas, como toda profissão inserida no modo de produção capitalista, não está isenta dos efeitos do capital que incidem diretamente em sua prática interventiva. Os impactos podem ser observados através das demandas e das respostas profissionais que podem se distanciar dos objetivos e do significado social da profissão. Por isso é necessário reafirmar a defesa do Projeto Ético-Político, uma luta

que se fortalece a partir dos compromissos éticos da categoria e da compreensão dos processos sociais que reforçam as relações de poder e as desigualdades sociais no capitalismo (IAMAMOTO, 2015).

Nas linhas que seguem abaixo, vamos analisar com maior profundidade o processo de formação da profissão para entender a ligação orgânica do Serviço Social com as políticas sociais no Estado capitalista e os processos de ruptura e vinculação que buscam superar a vertente meramente técnica da profissão (IAMAMOTO, 2004).

3.3 O Serviço Social e os cuidados paliativos

O Serviço Social, juntamente com outras categorias profissionais, foi reconhecido como profissão da saúde através da Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde. Segundo Matos (2015), a profissão está inserida no trabalho coletivo em saúde, um trabalho que ocorre permeado por tensões e contradições próprias da área, mas que revelam, sobretudo, o desenvolvimento do trabalho na sociedade capitalista.

O assistente social que atua na área da saúde em âmbito hospitalar, campo dessa pesquisa, geralmente é requisitado quando ocorrem “problemas” que impactam o funcionamento da rotina institucional ou na rotatividade das internações, ou seja, é chamado para atuar junto às expressões da questão social (desigualdades sociais). A equipe de saúde encara essas demandas como sendo de responsabilidade deste profissional, o que é um equívoco, já que são decorrentes das relações sociais desiguais produzidas pelo capitalismo, portanto, serão eliminadas apenas com o fim desse sistema (MATOS, 2015).

Essa visão acerca dos problemas sociais faz com que haja conflitos de ideias e pensamentos entre os assistentes sociais e os outros profissionais de saúde, pois o modelo biologizante de atenção à saúde está na estrutura dessa política e se contrapõe à concepção ampliada de saúde que faz parte da formação do assistente social. São projetos societários antagônicos em disputa que atravessam a Política de Saúde no Brasil, quais sejam: o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária. O Conselho Federal de Serviço Social (2009, p. 1) se posiciona quanto a essa questão, afirma que:

> [...] o profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação, conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua dimensão de

> totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida.

A passagem acima destaca o objeto de trabalho do Assistente Social que é a questão social entendida como a "expressão das desigualdades sociais oriundas do modo de produção capitalista" (SANTOS, 2012, p. 17) que se materializa a partir de suas expressões. Também menciona a necessidade de conhecer a realidade como condição para apreender o objeto ao qual irá incidir o trabalho profissional, além de reafirmar a lógica da intervenção consubstanciada em direitos humanos.

É necessário que o assistente social conheça bem a organização, o espaço-sócio-ocupacional e a estrutura da política social em que está realizando seu exercício profissional. Esse conhecimento é fundamental para oferta de serviços de qualidade e viabilização dos direitos sociais dentro e fora da instituição. O mapeamento da rede de serviços e encaminhamentos são fundamentais para realizar intervenções adequadas aos usuários (MATOS, 2015).

Nos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde consta que:

> As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a, p. 31).

O mesmo documento aborda que a área da saúde comporta quatro grandes eixos de atuação para o Serviço Social, são eles: Atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; Investigação, planejamento e gestão, e assessoria, qualificação e formação profissional. São eixos articulados que devem ser compreendidos numa concepção de totalidade (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a).

No ambiente hospitalar, predomina o eixo do Atendimento direto aos usuários, onde através de ações socioassistenciais os profissionais buscam responder às demandas dos usuários, geralmente emergenciais e explicitamente equivocadas, como, por exemplo: marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência, má qualidade ou negativa do atendimento, falta de compreensão do tratamento indicado, falta de condições materiais para o tratamento, consultas em horário incompatível com o trabalho e situações de mortalidade e

morbidade agravadas por doenças sujeitas à prevenção (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a).

Ainda segundo o Conselho Federal de Serviço Social (2010a), são demandas intensificadas pelo processo de Contrarreforma do Estado brasileiro e a não efetivação do SUS constitucional. A contrarreforma é sustentada pela ideologia neoliberal que tem como princípios fundamentais: a privatização das políticas sociais através da desqualificação do setor público, ataques aos trabalhadores, desmobilização das instituições representativas e reordenamento da relação Estado e sociedade civil, em que a sociedade é convocada para atuar, enquanto o Estado é desresponsabilizado pelas medidas de bem-estar da população.

É comum as instituições e os demais profissionais da equipe de saúde delegarem ações e atividades meramente administrativas ao Serviço Social, como: marcação de consultas e exames, regulação da ambulância para remoção e alta, identificação de vagas em outras unidades de saúde nas necessidades de transferência hospitalar, comunicação de óbito, convocação de familiares e declaração de comparecimento nos casos de atendimentos realizados por outros profissionais (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a). Isso é reflexo da falta de conhecimento sobre as atribuições e competências específicas da profissão ou das lacunas existentes no sistema de saúde. Assim, os profissionais precisam constantemente reafirmar suas posições e se fazer compreender pela equipe nos espaços sócio-ocupacionais.

Segundo os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde, os profissionais devem realizar seu trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade e as principais ações a serem realizadas são: democratizar conhecimentos; orientar e encaminhar para acesso a direitos sociais; construir o perfil socioeconômico, com objetivo de formular estratégias de intervenção, enfatizar os determinantes sociais da saúde; elaborar mecanismos e rotinas de ação; conhecer e mobilizar a rede de serviços; registrar as informações dos usuários por meio do prontuário único, entre outros (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a).

Em relação ao campo específico dos cuidados paliativos, podemos enumerar como atividades padrão, mas não exclusivas: o acolhimento social individualizado ao paciente e familiar à beira do leito e ambulatorial; a intervenção social para identificação de demanda; a reunião multidisciplinar familiar; a socialização

de direitos do paciente em cuidados paliativos (saúde, assistência social, previdência, trabalhista); a alta responsável e o atendimento social após notificação médica de óbito (MELLO; LIMA; SERRANO, 2021).

O acolhimento social individualizado ao paciente e familiar que é realizado à beira do leito ou ambulatorial é uma forma de abordagem transversal que perpassa por todos os atendimentos, quando é oportuno realizar atividades como: entrevista social ou avaliação social, escuta qualificada, identificação da demanda social, diagnóstico da situação, orientação acerca dos serviços, programas, projetos sociais e informação sobre os serviços oferecidos. A entrevista social é um dos instrumentos mais importantes para o Serviço Social por sua abrangência, pois nos possibilita identificar informações pessoais, familiares e conjunturais e definir as intervenções. E os contatos recorrentes com as famílias nos possibilita ter um olhar ampliado das relações familiares e facilita o processo de comunicação entre os usuários, familiares e profissionais (MELLO; LIMA; SERRANO, 2021).

Já a reunião multidisciplinar familiar, segundo Mello, Lima e Serrano (2021), é realizada em conjunto com a equipe multiprofissional e se constitui como um meio de comunicação cujo objetivo é auxiliar à família sobre a nova realidade de vida do paciente. É um momento de preparação e definição das novas etapas de cuidados, exposição das necessidades dos familiares e usuários e definição de medidas de promoção da saúde, mesmo em condições paliativas, com vistas à elevação da qualidade de vida.

Cabe aos assistentes sociais também realizar atividades voltadas para a socialização dos direitos sociais e intermediar o acesso a benefícios das políticas públicas, por via de orientações, encaminhamentos, articulações, mobilização e outras ações. São atividades que exigem atualização permanente, conhecimento sobre os critérios de inclusão, exclusão e não-inclusão, sempre numa perspectiva de possibilitar o acesso. Tais atividades estão contempladas na Lei de Regulamentação Profissão nº 8.662, de 7 de junho de 1993, no artigo 4, que faz referência às competências profissionais (MELLO; LIMA; SERRANO, 2021).

Na alta hospitalar, a intervenção do Serviço Social é definida conforme as necessidades dos usuários. Alta hospitalar é um ato médico, mas deve ser cuidadosamente planejada por outros profissionais, visando à garantia da oferta do cuidado por outro ponto da rede de saúde, constituindo, assim, a alta responsável ou qualificada. A alta médica e a social devem ocorrer concomitantemente, caso o

usuário receba alta médica, mas sem condições de alta social, o Serviço Social deve notificar à equipe de saúde e registrar em prontuário único. Os usuários e familiares também devem ser orientados sobre o autocuidado e a contrarreferência da assistência. A alta responsável também é um mecanismo de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como os cuidados domiciliares, reforçando a autonomia do sujeito (MELLO; LIMA; SERRANO, 2021).

O atendimento social após notificação médica de óbito também é uma ação do Serviço Social no contexto dos cuidados paliativos. O Serviço Social orienta os familiares quanto aos procedimentos funerários e aos procedimentos internos para liberação do corpo. De acordo com os parâmetros de atuação dos assistentes sociais (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a), o médico comunica o óbito que pode ocorrer na presença do assistente social que deve auxiliar no acolhimento.

O Serviço Social imprime uma direção social em suas intervenções que pode ser compreendida a partir do Projeto Ético Político, consolidado, reconhecido e construído historicamente pela categoria, além de defender a universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e consolidação da cidadania e a democratização da participação política e da riqueza socialmente produzida.

Para Moreira e Caputi (2016), a adesão ao Projeto Ético Político depende de os profissionais acreditarem e defenderem uma sociedade livre de exploração, desigualdade, dominação, opressão e injustiça social. Cabe ressaltar que o PEP é hegemônico, mas não o único, já que existem outros projetos em disputa no interior da profissão. De acordo com Netto (1999), cabe ao coletivo de profissionais a construção de estratégias para o fortalecimento do PEP, considerando a sua direção política.

Dentre as estratégias para o fortalecimento, destacam-se a articulação das entidades representativas da categoria, como: a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e o conjunto composto pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pelo Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) que devem investir em diálogo com a base, por meio de espaços coletivos de reflexão, que sejam democráticos, abertos, em construção e que vislumbrem o fortalecimento dos seus princípios (MOREIRA; CAPUTI, 2016).

A qualificação da formação e o exercício profissional também é outra estratégia fundamental para o fortalecimento do PEP. O projeto de formação profissional delineado nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996, construído a partir de amplo debate da categoria profissional, baseado na perspectiva crítica dialética, no compromisso com a classe trabalhadora e na busca de outra sociabilidade, pressupõe a qualificação dos(as) assistentes sociais para atuar no campo conflituoso da sociedade e fazer escolhas conscientes, mediadas por valores éticos e conhecimento da realidade social (VASCONCELOS, 2015).

Assim, com base nos pressupostos da formação profissional, definidos nas Diretrizes Curriculares, o Serviço Social tem como requisito uma formação profissional generalista, na perspectiva de totalidade social para ter condições de atuar nas diversas expressões da questão social e formular respostas profissionais mediadoras para o enfrentamento das demandas apresentadas pelos usuários. Essa formação exige o abandono das formas tradicionais e limitadas de atuação, superando a perspectiva acrítica, a-histórica e fragmentada (MOREIRA; CAPUTI, 2016).

Ainda segundo Moreira e Caputi (2016), é um projeto de formação profissional com uma visão para além de mercado, mas para a vida social, uma visão de totalidade do sistema capitalista, onde se espera que o profissional tenha condições de se inserir na realidade socioinstitucional e atuar em consonância com a direção hegemônica da profissão, atendendo aos interesses da classe trabalhadora, não da classe dominante, e pela busca da transformação social.

O projeto profissional tem sua base formada pelas dimensões*:* teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que são indissociáveis e articuladas, e se relacionam ao modo de pensar e agir dos profissionais, possibilitam um complexo processo de análise da profissão e das relações sociais a partir da apreensão do movimento das classes sociais tanto no seio da profissão como nos processos de reprodução social (VASCONCELOS, 2015).

Essas dimensões norteiam as reflexões sobre a formação e a prática profissional, mas também evidenciam algumas dificuldades, geralmente, associadas à falta de entendimento dos profissionais, assim, temos:

A dimensão teórico-metodológica que capacita os profissionais para propor alternativas e possibilidades de trabalho em determinados contextos e formular propostas frente à questão social, mas que ainda se observa aquele clássico descompasso entre a teoria e a prática ou o “famoso distanciamento entre trabalho

intelectual de cunho teórico metodológico, e o exercício da prática profissional cotidiana" (IAMAMOTO, 2015, p. 52).

A dimensão ético-política evidencia a oposição ao conservadorismo, ainda presente na profissão. Essa dimensão contempla os valores éticos, morais e políticos descritos na Lei de regulamentação da profissão e no Código de Ética de 1993 e possui relação direta com os princípios humanitários. A efetivação desses princípios remete à luta no campo democrático-popular pela construção de uma nova ordem societária (IAMAMOTO, 2004).

Já a dimensão técnico-operativa corresponde aos instrumentos e técnicas utilizados pelos profissionais em sua prática interventiva. É a forma como a profissão é percebida pela sociedade, mas, caso seja dissociada e desarticulada das outras duas dimensões, perde-se a essência e a lógica de cada atividade, e pode se transformar numa ação meramente tecnicista (VASCONCELOS, 2015).

Outra questão sobre o trabalho dos/das assistentes sociais é a sua operacionalização no contexto das políticas sociais do Estado capitalista neoliberal. Tais políticas obedecem a uma lógica de favorecimento ao funcionamento do sistema capitalista e adotam como estratégia a formação de consensos e o controle efetivo da sociedade (NETTO, 2011).

No atual contexto, as políticas sociais são alvo prioritário de mudanças e ajustes que afetam, principalmente, os países periféricos do capitalismo, como, por exemplo, o Brasil (SILVA, 2011). A Política de Cuidados Paliativos representa bem esse processo e vem se consolidando como mais um dos instrumentos privilegiados do capital, fruto do atual estágio do capitalismo que adota os ideários neoliberais e sofre a influência da financeirização, um processo que atinge os recursos destinados à reprodução social da classe trabalhadora.

Portanto, o Estado, por via das políticas sociais, assume um papel fundamental na garantia das condições de acumulação e valorização do capital e de superação das crises. Essa dinâmica social incide no trabalho dos(as) assistentes sociais e os impactos podem ser observados através das demandas, das respostas profissionais que podem afetar os objetivos e o significado social da profissão. Por isso é necessário reafirmar a defesa do projeto profissional, uma luta que se fortalece a partir dos compromissos éticos da categoria e da compreensão dos processos sociais permeados pelas relações de poder e pela desigualdade social (IAMAMOTO, 2015).

Ao longo de sua trajetória histórica, o Serviço Social se conectou basicamente com três métodos de investigação, explicação e intervenção na realidade, são eles: o positivismo ou estrutural-funcionalismo, a fenomenologia e o marxismo. A opção pelo método marxista revela possibilidades de apreensão crítica da realidade social, tal adesão somente pode ser compreendida a partir de uma análise histórica da profissão.

As primeiras experiências da profissão foram vinculadas à base militante tradicional católica – o Apostolado Leigo, a Ação Social e a Ação Católica - que constituíram as bases organizacionais e humanas para a emergência da profissão. Iamamoto (2013a, p. 22) afirma que "[...] o Serviço Social surge da iniciativa de grupos e frações de classes dominantes que se expressam através da Igreja, como um dos desdobramentos do movimento do apostolado leigo", portanto, adotava os princípios cristãos da época que combatiam veementemente o socialismo e substituíram o liberalismo pelo comunitarismo cristão.

O contexto social da época foi determinante para a emergência da profissão, vivia-se um período de intensa proletarização da sociedade, precarização do emprego e desemprego, ou seja, agravamento da questão social, resultado da transição do capitalismo concorrencial ao monopolista. Essa situação conduziu os trabalhadores a se imporem como sujeitos políticos e passou a exigir o seu reconhecimento pelo empresariado e pelo Estado (CEOLIN, 2014).

Portanto, a resistência dos trabalhadores forçou a burguesia a se posicionar. Esta, por sua vez, passou a adotar mecanismos de integração e controle da força de trabalho para manter sua hegemonia. E o Estado, cooptado pela burguesia, mediava as relações entre as classes sociais, e, assim, respondia à algumas necessidades imediatas dos trabalhadores, ao passo que contribuía para a reprodução ampliada do capital e assegurava sua legitimidade política. Logo é nestas condições que as sequelas da questão social podem ser objeto de uma intervenção contínua e ordenada por parte do Estado (NETTO, 2011).

O Estado, os grupos empresariais (ação pouco relevante naquela época) e a Igreja buscavam uma atuação ampla frente à questão social para a defesa da ordem social vigente. A Igreja tinha maior possibilidade de atuação direta nas famílias operárias e utilizava esse elemento facilitador para livrá-los das ideias socialistas e harmonizar as classes em conflitos, tal posicionamento também era uma tentativa de

recuperar a autoridade e os privilégios perdidos no crescente processo de secularização da sociedade burguesa (IAMAMOTO, 2013a).

Dessa forma, o Estado foi desenvolvendo estratégias mais sólidas para o enfrentamento da questão social, para isso, investiu em políticas sociais e profissionalizou o Serviço Social. Ambos, sob o domínio político e econômico da burguesia, portanto, com o objetivo de garantir a reprodução e o controle da força de trabalho, ocupada e desocupada.

> O Estado, no capitalismo monopolista, através das políticas sociais, assume novas funções: garantia do desenvolvimento capitalista; reprodução e controle da força de trabalho, ocupada e desocupada. As políticas sociais propiciam a criação de espaços sócio-ocupacionais que favorecem o surgimento do Serviço Social. (VASCONCELOS, 2015, p. 277).

A profissionalização do Serviço Social não rompeu totalmente os seus laços com a Igreja Católica. Assim, a profissão foi se estruturando com um viés conservador e ao mesmo tempo renovador. Utilizava as teorias da época para justificar a intervenção direta junto às famílias/indivíduos para ajustar seus comportamentos, com foco nas condições de higiene, na moral e na inserção à ordem social vigente. E, "diferenciado da caridade tradicional, vista como mera reprodutora da pobreza, o Serviço Social propõe uma ação educativa entre a família trabalhadora, numa linha não apenas curativa, mas preventiva dos problemas sociais" (IAMAMOTO, 2013a, p. 23).

Apoiava-se na ideologia dominante de base conservadora para justificar a intervenção nas famílias, considerava as expressões da questão social como um fenômeno natural, deslocado de processos históricos e de causas e efeitos dos antagonismos de classes, assim, justificava os "motivos relevantes para um tratamento socioeducativo da "clientela", tratamento esse de cunho doutrinário e moralizador [...]" (IAMAMOTO, 2013a, p. 23). Esses elementos demonstram que o Serviço Social se apoiou inicialmente mais em bases doutrinárias do que científicas, imerso num movimento reformista-conservador.

> A profissão não se caracteriza apenas como nova forma de intervenção ideológica na vida da classe trabalhadora, com base na atividade assistencial; seus efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mútua colaboração entre capital e trabalho. (IAMAMOTO, 2013a, p. 23).

Vários autores dedicam esforços para analisar essa fase inicial e situam a profissão no campo da ideologia, cultura e política que, com base em referenciais burgueses, deveria atuar no controle e submissão dos trabalhadores, portanto, ocorre como:

> Um processo que, respondendo às requisições da burguesia, passa a ser operado pelo Estado, através de instituições sociais/políticas sociais, articulado, historicamente, ora à igreja, ora à denominada 'sociedade civil', mais por uma ou pela outra, ou pelas duas, a depender do movimento histórico, mas sempre a partir dos interesses burgueses. (VASCONCELOS, 2015, p. 279-280).

E ainda,

> [...] no bojo das mediações entre as necessidades sociais e os sistemas de controle social, constitui-se, predominantemente, como elemento integrado aos processos de afirmação da cultura dominante, como parte das estratégias político-culturais de subalternização das classes detentoras da força de trabalho. (ABREU, 2002, p. 36).

Portanto, nas primeiras intervenções sistematizadas, a prática interventiva se expressava a partir de uma visão psicologista da questão social reduzida às suas manifestações individuais (problema moral) que se aprofundaram com o capitalismo industrial.

> A partir dessas referências, é possível entender que o movimento do capital monopolista ressitua a dimensão individual pela mediação das políticas sociais estatais no enfrentamento das sequelas da questão social. Estas são focalizadas como problemas sociais específicos, por intermédio de políticas setorializadas e transfiguradas em problemas pessoais privados. Esta transmutação ideológica efetiva-se por meio de uma complexa rede de relações que redimensiona as fronteiras entre as esferas pública e privada, com a subsunção dos espaços privados à lógica particular dos movimentos de acumulação e reprodução próprios do capital, em sua fase monopólica. (ABREU, 2002, p. 68).

Assim, as expressões psíquicas individuais são invadidas e subsumidas à manipulação e controle do capital. Coloca-se a dimensão individual no campo do observável, da materialidade, exaltada e ao mesmo tempo reduzida. O indivíduo torna-se o destinatário das ações das políticas sociais e, também, cabe a ele o enfrentamento daquelas não contempladas pelo poder público. Esvazia-se o indivíduo de razão, vontade e autonomia (ABREU, 2002).

Nesse universo teórico-político-ideológico a função pedagógica do(a) assistente social se desenvolve com as seguintes características: *naturalização da vida social*, baseada na psicanálise e na religião, em que as desigualdades são concebidas como uma condição inerente à pessoa humana; *visão atomizada do social,* de base positivista, que propõe a centralidade da dimensão individual nas respostas à questão social; *fetichismo das relações sociais,* em que a história dos homens é produto da natureza e não das ações dos homens; e a *concepção da questão social,* entendida como questão moral e religiosa, não econômica, portanto, resolvida através da caridade (ABREU, 2002).

Na busca de alcançar um patamar técnico-científico, o Serviço Social desenvolveu o método de caso que priorizava os componentes individuais e subjetivos da questão social em detrimento de suas expressões materiais e coletivas, no qual, através da “ajuda”, os indivíduos poderiam ser capazes de adequar-se ao mundo. O método da “ajuda” respondia a duas demandas fundamentais do capital: a manipulação material e ideológica de necessidades sociais da classe trabalhadora e a necessidade de eficiência no uso dos recursos institucionais para manter baixos os custos com a reprodução da força de trabalho, considerando as exigências do capital (ABREU, 2002).

Já nos anos 1940 e 1950 tivemos um redirecionamento nos eixos de intervenção da profissão que foram unificados em torno do projeto da *harmonia social na relação Estado-Sociedade* cujo objetivo era promover melhorias nas condições de vida da população através da participação ativa de líderes e/ou grupos sociais comunitários. Assim, a profissão mantinha seus traços originais, mas agora renovados a partir da inclusão do pensamento conservador norte-americano. Então, foi incorporada a *noção de comunidade* como matriz analítica da sociedade e como direcionamento da ação profissional, além do princípio da solidariedade que seria a base ordenadora das relações sociais (FALEIROS, 2011).

Mas tal escolha gerou um vazio teórico-prático, uma vez que o posicionamento era oposto ao movimento real da sociedade, estruturada sob a racionalidade burguesa. Então, para preencher a lacuna, incorporou a filosofia humanista-cristã e ao mesmo tempo aprimorou os procedimentos interventivos adotando métodos de trabalho com indivíduos, grupos e comunidades que foram desenvolvidos pelo Serviço Social norte-americano (IAMAMOTO, 2013a).

> Este arranjo teórico-doutrinário-operativo permite que a profissão mantenha o seu caráter missionário, atualizando as marcas de origem e atendendo, concomitantemente, às exigências de tecnificação que lhe impõe a modernização da sociedade e do Estado. (IAMAMOTO, 2013a, p. 32).

Os efeitos da ação profissional criavam profundas ambiguidades na consciência dos agentes profissionais. Uma vez que era direcionada para combater as injustiças sociais, mas na verdade aprofundava a desigualdade social. Isso tornava “[...] palpável a defasagem entre propósitos e resultados da ação, ou seja, entre teoria e prática” (IAMAMOTO, 2013b, p. 32). Um dilema ainda tão presente na atualidade.

O período da Ditadura Militar no Brasil representou um marco importante para a profissão. O Estado, através da criação de diversas instituições estatais,

aumentou o mercado de trabalho para as(os) assistentes sociais, mas os objetivos institucionais de controle da sociedade refletiram-se nos métodos de intervenção da profissão. Faleiros (2011) destaca dois: o *referencial da integração meio-personalidade* e o *método único de intervenção*, ambos com uma perspectiva funcionalista.

O referencial da integração meio-personalidade baseava-se em valores dominantes nas relações sociais, para isso fomentava estratégias de ajuda mútua por via de um trabalho consensual em prol do bem comum. “Os valores dominantes são aqueles que devem ser assumidos pelo Serviço Social nesse processo de integração e de adaptação que tenta articular a intervenção individual com a comunitária e grupal”. Já o método único de intervenção associava diagnóstico, tratamento e avaliação e foi pauta no Seminário de Teresópolis (FALEIROS, 2011, p. 15).

O perfil da “clientela” dos(as) assistentes sociais também é modificado, passa de pequenos segmentos da população pobre para amplos setores da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2013). O Estado é seu principal empregador, assim, os profissionais obedecem à lógica dos planos de governo pautada na época pela política desenvolvimentista.

> Em suma, o Serviço Social deixa de ser um instrumento de distribuição da caridade privada das classes dominantes, para se transformar, prioritariamente, em uma das engrenagens de execução da política social do Estado e de setores empresariais. (IAMAMOTO, 2013, p. 36).

O discurso da “modernização” é colocado para a sociedade por via da mediação do Estado, com a finalidade de reestruturar as relações capital e trabalho, afetadas naquele momento pela crise do capital. Conforme Abreu (2002, p. 106), “a perspectiva da modernização é intensificada a partir dos anos 1950 e 1960 no continente latino-americano, por meio do processo que se convencionou chamar de desenvolvimentismo”.

A ideologia desenvolvimentista repercutiu no Serviço Social e provocou alterações em seu perfil pedagógico e um rearranjo em sua função educativa, permeada por três vetores:

> [...] psicologização das relações sociais; manipulação material e ideológica de necessidades sociais e recursos institucionais via estratégias de assistência social; e, combinação entre processo persuasivos e coercitivos para a obtenção da adesão e do consentimento ao ‘novo’ ordenamento econômico e social sob o domínio do capital. (ABREU, 2002, p. 107).

É uma fase marcada por um intenso processo de difusão da cultura dominante nos países latino-americanos e, também, uma reorganização na cultura

interna dos países. O Estado, apoiador da manutenção da ordem social vigente, direciona suas instituições, enfatiza a participação popular e cria programas que simbolizavam formas de ajuda para a população pobre, considerada mais vulnerável às ideias socialistas. A "ajuda" agora recebe a conotação de "auto-ajuda" e "ajuda mútua", mas sem perder seu sentido original (ABREU, 2002).

> Assim, a política participacionista, nesses marcos definida, reatualiza a 'assistência educativa' como uma nova modalidade de manipulação das necessidades e recursos institucionais, superdimensionando os mecanismos de controle e de responsabilização dos sujeitos individuais quanto ao alcance do 'bem estar social', mediante a introdução de novos mecanismos de persuasão e coerção dos sujeitos envolvidos, bem como revitalizando processos já consolidados, sob pretexto de superação do assistencialismo. (ABREU, 2002, p. 108).

Ainda na década de 1960, alguns assistentes sociais começaram a questionar os rumos da profissão diante de uma conjuntura de crise na América ligada ao colapso do populismo e de uma reorientação tática do imperialismo em relação às sociedades dependentes. O objetivo era buscar novas bases de legitimidade para a profissão. Assim, originou-se o Movimento de Reconceituação do Serviço Social que questionou a perspectiva meramente modernizadora e suas implicações políticas na profissão. Contudo, ainda não representava uma ruptura com o conservadorismo. Para Iamamoto (2013, p. 43), o Movimento questionava: "[...] que tipo de orientação teórico-metodológica deve informar a prática e como esta pode ser repensada a serviço da produção de conhecimento voltados para os interesses dos "setores populares" e de sua organização autônoma".

Portanto, o contexto social desta época, caracterizado pelas lutas sociais e pelos processos revolucionários de esgotamento do *welfare state*; o surgimento do neoliberalismo como saída para a nova crise do capital e o revigoramento do marxismo, pela necessidade de produção de conhecimento crítico sobre a realidade, influenciaram na criação de um projeto alternativo para o Serviço Social que não seria mais vinculado ao capital, mas, sim, às classes subalternas (ABREU, 2002).

No seio da profissão, esse ambiente de mudanças refletiu primeiramente na academia por meio de maior assimilação das ciências sociais, onde houve a interlocução com o marxismo que se constituiu como sua principal referência teórica (YAZBEK, 2009). A profissão buscava alcançar novas bases de legitimidade social, para isso foram necessários processos de ruptura, conforme destacado:

> A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do assistente social, que reconhecendo as contradições sociais presentes nas

> condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. Não se reduz a um movimento 'interno' da profissão. Faz parte de um movimento social mais geral, determinado pelo confronto e correlação de forças entre as classes fundamentais da sociedade, o que não exclui a responsabilidade da categoria pelo rumo dado às suas atividades e pela forma de conduzi-las. (IAMAMOTO, 2013, p. 42).

Mas, somente na década de 1980, tivemos a materialização de um projeto alternativo, sólido e independente, que buscou romper com a matriz conservadora que marcou a origem da profissão, sob influência do pensamento social da Igreja e das teorias de cariz positivista e funcionalista. Para tanto, assumiu a teoria social-crítica de Marx como sua principal referência e vinculou-se às lutas dos movimentos sociais e em torno de um projeto societário anticapitalista (BRAVO; YAZBEK; RAICHELIS, 2019).

> [...] o projeto que se constituiu com influência da tradição marxista, quando tomado como referência pelos profissionais na sua radicalidade, é o único projeto, no âmbito da categoria, que se propõe a enfrentar substancialmente práticas conservadoras, iluminar um exercício profissional anticapitalista e, assim, trazer contribuições efetivas a processos de rupturas e emancipatórios. (VASCONCELOS, 2015, p. 293).

Diante dessas mudanças, os métodos de trabalho do(a) assistente social baseados na *ajuda psicossocial individual* e na *participação integrativa* foram problematizados e reconstruídos, baseados nos processos de luta e de constituição autônoma das classes subalternas. Há o reconhecimento do caráter contraditório da ajuda psicossocial que afetava a relação entre os usuários e as instituições. Já as políticas participacionistas são contestadas e ultrapassadas quanto ao viés de integração subalternizante ao sistema dominante e transformadas em formas reais de intervenção crítica a partir de estratégias de mobilização, capacitação e organização de classe (ABREU, 2002).

Com o avanço do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, o conservadorismo tornou-se objeto de recusa para a maioria dos profissionais, numa soma de esforços rumo a reconstrução do projeto profissional. "É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando projeto ético-político" (NETTO, 1999, p. 1).

Tal projeto ético-político, devidamente fundamentado, tornou-se hegemônico no Serviço Social na década de 1990, mas

> [...] não significa afirmar que tal projeto esteja consumado ou que seja o único existente no corpo profissional. Por uma parte, ainda não se desenvolveram suficientemente as suas possibilidades – por exemplo, no domínio dos

> indicativos para a orientação de modalidades de práticas profissionais; neste terreno, ainda há muito por fazer-se. Por outra parte, a ruptura com o quase monopólio do conservadorismo no Serviço Social não suprimiu tendências conservadoras ou neoconservadoras – e, como se viu acima, a heterogeneidade própria dos corpos profissionais propicia, em condições de democracia política, a existência e a concorrência entre projetos diferentes. (NETTO, 1999, p. 17).

Portanto, as escolhas teóricas e práticas dos(as) assistentes sociais em seu cotidiano nos espaços de trabalho revelam que o projeto atual, consolidado no Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996) não se reproduz da mesma maneira pelos sujeitos profissionais.

Vasconcelos (2015, p. 293) reforça que essas divergências podem ser compreendidas a partir das linhas de desenvolvimento da profissão "[...] que se revelam em projetos que referenciam os assistentes sociais, a partir de uma escolha consciente ou não e/ou de forma eclética". Assim, fica evidenciado que a profissão pode assumir projetos profissionais, cujas "[...] fronteiras teóricas e ético-políticas entre esses projetos são bem delimitadas, a depender das referências teóricas e ético-políticas que os sustentam e que sustentam os sujeitos profissionais".

No capítulo seguinte, a partir de uma análise da Política de Cuidados Paliativos sob a perspectiva dos assistentes sociais será possível evidenciar o posicionamento dos assistentes sociais acerca da realidade atual que se apresenta por intermédio dos serviços de cuidados paliativos. Será possível evidenciar os efeitos desse processo na formação histórica da profissão e amadurecer o debate acerca do projeto profissional que deve ser a base para o trabalho dos profissionais que estão na linha de frente das políticas sociais.

4 A ATUAÇÃO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS: concepções e desafios

Iamamoto (2015, p. 20) afirma que um dos maiores desafios para os(as) assistentes sociais na atualidade

> [...] é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, enfim ser um profissional proposito e não só executivo.

Competência cada vez mais afetada pelas demandas impostas ao trabalhador, geralmente complexas e dependentes de respostas práticas e imediatas, que torna as rotinas de trabalho mecanizadas, burocráticas e extenuantes. Estas questões estão sendo amplificadas pelas particularidades do contexto social atual, marcado pelo autoritarismo sobre as profissões.

O trabalho do(a) assistente social é dinâmico, condicionado pelas "escolhas" dos agentes profissionais, pelas relações entres as classes sociais e pela relação do Estado com a sociedade, cuja mediação se faz através das políticas sociais. Por isso é importante compreender o direcionamento social da profissão no contexto das políticas sociais, pois a profissão não é isenta, nem imparcial e sofre os impactos das mudanças conjunturais, dos processos impostos pelo capitalismo, como, por exemplo, a desumanização nas relações sociais.

Antes de apresentar os resultados dessa análise, precisamos caracterizar o campo de pesquisa, passo necessário para entender o contexto institucional em que se realiza o trabalho dos(as) assistentes sociais que constituíram a amostra dessa pesquisa. A intenção não é aprofundar o estudo sobre a instituição, mas caracterizá-la brevemente, situando-a no contexto da política de saúde do Brasil.

4.1 O Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão – Dr. Tarquínio Lopes Filho: caracterização do campo de pesquisa

Historicamente, os serviços de cuidados paliativos no mundo e no Brasil estiveram ligados ao tratamento da dor de pacientes oncológicos em fase terminal, muitas vezes "abandonados" pela instituição médica. No estado do Maranhão, a experiência não foi diferente, a principal referência em cuidados paliativos é o Hospital

do Câncer do Maranhão – Dr. Tarquínio Lopes Filho, que, em 2014, passou por uma reestruturação e tornou-se especializado em oncologia.

Em 2018, a ANCP realizou uma pesquisa de mapeamento dos serviços oficiais no Brasil, enumerou apenas dois no Maranhão, um vinculado ao Hospital do Câncer do Maranhão e outro ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sendo que, neste último, trata-se de uma comissão e não um serviço propriamente dito. Os serviços estão concentrados em São Luís que é a capital do estado (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2021).

Mas essa pesquisa revelou a presença de serviços em outros hospitais, pertencentes à rede privada (Hospital São Domingos e Hospital UDI), à rede pública estadual e municipal (Hospital Carlos Macieira, Hospital Socorrão II) e filantrópico (Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo), todos localizados em São Luís - MA. Não identificamos experiências na atenção básica. E os serviços de atendimento domiciliar vêm se efetivando através da rede privada na modalidade *home care* e através do Programa Melhor em Casa que foi criado em 2011 pelo governo federal, sendo executado por algumas gestões de municípios. Em outubro de 2020, a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão criou a Comissão Estadual de Cuidados Paliativos com objetivo de expandir essa rede de serviços para além da capital (QUEIROZ, 2020a).

O Hospital do Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, em sua história mais recente, passou por diversas mudanças, inclusive em sua denominação, antes era chamado “Hospital Geral” e ofertava serviços de várias especialidades médicas. O local onde está situado o prédio do hospital já abrigou uma igreja em 1730 que foi fundada por jesuítas, mas, por questões políticas, tornou-se a Casa do Governador, conhecida como “Palácio da Madre Deus”. Em 1811 foi transformado no “Hospital Militar”, considerado por alguns historiadores como a primeira casa de saúde do estado do Maranhão, mas não teve importantes progressos, já que os investimentos eram escassos e ficava a cargo do governo Imperial (SALGADO FILHO, 2002).

Somente em 1924, quando o médico Dr. Tarquínio Lopes Filho assumiu a direção do hospital, que se vislumbraram maiores investimentos e crescimento, por isso o hospital leva o nome do médico, homenagem que foi realizada após sua morte. Em razão dessa trajetória histórica, o prédio que abriga o hospital é considerado patrimônio histórico e cultural do estado do Maranhão (SALGADO FILHO, 2002).

O Hospital do Câncer do Maranhão é um hospital público, situado no nível de alta complexidade do SUS, localizado no estado do Maranhão. O estado possui população estimada em 7.153,262 habitantes, com densidade demográfica de 19,81hab/km². Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH[8]) do Brasil, está em penúltimo lugar no ranking dos 27 estados brasileiros (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO BRASIL, 2021).

O IDH é um indicador sintético composto por três pilares: educação, saúde e renda que são mensurados através da expectativa de vida, acesso ao conhecimento formal e renda nacional bruta *per capta*. Portanto, pela posição ocupada no ranking, podemos caracterizar o Maranhão como um estado com elevado número de pessoas em situação de extrema pobreza; com baixa expectativa de vida, que pode ser resultante das condições precárias de vida, de acesso limitado aos serviços de saúde, incluindo os cuidados paliativos, e o baixo nível educacional da população (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO BRASIL, 2021).

O Hospital do Câncer do Maranhão pertence à administração pública estadual, vinculado ao SUS. É administrado pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH) e oferece serviços ambulatoriais, de internação e cirúrgicos para pacientes oncológicos de todo o estado do Maranhão (QUEIROZ, 2020b). Depende de recursos financeiros via fundo público de saúde para seu funcionamento, portanto, sofre os impactos das ofensivas ideológicas, políticas, sociais e econômicas que ameaçam a existência do SUS.

Dessa forma, a saúde universal é questionada e torna-se a área preferencial para contenção de gastos e regulação por via do mercado. Esse processo foi iniciado no governo Collor, em 1989, que marcou a entrada do projeto neoliberal no Brasil, no qual foi realizada uma reforma administrativa com cortes de pessoal, restrição de gastos, privatização e fragmentação na área social. Em se tratando, especificamente, da área da saúde, o governo Collor impôs vários vetos à Lei nº 8.080/1990, inviabilizando a efetivação do SUS, conforme preconizado em lei. O

[8] O IDH é questionado em alguns aspectos, principalmente no que diz respeito à possibilidade de retratar a desigualdade social em suas várias expressões, por isso foram criados a partir de 2010, indicadores complementares ao IDH, como: o Índice de Desenvolvimento Humano Ajustado à Desigualdade (IDHAD), o Índice de Desigualdade de Gênero (IDG) e o Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO BRASIL, 2021).

gerenciamento da Seguridade Social foi fragmentado, assim como seu financiamento que foi alocado no Tesouro Nacional, portanto, subordinado à área econômica.

Conforme afirma Castro (2018, p. 39): “Na saúde, as políticas passaram a ser alvo das contenções de gastos e voltou-se para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público”.

Segundo Castro (2018), os reais condicionantes que colocaram a política de saúde pública do Brasil nos patamares de precariedade não são evidenciados. A exemplo, temos o elevado custo para manutenção do modelo de saúde predominante no país – o hospitalocêntrico que demanda vultuosos recursos financeiros e suas ações, ao longo das décadas, tem demonstrado baixo impacto no que diz respeito ao enfrentamento dos problemas de saúde da população. As críticas a esse padrão na saúde são suprimidas, pois podem afetar sua legitimidade e os interesses de poderosos grupos econômicos que utilizam essa via do sistema como uma forma de acumulação de riqueza.

É nessa lógica que compreendemos a elevada demanda de usuários para os cuidados paliativos e a aparente incapacidade dos serviços públicos em atendê-los. Essa pesquisa demonstra que essa dificuldade é rotineira e desponta como mais um dos desafios para os profissionais que estão na execução dos serviços de cuidados paliativos que, ao serem questionados sobre o problema, apresentam concepções variadas, mas relacionadas, como: as falhas na organização dos serviços de cuidados paliativos; outros com uma visão mais ampliada entendem que a sobrecarga dos serviços especializados é uma falha do sistema de saúde que não investe em ações preventivas; e alguns destacam os interesses políticos, econômicos e ideológicos que interferem nas decisões governamentais que, ao longo dos anos, praticam uma política de favorecimento do sistema privado de saúde, que obedece às leis do mercado, portanto, limita a oferta a partir da capacidade de financiamento público.

Ao longo dos 30 anos do SUS, vários outros problemas persistiram no sistema e se intensificaram, tais como: a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social; as distorções conceituais em torno da seguridade social; o subfinanciamento crônico e as deformidades dos gastos públicos influenciados pela lógica do mercado; os desafios para concretização da integralidade e intersetorialidade; as variadas formas de precarização dos

trabalhadores; a instabilidade da participação social, a não observância das deliberações dos conselhos e conferências; a falta de articulação entre os movimentos sociais; o modelo de gestão verticalizado, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e o não privilegiamento da atenção primária de saúde. Tais questões mostram que a construção e a consolidação da Reforma Sanitária permanecem como desafios na agenda contemporânea (SILVA, 2011).

A reforma do Estado em curso apresenta como alternativa para o gerenciamento dos serviços de saúde a substituição da administração direta por entidades de direito privado, com argumento de produzir melhores resultados na gestão dos recursos financeiros e humanos. Dessa forma, “organizações sociais, fundações públicas de direito privado e empresas públicas foram apresentadas como soluções para gerenciar a saúde pública” (GOMES, 2014, p. 25).

Gomes (2014) destaca que a lei possibilita que unidades de saúde em funcionamento sejam transferidas a entidades privadas, assim como a cessão de servidores públicos, violando um dispositivo constitucional que autoriza a atuação de entidades privadas somente em caráter complementar, assim, a participação privada está deixando de ter caráter excepcional e se tornando regra. Essa infração legal vem provocando confusão entre princípios públicos e privados, que são aplicados conforme a conveniência dos administradores.

Experiências concretas nesse sentido podem ser observadas através das mudanças impostas aos hospitais universitários que, progressivamente, por meio da celebração de convênios, estão sendo gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que adota o modelo privado de gerenciamento. A EBSERH foi criada pela Lei nº 12.550/2011 e pode ser uma ameaça a alguns princípios básicos das universidades federais públicas, como a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e a autonomia universitária. Além disso, a contratação de pessoal é pelo regime privado, infringindo princípios e regras administrativas do regime jurídico público do Sistema Único de Saúde. Iniciativas similares à EBSERH estão sendo criadas por alguns estados e municípios.

Um exemplo disso é o estado do Maranhão, onde foi criada, em 2012, a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), através da Lei Estadual nº 9.732, de 19 de dezembro de 2012. A EMSERH é a primeira empresa pública de serviço hospitalar no Brasil, em nível estadual. Atualmente faz a gestão de 70% das unidades de saúde públicas estaduais, com total de 44 unidades distribuídas na

capital e no interior do estado, incluindo o Hospital do Câncer do Maranhão. Sobre a EMSERH, temos as considerações abaixo:

> A Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH) é uma empresa pública brasileira, dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculado à Secretaria de Saúde Governo do Maranhão. São as empresas públicas, as mais modernas instituições da administração indireta, destinada à prestação de serviços econômicos em que o Estado tenha interesse próprio ou considere convenientes à coletividade (CUNHA, 2019).

Nesse processo de contrarreforma do estado brasileiro, a funcionalidade da EMSERH é similar à EBSERH, ambas estão contaminadas por uma série de inconstitucionalidades ao atuar no SUS, dentre as quais, destacamos: o enquadramento dos serviços de saúde como atividade econômica, a adoção do regime privado de gestão para contratação de servidores pela consolidação das leis trabalhistas (CLT) e o esfacelamento do princípio do controle social ou participação comunitária (GOMES, 2014).

Consta no *website* da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (2016, não paginado) que a empresa surge como alternativa para diminuição dos gastos e combater a suposta "ineficácia" do serviço público, assumindo definitivamente a finalidade para a qual foi criada, em consonância com a política estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil no âmbito do SUS, que é de racionalizar os gastos públicos e aumentar a qualidade e produtividade no campo da saúde pública. Nesse contexto, jacta-se que a "A EMSERH já rendeu para os cofres estaduais, uma economia de 15 a 20% por unidade de saúde administrada, traduzida numa economia mensal de dez milhões de reais".

Segundo Batista Júnior (2010), a defesa das empresas públicas e congêneres está sempre apoiada no velho discurso do mau uso dos recursos públicos fruto de gestões engessadas, burocráticas, ineficientes e corruptas que seriam facilitadas pela estabilidade do servidor público assegurada pelo Regime Jurídico Único (Lei nº 8.112, art.127). No entanto, isso se configura como uma retórica falaciosa, pois a estabilidade não isenta o servidor de sanções, incluindo a demissão. Em 2010, por exemplo, tivemos demissão de 2.500 servidores públicos por uso indevido do cargo ou por improbidade administrativa, fora as aposentadorias cassadas, a destituição dos cargos de confiança, as expulsões e os abandonos de cargo.

Para além de gestões ineficientes, o interessante é compreender as motivações político-econômicas que provocam as crises nas políticas sociais, ou seja, compreender que vivemos uma fase de crise do capitalismo acrescida de novas determinações como as modificações nos estágios do modo de produção capitalista e as novas formas de capital, em especial a forma de capital financeiro. E o Estado, por ter relação com a economia capitalista, também vive essa crise e é compelido a assumir novos papeis perante à sociedade.

Para Cardoso (2014), as mudanças exigidas pelo capital na tentativa de recuperar os seus lucros e as particularidades históricas de cada país levam a soluções que afetam os direitos e as políticas sociais dos trabalhadores em prol da acumulação capitalista. No Brasil, a escolha atual é pela privatização dos setores de serviços que muitas vezes ocorre de modo disfarçado, sob a forma de parcos investimentos na área e incentivo à ação das empresas privadas, ou seja,

> Privatização entendida como transferência das responsabilidades públicas e dos recursos públicos para a criação de riqueza de capitais privados, não somente na produção, mas também na prestação de serviços sociais, responsáveis pela garantia de direitos. As transferências para o capital obedecem à lógica de que agora estes serviços podem apresentar-se como mercadorias que geram lucros. (CARDOSO, 2014, p. 39).

Discorrer sobre esse modo “disfarçado” de privatização do SUS envolve uma série de nuances que não serão alcançados nesta pesquisa, visto não ser o objetivo dela, mas, nessa breve explanação, deixamos claro que os desafios enfrentados pelo SUS são fruto de todo um processo de desconstrução jurídica e política que assola o sistema há décadas, desde a sua regulamentação.

Mas, mesmo enfrentando uma série de problemas, o SUS é fundamental para a população brasileira e o Hospital do Câncer do Maranhão, como uma das unidades do sistema, tem importante atuação na rede de saúde pública do estado. O Hospital comporta 105 leitos para internações clínicas e cirúrgicas, 16 leitos de UTIs, 15 leitos no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e 28 poltronas-leitos para estabilidade, quimioterapia, medicação e curativo. O Ambulatório do hospital possui recepção, sala do Serviço Social, sete (07) consultórios, sala de eletrocardiograma, sala de pequenos procedimentos e banheiros. O Centro cirúrgico conta com cinco (05) salas de cirurgias e recuperação. O hospital possui ainda a Central de Material e Esterilização (CME), Farmácia Hospitalar e setores administrativos.

No que tange ao Serviço Especializado em Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão, sua implementação foi em 2014 e possui uma enfermaria

com 10 leitos exclusivos e um serviço ambulatorial com uma média de 80 a 100 atendimentos por mês. A equipe de trabalho é multiprofissional, composta por: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo e capelão. A coordenação da equipe está a cargo de um médico paliativista. São ofertadas diversas atividades para atender necessidades dos usuários, cuidadores e profissionais, além de um programa de educação continuada com ações internas e externas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019).

No Serviço são ofertadas atividades dirigidas aos usuários e seus cuidadores, ações voltadas para a própria equipe no sentido de diminuir o estresse e a sobrecarga de trabalho, além de um programa de educação continuada com ações internas e externas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2019).

A enfermaria de cuidados paliativos é destinada a pacientes em “cuidados paliativos exclusivos/plenos[9]”, já que os outros pacientes que estão na condição de “cuidados paliativos conjunto/complementar[10]” podem ficar internados em enfermarias comuns. Uma das metas da equipe é possibilitar a alta hospitalar do paciente o mais breve possível para racionalizar o uso dos leitos, diminuir o risco de infecções hospitalares e garantir maior conforto ao paciente, dada a premissa de que o lar seria o ambiente mais seguro e confortável para o paciente. Mas, cabe ressalvas, visto o nível de desigualdade e exclusão social em que vive a maioria da população brasileira.

A equipe técnica apresenta uma boa comunicação, mas as decisões ainda estão centradas na figura do médico que coordena os processos de trabalho da equipe, as “discussões dos casos” e as “visitas multiprofissionais à beira leito” que ocorrem, conforme a disponibilidade e iniciativa desse profissional. A visita multiprofissional à beira leito é uma atividade voltada para ampliar o contato da equipe com o usuário. Na oportunidade, são atualizadas as informações sobre o quadro

---

[9] Cuidados paliativos exclusivos/plenos: quando o paciente é portador de doença que ameaça a vida, com baixo status funcional e declínio rápido e irreversível do estado geral. A indicação é suspender todas a terapias fúteis. Tempo de vida estimado em horas ou dias (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

[10] Cuidados paliativos em conjunto/complementares: quando o paciente é portador de doença que ameaça sua vida e apresenta status funcional intermediário. Neste momento, dificilmente o paciente responde de maneira completa ou satisfatória ao tratamento curativo, mas pode se beneficiar de procedimentos ou tratamentos invasivos que proporcionem melhora de sintomas e qualidade de vida, respeitando o desejo do paciente ou de seus representantes legais. Tempo de vida estimado em semanas ou meses (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIKATIVOS, 2012).

clínico, o ajuste das doses e/ou escolha de novos medicamentos, a adoção de medidas de conforto, em que se busca conciliar as vontades do paciente com os recursos disponíveis na instituição e a definição dos preparativos para alta hospitalar.

O acompanhante, geralmente um familiar, é sujeito importante, pois atua como interlocutor do usuário e "cuidador informal". Cabe à família cuidar, proteger e participar da escolha de decisões difíceis. As pessoas que exercem a função de acompanhantes ou cuidadores tornam-se alvos de intervenções da equipe de saúde que reconhece sua importância.

O momento de maior pressão para a equipe é o "pré-óbito" e a "alta hospitalar". O pré-óbito exige habilidades específicas dos profissionais para conduzir a situação e comunicar notícias difíceis; também são mantidas e adotadas medidas de conforto, que são bastante polêmicas, como a dieta-zero, cujo objetivo é prevenir riscos que possam causar sofrimento e abreviar a morte. Em relação à alta hospitalar, a maior preocupação da equipe é a adaptação do paciente ao ambiente domiciliar, por isso busca-se conhecer as condições de vida, a dinâmica da família e a disponibilidade de um cuidador. É um momento de tensão e incertezas, pois evidencia as fragilidades da família e do sistema de saúde.

Assim, antecede à alta, o "treinamento do cuidador", os procedimentos burocráticos (elaboração de relatórios, prescrição de medicamentos, orientação nutricional...) e a logística para o deslocamento do paciente até seu domicílio que geralmente ocorre através do Programa Tratamento Fora do Domicílio (TFD)[11] ou com recursos próprios da família. Também é feito o contrarreferenciamento[12] do paciente a uma equipe de saúde que atua no território onde vive o paciente, o conhecimento acerca das condições estruturais da moradia e da infraestrutura.

É importante ressaltar que o público atendido no Hospital é majoritariamente pertencente às camadas mais pobres da população, provenientes e/ou residentes no interior do estado do Maranhão ou que ocupam as áreas periféricas

---

[11] O TFD, instituído pela Portaria nº 55/1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas (BRASIL, 1999).

[12] A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema, e a continuidade do cuidado, portanto é considerada uma potente ferramenta que promove a prática integral na saúde (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

de São Luís, capital do estado, então, há de se considerar uma série de determinantes sociais para uma alta hospitalar segura.

Nesse processo de alta hospitalar segura, a participação do(a) assistente social é imprescindível, já que deve ser mediador do debate acerca das condições sociais dos usuários que estão aptos à alta médica. Caso as barreiras para a alta hospitalar sejam os determinantes sociais, o profissional deve registrar em prontuário e informar à equipe de saúde. A alta médica deve ser realizada concomitante à alta social (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a).

O Serviço de Cuidados Paliativos brevemente apresentado nesta pesquisa constitui um espaço sócio-ocupacional importante para atuação dos(as) assistentes sociais. Com a implantação da Política de Cuidados Paliativos nos mais variados níveis de complexidade do SUS, há previsão de expansão dos serviços, isso significa ampliação de postos de trabalho para as(os) assistentes sociais que devem adentrar o campo preparadas(os) para atuar na área.

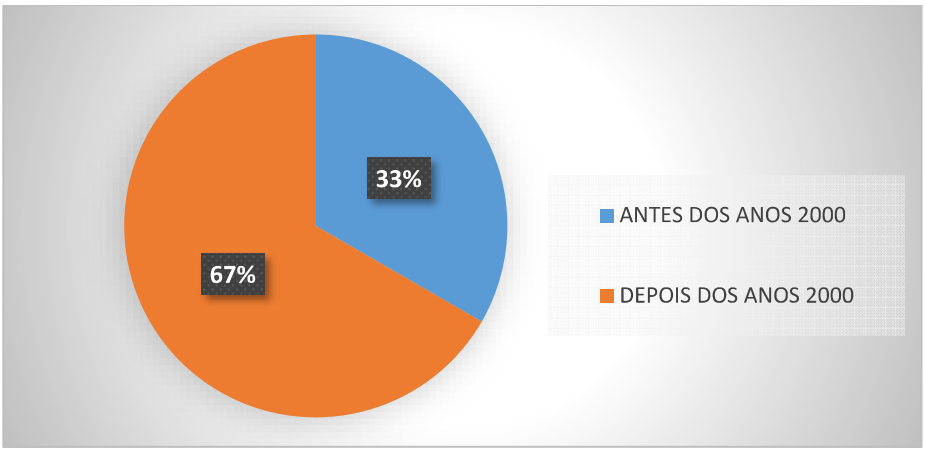
4.2 Análise da Política de Cuidados Paliativos na perspectiva das(os) assistentes sociais que atuam em serviços de cuidados paliativos.

O foco desse estudo é a análise da Política Pública de Cuidados Paliativos sob a perspectiva dos(das) assistentes sociais, para isso foi necessário abordar o *modo de atuar e pensar* incorporados pelas profissionais, e, assim, dar visibilidade à base teórica assumida pelo Serviço Social na leitura da sociedade e na construção de respostas à questão social (IAMAMOTO, 2015).

Em relação às assistentes sociais que constituíram a amostra dessa pesquisa, temos o seguinte perfil: 100% das entrevistadas são do sexo feminino, que confirma o aspecto da profissão de ser majoritariamente feminina. Essa questão diz muito da imagem da profissão na sociedade e as expectativas sobre ela. Para Iamamoto (2015, p. 64), “este *recorte de gênero* explica, em parte, *os traços de subalternidade* que a profissão carrega diante de outras de maior prestígio e reconhecimento social e acadêmico”.

As entrevistadas têm um tempo de formação acadêmica e experiência profissional distintos. Conforme o Gráfico 1, a maioria das profissionais tem seu período de formação acadêmica situado a partir dos anos 2000.

Gráfico 1 – Ano de formação acadêmica



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Podemos então relacionar que o período de formação acadêmica da maioria das profissionais ocorre num contexto bastante desafiador, caracterizado pela permanente investida do pensamento burguês no que se refere à fragmentação e fetichização da vida social e a reatualização das práticas e ideologias conservadoras, necessárias para a reprodução do capital, que contribuem para o esvaziamento da compreensão crítica da sociedade e induzem a uma análise superficial da realidade e a elaboração de respostas imediatas, de efeito prático (MOTA; AMARAL, 2016).

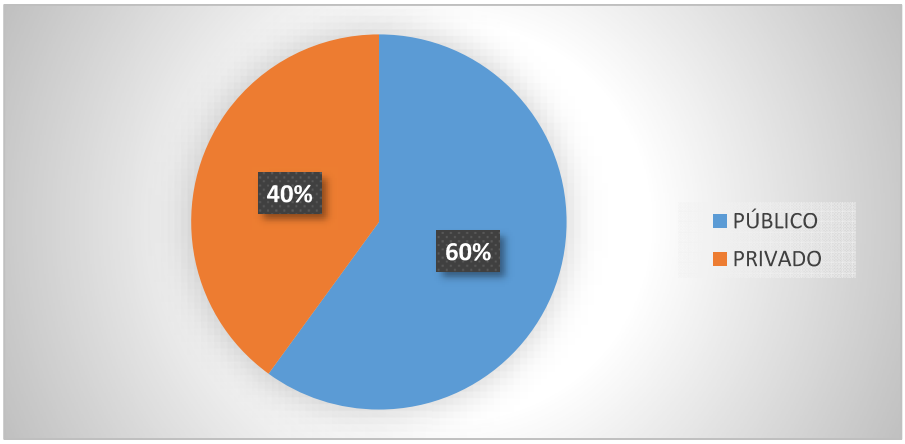
O Serviço Social é afetado por essas questões e instigado, permanentemente, a desenvolver estratégias de enfrentamento aos problemas emergentes no exercício, na formação e na regulação da profissão, assim como na produção de conhecimentos e na articulação com as lutas sociais. Nessa perspectiva, os espaços coletivos representativos (ABEPSS, CFESS e CRESS) tornam-se mais do que instituições burocráticas e se consolidam como espaços de exercício político e de reafirmação do projeto profissional crítico que luta pelo combate ao conservadorismo, enraizado nas profissões e na sociedade brasileira (MOTA; AMARAL, 2016).

Esse processo tem rebatimentos particulares no Serviço Social que se depara com a modernização das formas de enfrentamento às necessidades sócio-históricas dos trabalhadores. São elaboradas intervenções supostamente técnicas que obscurecem os reais interesses da classe dominante e o Serviço Social, por vezes, apreende esse processo sem submetê-lo ao rigoroso exame da crítica. Portanto, é em meio a esse contexto desafiador que o(a) assistente social vem

desenvolvendo seu trabalho, afetado(a) pela proposta de conciliar os interesses das classes sociais, que favorece a ofensiva neoconservadora e, na prática, afeta o significado do projeto ético-político profissional. Os(as) assistentes sociais estão diante do desafio de elaborar alternativas de intervenção que tenham potencial para transformar aspectos da realidade social.

Em relação à natureza das instituições de ensino superior responsáveis pela formação acadêmica das entrevistadas, obtivemos os seguintes dados: 60% das assistentes sociais tiveram sua formação acadêmica em universidades públicas e 40% em privadas, portanto, já se observam reflexos da expansão dos cursos de Serviço Social através do sistema educacional privado (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Natureza da instituição de ensino superior formadora



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

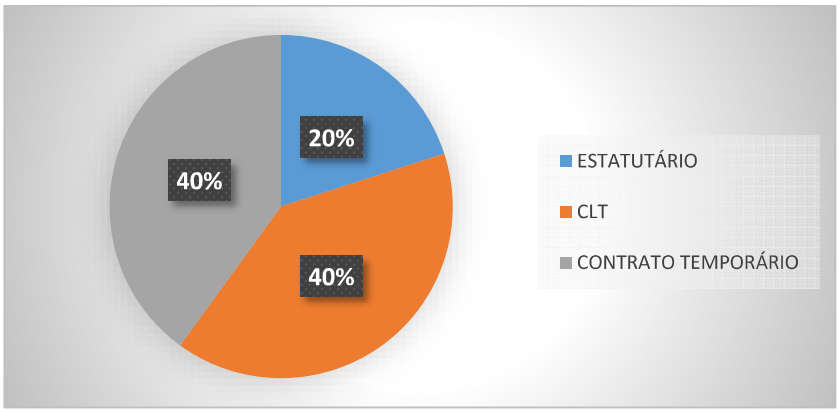
Mota e Amaral (2016, p. 44) enfatizam que vivenciamos uma fase de avassaladora expansão dos ensinos privados e na modalidade à distância, que formam uma geração de assistentes sociais que tendem a se afastar, cada vez mais, das diretrizes curriculares da profissão, constituindo um verdadeiro "exército de reserva profissional" que interfere no mercado de trabalho, que, por sua vez, comporta características conjunturais específicas, como: fragilização dos vínculos trabalhistas, generalização do trabalho precarizado e baixíssimos salários para os(as) assistentes sociais.

A luta pela qualidade do ensino tornou-se uma das estratégias de resistência profissional à ofensiva neoliberal sobre a educação. Defende-se o ensino de graduação com qualidade, na modalidade presencial, contrariando a perspectiva

mercantil, de aligeiramento e massificação da formação, presencial e à distância (MOTA; AMARAL, 2016).

Quanto ao vínculo trabalhista, 20% são pelo regime estatutário para servidores públicos, 40% regidos pela CLT e 40% têm vínculo por contrato temporário (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Vínculo trabalhista

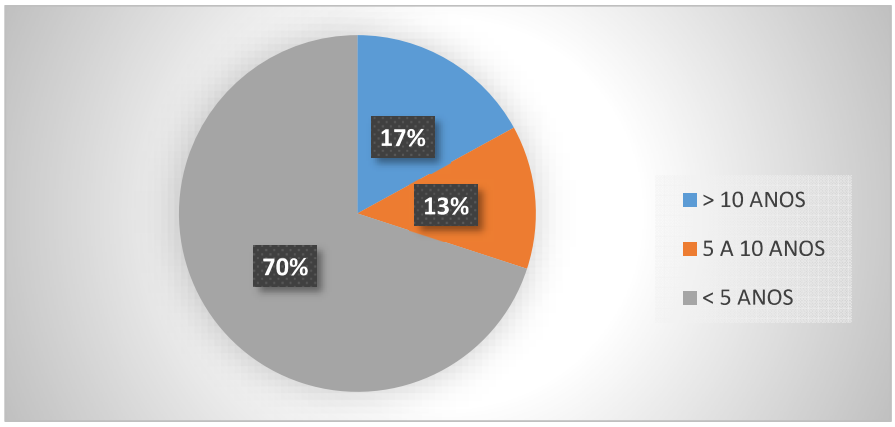


Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

Os distintos vínculos são resultantes das estratégias da reestruturação do capital que fragmenta o proletariado e controla sua subjetividade pela burguesia, enfraquecendo a mobilização dos trabalhadores e as lutas sociais (CEOLIN, 2014).

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, 17% das entrevistadas têm mais de 10 anos, enquanto 70% estão a menos de cinco anos. Isso demonstra aumento de postos de trabalho para o Serviço Social nos últimos anos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Tempo de trabalho no Hospital do Câncer MA



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora

A ampliação do mercado de trabalho nos anos 2000 é consequência da expansão dos serviços sociais resultado do processo de descentralização/municipalização das políticas sociais, porém, sem os recursos necessários para sua plena efetivação, condição que afeta diretamente a efetividade destas políticas e as condições objetivas para o exercício profissional dos(as) assistentes sociais (MORAES; SCHOCAIR, 2018).

Nesse contexto, o mercado de trabalho brasileiro possibilita aos assistentes sociais dupla jornada de trabalho, através da inserção em mais de uma política social, com extensa jornada de trabalho, insegurança e flexibilidade dos contratos de trabalho. Os(as) profissionais, por vezes, sofrem com chefias autoritárias que limitam sua atuação profissional, ditam regras para o seu trabalho e representam uma ameaça à luta dos profissionais em busca de melhores salários, condições éticas e técnicas de trabalho, valorização e diminuição da sobrecarga. Diante desses elementos, observa-se que o mercado de trabalho dos(as) assistentes sociais brasileiros(as), na entrada do século XXI, é dotado de contradições, visto que na medida em que se amplia também se precariza (MORAES; SCHOCAIR, 2018).

Os(as) assistentes sociais pertencentes às classes trabalhadoras sofrem os rebatimentos da ofensiva neoliberal. Ocupam os espaços na linha de frente das políticas sociais e se deparam com dificuldades, como: as condições precárias para o exercício profissional que levam ao adoecimento, à restrição em sua autonomia e desenvolvimento de competências, além das exigências sintetizadas através do "perfil profissional ideal", quais sejam: criatividade, polivalência, imediatista, desprovido de crítica teórica e política e com ações restritas às avaliações singulares e pontuais (MORAES; SCHOCAIR, 2018).

Para avançar na discussão sobre o objeto em estudo, foram feitos os seguintes questionamentos aos profissionais sujeitos da pesquisa: *O que são cuidados paliativos? Existem contradições na Política de Cuidados Paliativos? Qual referencial teórico utilizado para analisar as demandas que surgem por intermédio dos cuidados paliativos? E quais as contribuições do Serviço Social?*

Iremos nos debruçar primeiramente acerca das *concepções/conceito sobre os cuidados paliativos*. As entrevistadas buscaram traduzi-lo a partir dos objetivos, assim, os cuidados paliativos são um meio para alcançar a promoção da qualidade de vida de pacientes com doenças incuráveis, assim, são estratégias para:

> Minimização do sofrimento, com foco na *qualidade de vida*, no qual envolve o paciente, o familiar e o cuidador e está voltado para pacientes com doenças sem cura (AS1)
> [...] promover a *qualidade de vida* de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (AS2).
> [...] proporcionar mais *qualidade de vida* a pacientes que se encontram com alguma enfermidade. Não é restrito à oncologia (AS3).

Os cuidados paliativos invocam fortemente o discurso da qualidade de vida como elemento que justifica sua relevância social. Os(as) assistentes sociais têm incorporado esse discurso em suas concepções, pois relacionam a promoção da qualidade de vida à oferta de medidas de conforto e tratamento da dor, seguindo os parâmetros elaborados pela OMS, que foram incorporados ao conceito oficial dos cuidados paliativos. Assim, com base nessa compreensão, a qualidade de vida é alcançável através de processos de trabalho que contemplem algumas necessidades dos usuários.

Nessa lógica, o usuário torna-se consumidor de um serviço cujo objetivo é melhorar sua qualidade de vida, através do alívio da dor, respeito à fé religiosa e contato com a família, que participa ativamente da produção do cuidado em saúde. Sob esse ponto de vista, a categoria qualidade de vida perde sua dimensão política, torna-se menos complexa, mais superficial e não está condicionada ao acesso a bens materiais e imateriais indispensáveis para o desenvolvimento humano. Podemos concluir que as profissionais entrevistadas reproduzem o conceito sobre cuidados paliativos definido pela OMS sem problematizá-lo.

Autores como o economista indiano Amartya Sen e a filósofa grega Martha Nussbaum oferecem alguns subsídios para definição de “qualidade de vida”, para isso é necessário questionar o que é essencial para a existência do indivíduo como pessoa, ou seja, não somente o básico para a sobrevivência física, mas também os recursos necessários para o desenvolvimento psíquico, social e cultural. O acesso a bens materiais é importante, contribui para diminuir o desgaste físico, mas não supre outras necessidades como a socialização e o desenvolvimento cognitivo (MOREIRA, 2006).

Portanto, qualidade de vida também tem uma dimensão política, contempla o acesso a recursos quantitativos e qualitativos que são bens materiais e imateriais inacessíveis à boa parte da população brasileira, principalmente os que sobrevivem em situação de extrema pobreza, num contexto de desigualdade social alarmante. Abordar a qualidade de vida como um direito universal também depende da

incorporação de princípios éticos, como a solidariedade por parte do Estado e da sociedade e de princípios que prezam pelo bem comum, que estão fragilizados diante do individualismo (MOREIRA, 2006).

Considerar a qualidade de vida como resultado das condições de vida da população tem relação direta com o conceito ampliado de saúde definido pela OMS em 1946, construído numa conjuntura histórica, política e econômica diferente da atual. Tal conceito foi incorporado à Constituição Federal do Brasil, em 1988, no qual a saúde foi concebida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade. As equipes de saúde devem agregar aos seus objetivos profissionais o conceito ampliado de saúde, que também deve ser adotado na gestão do processo saúde-doença e na construção de políticas públicas que visem sobretudo à promoção da qualidade de vida.

Os discursos sobre a “qualidade” e a “humanização” na área da saúde são estratégias que surgem a partir da década de 1970 como respostas à crise do capital. Para Castro (2018), essas estratégias estão ligadas à reestruturação produtiva que visa à valorização do capital e enfrentamento da crise, sob a lógica do mercado. Dessa forma, as políticas sociais, incluindo a de Cuidados Paliativos, que se propõem a melhorar as condições de vida/qualidade de vida da população, sob o viés do neoliberalismo, conseguem apenas ofertar o mínimo, numa condição muita próxima à desproteção social, ou seja, as políticas sociais são perversamente ressignificadas na era neoliberal e caminham na contramão do direito (PEREIRA, 2013).

O neoliberalismo vem alterando significativamente a relação entre o Estado e a sociedade, incentivando a prestação de serviços sociais através de outras instâncias. São mudanças que atingem os mais diversificados setores da sociedade, como as famílias e os grupos que hoje convivem com desemprego, trabalho precarizado, problemas relacionados ao envelhecimento, à saúde pública, etc. O neoliberalismo intensificou o ciclo de reformas sociais e a redução do Estado, conforme explicitado:

> Talvez seja no plano social que o neoliberalismo fique marcado como um período único da moderna história brasileira, na história de média duração, desde 1930. De fato, é a política antirreformas sociais, antirregulacionista, antidireitos do trabalho e direitos sociais em geral que marca o neoliberalismo. (OLIVEIRA, 2018, p. 66).

Portanto, cabe aos profissionais não se tornarem reféns das políticas sociais, “não se restringirem aos limites das opções técnicas e pragmáticas, sob formas de ajustes ou acomodações”. É fundamental acreditar em mudanças, recusar

a substituição da linguagem do direito pela dos negócios e da meritocracia, abdicar às falsas necessidades criadas pelo capitalismo e priorizar o combate à concentração de riqueza (PEREIRA, 2013, p. 25).

Como enfrentamento destas questões, cabem aos(às) assistentes sociais reconhecerem sua qualidade enquanto produtores e transmissores de conhecimento. Isso exige que sejam estudiosos e críticos, para examinar previamente o que está dado, para ter certeza e segurança do que fala e defende, para não sucumbirem aos discursos e práticas neoliberais.

As entrevistadas trouxeram ainda outros conceitos relacionados aos cuidados paliativos, mas todos focados na dimensão técnica. Enfatizaram a necessidade da oferta precoce dos serviços, logo quando as pessoas recebem o diagnóstico da doença (grave e incurável), contrapondo-se à prática habitual de oferta àquelas pessoas em estágio terminal de vida. Vejamos:

> Cuidados Paliativos são cuidados em saúde para pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, que podem e devem ser iniciados após o diagnóstico até o fim, incluindo o pós-morte contando com estratégias para assistência ao doente e familiares. (AS4).
> O conceito é muito amplo, pois a política determina que deve ser implantado precocemente, mas na prática é voltado apenas aos pacientes terminais. (AS5).
> Assistência prestada a pacientes que estão em estágio terminal [da doença]. (AS6).

As entrevistadas também destacaram as mudanças no modelo assistencial em saúde que passou a ser do tipo biopsicossocial e espiritual.

> São cuidados delicados, envolve a dedicação não só dos médicos, mas de toda equipe, acho que deve fazer os 'gostos' [as vontades] do paciente, mas às vezes são muito restritos [referindo-se à instituição hospitalar]. (AS7).
> Cuidados paliativos é um tratamento para amenizar o sofrimento nas variadas dimensões do ser humano, vai além do biológico, inclui questões psicossociais. É necessário entender que a morte é um processo natural, mas que não pode ocorrer de qualquer jeito, com sofrimento, dor, e aqui os pacientes queixam-se muito de dor. (AS8).
> São um conjunto de medidas que oferecem suporte físico, social, emocional e espiritual aos pacientes que não tem mais possibilidades terapêuticas para o tratamento de sua doença aguda crônica. (AS9).
> Práticas de assistência ao paciente sem possibilidade de cura que visa oferecer dignidade e diminuição do sofrimento em pacientes terminais ou em estágio avançado de determinada doença. (AS5).
> Conjunto de ações prestadas pela equipe multiprofissional que visam oferecer dignidade, trato humanizado a pacientes terminais. (AS10).

Na visão das entrevistadas, os serviços de cuidados paliativos devem garantir a humanização nas relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários, direitos básicos e construir as estratégias de intervenção que contemplem a subjetividade e as referências culturais dos usuários. Dessa forma, cabe aos

trabalhadores dedicação e esforço para desenvolver um trabalho em equipe que contemplem todas as dimensões do sujeito.

Na tentativa de conceituação, uma das entrevistadas refletiu sobre a prática no serviço. Para ela, o trabalho do(a) assistente social representa uma ação educativa voltada aos usuários, ação que busca ampliar o conformismo do usuário diante de sua condição e a adesão ao que é proposto pelo serviço, considerado benéfico, sob seu ponto de vista.

> Cuidados paliativos é para o paciente que não tem mais condições de receber tratamento curativo. Requer um processo de conscientização do usuário sobre sua condição, principalmente o usuário jovem que não aceita, já os idosos aceitam melhor. Oriento os usuários para aproveitar o tempo que lhe resta. Na minha opinião, os cuidados paliativos são positivos, conheço casos em que o tempo de sobrevida foi maior do que o esperado [...]. (AS11).

Nessa lógica, a estratégia de intervenção se assemelha à "ajuda psicossocial individualizada" que foi predominante na profissão na primeira metade do século XX, na qual o profissional emprega suas concepções de mundo na construção de estratégias de cunho moralizador, numa perspectiva de reintegração social (ABREU, 2002, p. 85). Desse modo, a intervenção do Serviço Social fica muito próxima de uma concepção psicologista da questão social reduzida às suas manifestações individuais.

Assim, o indivíduo torna-se um ser sem história, razão, vontade e autonomia. É o destinatário das ações das políticas sociais, mas também responsável pelo enfrentamento das necessidades não contempladas pelos serviços sociais. Priorizam-se os componentes individuais e subjetivos da questão social em detrimento de suas expressões materiais e coletivas, com o objetivo de "ajudar" os indivíduos a ajustar-se ao mundo que os cerca. É uma forma de subsumi-los à manipulação e controle dos movimentos do capital (ABREU, 2002).

O trabalho do(a) assistente social possui uma função pedagógica que interfere na reprodução física e subjetiva dos segmentos da classe trabalhadora, portanto, pode ser incluído no campo das atividades que incidem sobre a cultura, ou seja, no modo de vida da sociedade, que na tradição marxista se configura nas relações de hegemonia entre as classes sociais: a burguesia e o proletariado (ABREU, 2002).

Trata-se de um princípio educativo que pode adequar-se tanto às necessidades do capital quanto às do trabalho, revelando o caráter contraditório da prática interventiva que se relaciona com o caráter, também contraditório, das políticas

sociais no capitalismo, ou seja, satisfaz as necessidades imediatas dos trabalhadores e ao mesmo tempo exerce o controle social para permitir o processo de reprodução ampliada do capital.

Portanto, considerando o discurso que a profissional faz sobre as motivações que a conduz na realização da atividade educativa voltada aos usuários, podemos considerar que a finalidade da ação está em permanente tensionamento com o projeto profissional atual, dado que está permeado por múltiplas demandas levadas ao Serviço Social, no contexto de um espaço profissional caracterizado pelo condicionamento em trazer respostas imediatistas a partir da emergência do serviço e pressionadas pelos processos burocráticos. Isso tudo acaba por levar o profissional a secundarizar suas atribuições, especialmente num ambiente laboral precarizado e que leva os(as) profissionais a dar, muitas das vezes, respostas isoladas, e não coletivas.

Assim, é necessária uma reflexão permanente sobre os objetivos de cada ação, nesse aspecto, a unidade das três dimensões constitutivas da profissão é fundamental.

> Articulando as dimensões presentes no exercício profissional, a análise teórico-crítica de situações concretas objetiva permitir ao sujeito profissional e/ou analista se questionar sobre as implicações ético-políticas das finalidades explícitas ou implícitas nas atividades, objeto de análise, assim como da adequação entre finalidades, objetivos, meios e fins, possibilitando a negação, a reafirmação e o redirecionamento das ações tendo em vista uma pratica mediada pelos princípios, valores e referências teórico-metodológicas consubstanciados no projeto de profissão. (VASCONCELOS, 2015, p. 481).

Portanto, as dimensões constitutivas da profissão contemplam o modo de pensar e agir dos profissionais, e possibilitam um complexo processo de análise da profissão e das relações sociais a partir da apreensão do movimento das classes sociais tanto no seio da profissão como nos processos de reprodução social. O(A) Assistente Social é qualificado para atuar nesse campo conflituoso e pode fazer escolhas conscientes, mediadas pelos valores de referência e o conhecimento da realidade social (VASCONCELOS, 2015).

Em se tratando destas dimensões, a unicidade entre elas foi destacada pelas entrevistas como um requisito, ou seja, uma exigência para os assistentes sociais atuarem em Serviços de Cuidados Paliativos.

> O assistente social deve ter em mente que sua prática nos cuidados paliativos deve seguir o Código de Ética profissional, assim como em qualquer outro serviço. Perceber as particularidades do doente e familiares para trabalhar as potencialidades dos envolvidos. (AS4).

> Ter habilidades técnicas como capacidade de realizar escuta qualificada, conhecer e entender o contexto social do paciente e sua família, empatia e atuar nas dimensões da profissão: técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-político. (AS3).

Os outros requisitos citados, diz respeito à dimensão técnico-operativa da profissão, na qual a competência profissional está condicionada ao domínio desses procedimentos operacionais, conforme explicitado abaixo:

> Os assistentes sociais devem ter conhecimento prévio sobre cuidados paliativos e como atuar. (AS1).
> Embasamento amplo sobre às legislações referentes à área da saúde, sobretudo na área de cuidado paliativo oncológico. (AS2).
> Capacidade de análise da realidade nas diversas refrações da questão social, visando efetivação e acesso aos direitos sociais. Capacidade para qualificar-se, assim buscando conhecimento nas intervenções necessárias. Empatia, respeito para com o outro. (AS5).
> Desenvolver habilidades na atenção ao paciente/família, através da capacidade de escuta, ser criativo no sentindo de propor alternativas e desenvolver ação articulada com outros profissionais. (AS9).
> Conhecimento da política do SUS e da rede socioassistencial; realizar escuta qualificada; articular com a equipe multiprofissional a fim de melhor direcionar o usuário e a família aos serviços disponíveis, dentro de uma visão holística e trato humanizado. (AS10).
> Estudar para compreender a lógica dos cuidados paliativos, falar a verdade ao paciente, adaptando a linguagem, de acordo com a capacidade de compreensão do usuário. (AS11).
> Ter experiência profissional; conhecer as especificidades do tratamento para facilitar a orientação, visto que a linguagem médica deixa muitas dúvidas para os pacientes; conhecimentos específicos na área de Serviço Social; atualização sobre as leis, conhecer a rede assistencial de saúde e outras políticas públicas; orientação acerca dos serviços e benefícios; encaminhamentos por escrito para facilitar a comunicação com outras instituições. (AS8).
> Penso que o assistente social deve desenvolver uma intervenção humanizada e tecnicamente habilitada para trabalhar em rede e com equipe multiprofissional. (AS6).

Não podemos negar que as políticas sociais são fundamentais para sobrevivência dos trabalhadores, mas, o(a) assistente social não pode reduzir sua atuação profissional à operacionalização da complexa burocracia de acesso às políticas e serviços sociais e de cumprimento de condicionalidades, reduzir o seu trabalho a uma espécie de “assistencialização tecnificada”, pois, imerso a estas funções, seu trabalho é esvaziado, uma vez que lhe é retirada a possibilidade de apreensão da realidade e de redirecionamento das políticas em favor dos trabalhadores (VASCONCELOS, 2015).

Também foram mencionadas como requisitos características comportamentais que devem ser expressas através de atitudes profissionais. A abordagem ao luto foi citada como um desafio, devido às implicações emocionais com danos à saúde mental, adoecimento e até incapacidade para o trabalho. No atual

contexto, impactado pela pandemia da Covid-19, essa questão tornou-se algo relevante. As entrevistadas relatam que é necessário:

> [...] sensibilidade, empatia. Precisa reconhecer as atribuições privativas dos Assistentes Sociais e ter habilidades para o trabalho em equipe. Saber comunicar notícias difíceis, mediar as orientações pré-óbito, ter senso crítico, ter competência para dialogar com a família, adaptar a linguagem conforme a capacidade de compreensão do usuário. (AS12).
> Muita coragem. Particularmente, não me acho capaz, fico com receio, não tenho preparo emocional para lidar com esse tipo de sofrimento, mexe muito com o meu emocional. Na minha opinião o profissional não deve se envolver emocionalmente com os pacientes para preservar sua saúde mental, mas, eu, particularmente, me envolvo com a família, com o paciente..., acho que mesmo que tente se fazer a separação, não consegue. (AS7).

A morte, na atualidade, é concebida a partir de sentimentos indesejados, como: medo, impotência, tristeza, depressão, culpa, fracasso e falha, que despertam o desejo na sociedade em não falar ou tratar sobre a morte, então, é compreensível que os(as) assistentes sociais como parte constitutiva dessa sociedade reproduzam estes sentimentos. Neste ponto, os Cuidados Paliativos podem ser positivos ao Serviço Social, visto que a atuação de uma equipe multiprofissional focada no acolhimento e na abordagem às famílias enlutadas pode contribuir nesta ação atribuída ao Serviço Social nas unidades de saúde. Também é uma oportunidade para debates ampliados sobre temas que envolvem a morte.

Em relação aos *aspectos contraditórios da Política de Cuidados Paliativos e suas formas de expressão*, a maioria das entrevistadas citaram o princípio doutrinário do direito universal como contraditório, uma vez que não se materializa diante da crescente demanda e da oferta limitada.

> Apesar de ser uma política voltada para pessoas com doenças ameaçadoras da vida, ainda predomina aquela visão da oferta vinculada à condição de terminalidade. (AS12).
> [...] como parte inserida em uma política pública, o SUS, a proposta de cuidados paliativos carrega também questões contraditórias em relação ao cumprimento dos seus princípios doutrinários. Existe uma demanda reprimida dentro do próprio hospital e que gera angústia por não ter leitos disponíveis, situação emblemática nos serviços públicos de saúde. (AS9).

As profissionais focaram suas análises em torno da operacionalização da política, com ênfase nas dificuldades de acesso aos serviços por parte dos usuários. Essa tendência pode ser explicada pelas assistentes sociais estarem concentradas na execução terminal das políticas sociais em que há o contato direto com os usuários e a questão do acesso aos serviços se apresenta como um problema fundamental.

As condições para materialização da Política também foram citadas como um aspecto contraditório já que não existem bases materiais para isso. A Política de Cuidados Paliativos inserida no bojo das políticas de corte social enfrenta os reflexos

da fragmentação, privatização, mercantilização e assistencialização. Assim, as “[...] políticas sociais se tornam cada vez mais focalizadas e condicionadas, face à ruptura trabalho/proteção social” (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017, p. 10).

> Como quase toda política, a maior dificuldade é na operacionalização de fato da política de Cuidados Paliativos (AS12).

Também aparece no discurso das entrevistadas as dificuldades de operacionalização dos serviços de Cuidados Paliativos no contexto da pandemia da Covid-19 que provocou alterações nos processos de trabalho em saúde. É importante destacar que a pandemia apenas evidenciou e agravou problemas sociais que estão associados às novas manifestações da questão social no contexto atual do capitalismo, que são expressões das transformações estruturais do capitalismo contemporâneo, dos processos de redefinição dos sistemas de proteção social e das políticas sociais que emergem nesse período (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017).

> Sim. Hoje vivenciamos um período atípico que inviabiliza ofertas e direitos antes garantidos. A conjuntura atual dificulta o tratamento conforme as particularidades do paciente; há uma pressão institucional para controle rigoroso das normas; a instituição fornece o mínimo, não o básico, então, muitos recursos são obtidos pelos próprios cuidadores que estão numa condição de extrema vulnerabilidade social, sem emprego, sem renda, sem vida social, portanto, há uma sobrecarga de responsabilidades para os cuidadores que sobrevivem numa condição de incertezas. Mas a política de cuidados paliativos possibilita algumas concessões, há ofertas. (AS8).

Nas falas das entrevistadas predomina a análise de processos internos da Política de Cuidados Paliativos, não é feita a mediação com os processos sociais constitutivos das políticas sociais no contexto do capitalismo contemporâneo. É a dimensão teórico-metodológica da profissão que nos permite fazer a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a elas. É esse movimento que permite aprofundamento teórico para sustentar as intervenções profissionais (GUERRA, 2017).

E para que o(a) assistente social preserve sua capacidade de análise crítica acerca dos determinantes sociais que rebatem em seu trabalho profissional, são necessários momentos de afastamento do “cotidiano”, entendido como o lugar de reprodução dos indivíduos que limita as possibilidades dos homens de se concentrarem inteiramente nas atividades que realizam, já que, imerso nesse lugar, o(a) assistente social tende a não perceber todas as dimensões que constituem o fazer profissional. Tudo ocorre como se o exercício profissional fosse isento de teoria,

de uma racionalidade, da necessidade de se indagar sobre a realidade, de valores éticos e de uma direção política social (GUERRA, 2017).

Algumas entrevistadas consideraram que a Política de Cuidados Paliativos representou algum tipo de avanço na área social, visto que prioriza pela qualidade de vida, o acesso a direitos básicos, atendimento digno, mas falta-lhe eficiência e eficácia e é nesse aspecto que a política é contraditória.

> [...] falta eficiência e eficácia nos procedimentos ofertados, mas, sem estes, seria muito pior, visto que trabalhar com as políticas não é nada fácil. (AS5).
> Inexiste uma política eficaz com diretrizes que perpassam desde a atenção primária aos pacientes e suporte às famílias, o que compromete a atenção precoce e a qualidade de vida dos pacientes. A abrangência de leitos é insuficiente para atender a demanda. (AS10).

Outro aspecto contraditório diz respeito ao princípio da centralidade na família, no qual a "participação" desse grupo social se apresenta como uma das prioridades do serviço, mas encontra barreiras institucionais e ideológicas para sua participação. Relataram também a questão do abandono ao paciente fora das possibilidades terapêuticas que foi um dos motivadores para a criação dos Serviços de Cuidados Paliativos, mas que ainda persiste, inclusive dentro do próprio serviço.

> O protocolo que norteia as atividades não garante atendimentos básicos, restringe a participação da família. (AS7).
> Sim, banaliza a questão dos desejos do paciente paliativo. Há relatos de usuários que enfatizam o abandono, mesmo dentro de um serviço de cuidados paliativos. (AS11).

Não obstante, algumas entrevistadas não conseguiram identificar contradições, opinar ou não conhecem a política.

> Não identifico contradições na política e sim na prática, como ela é encarada e implementada nas instituições. [...] trabalhar a finitude [da vida] na perspectiva da melhora da qualidade de vida do doente, que tem uma doença ameaçadora da vida, deveria ser o foco das ações, não esquecendo do apoio aos familiares. (AS4).
> Não consigo identificar contradições na política. (AS1).
> Eu ainda não tive a oportunidade de estudar a referida política. (AS6).
> Não tenho conhecimento suficiente a respeito da Política de Cuidados Paliativos para avaliar tais questões. (AS3).

Sobre o referencial teórico que utilizam para analisar as demandas que surgem por intermédio dos cuidados paliativos, as entrevistadas apresentaram dificuldades para elaborar respostas. Para alguns, a pergunta gerou estranheza, mesmo sendo algo fundamental para a profissão, que faz parte do conteúdo básico da formação profissional.

> [...] devemos ter como referenciais teóricos a garantia do acesso a direitos, ter um conhecimento amplo da realidade, e buscar, a partir dessa análise, acessar os mecanismos que minimizem as dores físicas, emocionais e sociais. (AS4).

> Referenciais voltados ao contexto, como: código de ética, resoluções, parâmetros do Serviço Social, visando nortear as práticas necessárias. (AS5).
> Atuar com competência e habilidade técnico-operativo, em ações que visem à garantia de direitos sociais, com enfoque sobre a questão social postas à profissão. (AS10).
> Primeiro, conhecer sobre a lei do SUS e professoras [no sentido de autores] que tenham estudos em Serviço Social na área da saúde. Eu indico também as publicações do Conselho Federal de Serviço Social e publicações da FIOCRUZ. Reafirmo que é necessário aprimorar conhecimentos a partir de leituras de autores renomados na área de Serviço Social e também a partir da leitura de planos de governo. Ressalto que não tenho preferências políticas. Também considero que a teoria e a prática não são separadas e o conhecimento científico evita 'achismos', discursos repetitivos, chavões, sem referências. (AS11).
> Necessidade de se reatualizar o tempo todo. Eu, enquanto assistente social, estou em meio às relações de poder, por isso, temos que reafirmar o tempo todo as necessidades e os direitos dos usuários. Eu consigo observar o caráter contraditório da prática profissional. (AS8).

No universo pesquisado, apenas uma profissional mencionou o método marxista (materialismo histórico-dialético) como referencial teórico para apreensão crítica da realidade.

> Como referência analítica, é muito prevalecente na equipe a corrente da teoria social marxista para a compreensão das demandas sociais. Na medida que o profissional na sua prática busca a garantia de direitos como estratégia para o enfrentamento da questão social se configura a dimensão do referencial teórico definido no seu código de ética. (AS9).

O referencial teórico que ilumina a profissão é fruto de um processo histórico que culminou com a adoção do método materialismo histórico-dialético ou método marxista pela categoria. Esse método subsidia o posicionamento profissional contra as práticas conservadoras, almeja como horizonte histórico a transformação social e foi a base para a construção do Projeto Ético-político do Serviço Social.

O chamado Serviço Social crítico, com fundamentação marxista, começou a despontar em 1979, a partir de produções científicas, influenciadas pela conjuntura e por processos históricos referentes à sociedade brasileira. Esse ambiente de mudanças refletiu primeiramente na academia por meio de maior assimilação das ciências sociais, onde houve a interlocução com o marxismo que se constituiu como sua principal referência teórica (YAZBEK, 2009).

> A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do assistente social, que reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. Não se reduz a um movimento 'interno' da profissão. Faz parte de um movimento social mais geral, determinado pelo confronto e correlação de forças entre as classes fundamentais da sociedade, o que não exclui a responsabilidade da categoria pelo rumo dado às suas atividades e pela forma de conduzi-las. (IAMAMOTO, 2013, p. 42).

Mas a adoção desse método ou referencial teórico não ocorre por todas as profissionais. Essa questão foi evidenciada por uma das entrevistadas que reconheceu que a atuação das assistentes sociais na instituição não ocorre sob o mesmo ponto de vista.

> [...] aqui, a gente consegue distinguir profissionais com uma postura mais positivista, meio fenomenológica e profissionais que conseguem manter uma postura crítica. A ausência da postura crítica inviabiliza a resolução de algumas questões (AS12).

A escolha do referencial teórico somente pode ser compreendida na dinâmica das relações capitalistas. O referencial teórico marxista é fundamental para analisar os interesses contraditórios que permeiam as classes sociais. O Serviço Social participa desse processo, respondendo às demandas do capital e a do trabalho, mas ao longo de sua história assumiu o compromisso ético com a classe trabalhadora (MORO; MARQUES, 2011, p. 27).

Cabe ressaltar que, na academia, a aproximação do Serviço Social com o marxismo não ocorreu pela apropriação dos escritos originais de Karl Marx, mas, sim, por releituras de produções científicas no campo das ciências sociais e da pedagogia baseadas no método marxista, isso pode provocar a diluição do pensamento no seio da profissão (MORO; MARQUES, 2011) e incorrer em posições equivocadas e divergentes acerca do referencial teórico para a categoria. Na pesquisa, muitos profissionais consideraram o próprio conteúdo da política social, no caso a de Cuidados Paliativos, como o referencial teórico, conforme as citações abaixo:

> Considero que seja a Política de Cuidados Paliativos [o referencial teórico]. (AS3).
> Ter um amplo conhecimento sobre a Lei de regulamentação da profissão, Código de Ética, Lei Orgânica do SUS, Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e a Política Nacional de prevenção e controle do Câncer. (AS2).

O problema não está no assistente social dominar o arsenal teórico correspondente aos procedimentos operacionais da política, mas sim reduzir o seu conhecimento a este acervo bibliográfico. Caso isso vigore na profissão, formaremos profissionais que dominam as técnicas, os instrumentos, as habilidades do "como fazer", que respondem às demandas do mercado de trabalho, mas desconhecem o verdadeiro significado social da profissão.

> Corre-se o risco de investir na formação de um profissional que aparentemente sabe fazer, mas não conhece o significado social deste fazer, suas implicações éticas e políticas, seus resultados ou a ausência deles, de modo que corre o risco de o assistente social ser reduzido a um mero 'técnico', delegando a outros as atribuições e competências que lhe são próprias. (GUERRA, 2017, p. 74).

Outras entrevistadas não conseguiram compreender o questionamento, não responderam ou apresentaram respostas incongruentes à pergunta, isso evidenciou a fragilidade na compreensão dos referenciais teóricos que perpassam a profissão, conforme demonstrado abaixo:

> Não tenho conhecimento sobre o referencial teórico. (AS6).
> O projeto ético político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária. (AS1).
> Conjuntura desfavorável devido à pandemia e ausência de políticas públicas para as pessoas que sobrevivem do trabalho informal ou desempregadas. (AS7).

As respostas evidenciaram que a dinâmica social atual exige das assistentes sociais o enfrentamento de novas demandas e atribuições, desenvolvimento de competências e exigências de novos conhecimentos técnico-operativos, em conjunto aos já realizados.

Podemos apreender também que os interesses contraditórios que permeiam as relações sociais produzidas pelo capitalismo, que é o elemento mobilizador das forças sociais existentes (burguesia e proletariado), não foram evidenciados pelas assistentes sociais. As entrevistadas focalizaram nos procedimentos operacionais da Política de Cuidados Paliativos e na dimensão técnico-operativa da profissão.

Historicamente, o(a) assistente social é concebido como o profissional da coerção e do consenso, cuja ação recai no campo político, característica que não é exclusiva do Serviço Social, mas em sua prática profissional exalta isso com mais intensidade do que as outras profissões. Ao analisarmos a profissão, temos que contextualizá-la no espaço sócio institucional ocupado, pois, apesar de sua relativa autonomia, não detém todos os meios (financeiros, técnicos, humanos) necessários para a efetivação de seu trabalho. A condição de trabalhador assalariado nos moldes do sistema capitalista conforma sua inserção na sociedade (IAMAMOTO, 2015).

Diante desse contexto desafiador, questionamos sobre *as contribuições do Serviço Social*, considerando que a intervenção profissional é uma ação teleológica que implica em escolhas conscientes, fins pré-estabelecidos e meios que se julgam adequados para alcançá-los. Portanto, fazem escolhas profissionais e exercem sua autonomia relativa diante do conjunto das demandas, interesses contraditórios e das possibilidades, sem desconsiderar que tais escolhas são permeadas por conflitos éticos comuns a todos os homens e mulheres que partilham da experiência contraditória do mundo burguês (GUERRA, 2017, p. 65).

Algumas entrevistadas enfatizaram que o Serviço Social contribui ao participar do trabalho em equipe na saúde, pois conseguem ter uma visão ampliada dos sujeitos, em que é possível identificar as condições socioeconômicas e focar em aspectos que estão além da doença. Essa competência o distingue de outras profissões.

> Trabalhar junto à equipe o olhar holístico ao paciente e familiares, possibilitar uma assistência focada no paciente, familiares e não no diagnóstico, ser um elo de comunicação entre os envolvidos e toda a equipe, buscando avaliar as dores sociais envolvidas na dinâmica familiar e social desse paciente que podem interferir no processo do cuidado. (AS4).
> O Assistente Social consegue ter outro olhar sobre o paciente, avaliar o contexto socioeconômico e cultural, coloca o paciente no centro do cuidado, busca garantir direitos. (AS3).
> Dependendo do aparato de instrumentalidade do profissional, bem como sua visão na totalidade dos aspectos do paciente, é imprescindível na diminuição e/ou mudança do processo-saúde doença dele. (AS5).
> Intervir junto à equipe dentro de uma visão holística do paciente, articular no tocante às demandas apresentadas, avaliando as necessidades sociais inseridas no contexto de vida do indivíduo, de forma a contribuir para a garantia de direitos relativo a serviços e ações de saúde. Realiza acompanhamento psicossocial. (AS10).

Conforme os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, publicação do Conselho Federal de Serviço Social (2010a, p. 44),

> O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.

Para Trindade (2017), os(as) assistentes sociais identificam as diferentes dimensões da vida dos sujeitos e constroem sua análise baseada nos processos de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade. A autora afirma que essa competência particulariza a profissão.

Os instrumentos utilizados para alcançar a totalidade dos sujeitos é o estudo socioeconômico que aparece como meio e fim do trabalho das assistentes sociais e o acompanhamento social que ocorre pelo contato constante com o usuário. Tais atividades foram destacadas pelas entrevistadas:

> O assistente social realiza um estudo das condições socioeconômicas da família buscando avaliar as possibilidades de apoio nos cuidados ao doente, verificar se essa família tem acesso aos serviços e benefícios que possibilitem facilitar esse cuidado. Verificar se o paciente possui essa rede de apoio afetiva e social, trabalhando na perspectiva de possibilitar uma aproximação com essa rede para minimizar o sofrimento físico e mental. (AS4).
> O Assistente Social tem informações que outros profissionais não possuem. Identifica as informações sobre a condição socioeconômica, o suporte familiar, acesso a benefícios. (AS7).

O estudo socioeconômico é uma competência profissional, assegurada na Lei nº 8.662/93, artigo 4º, que dispõe sobre o exercício profissional, portanto, compete aos assistentes sociais a "realização de estudos socioeconômicos com usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades" (BRASIL, 1993, não paginado). A concepção e as questões implicadas em sua operacionalização se transformaram à medida que a profissão também se transformou, buscando responder aos desafios impostos pela realidade social.

Assim, no período de consolidação da profissão, o estudo socioeconômico sofreu forte influência do Serviço Social norte-americano, cujo objetivo era o ajustamento de condutas concebidas como ato benéfico aos indivíduos e à sociedade em geral. Era baseado no paradigma positivista/funcionalista e a solução dos problemas se concentrava em questões referentes à personalidade e adaptação dos indivíduos e o acesso a recursos materiais e serviços, no âmbito das instituições, estava condicionado a julgamentos morais dos(as) assistentes sociais sobre a personalidade e o modo de vida de sua "clientela" e na ideia de que o auxílio público deve ocorrer somente de forma temporária, depois de esgotados os recursos próprios dos indivíduos ou de seu ambiente (MIOTO, 2009).

Assim, os instrumentos dos Assistentes Sociais foram redirecionados para averiguação dos modos de vida dos indivíduos e no interior das instituições se juntaram aos processos de burocratização dos procedimentos e estabelecimento de regulamentos para condução dos estudos. Portanto, sob as bases dessa concepção, fora firmado no interior da profissão as formas de operar os estudos socioeconômicos.

Mas, a partir do momento em que os assistentes sociais passaram a discutir a profissão com base na teoria social marxista, um outro direcionamento foi dado ao instrumental, em decorrência da ampliação do debate teórico-metodológico e no compromisso ético-político com a classe trabalhadora (MIOTO, 2009).

Nessa perspectiva, os estudos socioeconômicos passaram a ser concebidos e conduzidos de outra forma, alterou-se a visão sobre os usuários que foram reconhecidos como sujeitos de direitos. A realização desse tipo de estudo tornou-se uma ação exclusiva dos assistentes sociais, condicionada aos determinantes estruturais, conjunturais e profissionais que estabelecem os limites e possibilidades da ação (MIOTO, 2009).

Nesta pesquisa, observa-se uma tentativa de aproximação com a perspectiva crítica quando se lança mão do instrumental do estudo socioeconômico para intermediar o acesso a direitos.

Outra contribuição apontada pelas profissionais entrevistadas é a mediação de conflitos. São conflitos institucionais decorrentes do relacionamento interpessoal entre os membros da equipe de saúde e das vivências pessoais dos usuários e de seus familiares em decorrência do processo de adoecimento, assim, o(a) assistente social assume o papel de:

> Articulador da equipe e da gestão, a função principal do Assistente Social é ser articulador, também fazemos mediação de conflitos entre os profissionais. (AS6).
> Mediador de conflitos. Medeia o processo de tomada de decisões. Realiza atividades educativas voltadas para a promoção da saúde. (AS12).
> Realiza intervenções junto à família para dirimir os conflitos, atua como mediador, juntamente com a psicologia; realiza a avaliação social dentro das altas; orienta a família. Respeita os desejos do paciente em fim de vida, através de um instrumento denominado 'diretivas antecipadas de vontade' que fica registrado no prontuário. (AS8).
> Mediador da equipe no sentido da articulação; algumas situações têm um cunho social importante que os outros profissionais não sabem intervir; socializa informações relacionadas ao aspecto social, como as condições de vida, os condicionantes sociais que interferem nas decisões dos usuários, identifica os conflitos familiares. (AS7).

Analisando a fala das profissionais, podemos inferir que essa atividade não se realiza como uma prática terapêutica, conforme Resolução CFESS nº 569/2010 (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010b), mas como uma atividade que ocorre pelo contato constante com os usuários e com os demais profissionais de saúde, assim, é possível estabelecer um vínculo de apoio e comunicação. Como diz Trindade (2017, p. 86), "em geral, os usuários estão em situações muito delicadas, tanto pelas doenças, quanto pelas dificuldades socioeconômicas e relacionamento com as famílias, bem como pelas fragilidades na prestação dos serviços sociais" e encontram nas assistentes sociais receptividade para ouvir suas fragilidades, carências emocionais, problemas de relacionamento, dificuldades para lidar com a doença, etc. Assim, o(a) assistente social oferta um atendimento com caráter mais subjetivo.

A subjetividade humana deve ser considerada nas reflexões e intervenções dos(das) assistentes sociais. Segundo Morais (2020), além do conhecimento teórico sobre as privações materiais que atingem economicamente os indivíduos, é preciso compreender como os rebatimentos das expressões da questão social são objetivados e subjetivados pelo sujeito singular no contexto da sociedade.

Estudos realizados sobre a subjetividade, baseados no método materialismo histórico-dialético, demonstram que a sua compreensão depende da análise do contexto histórico, cultural, social e da desnaturalização do campo psicológico. Pois a dimensão subjetiva não é apenas efeito, mas é também construída a partir da ação ativa dos homens. Assim, compreende-se que os indivíduos não estão isolados, mas estão situados numa sociedade marcada pela divisão de classes, sendo este o contexto histórico e social de produção da subjetividade que interage numa complexa relação com os sentimentos, ações, formas de pensar e agir. Por fim, compreende-se que a subjetividade se constrói na relação dialética com a objetividade nos espaços sociais em determinado tempo histórico (MORAIS, 2020).

As profissionais entrevistadas destacam que contemplam a subjetividade em suas análises e intervenções, mas com a finalidade de contribuir para o acesso. Para Trindade (2017, p. 87):

> Ainda que este aconselhamento individual também seja realizado por outros profissionais, os Assistentes Sociais são os que conseguem ampliar a abordagem para além das questões específicas da doença. Os profissionais viabilizam orientações sobre direitos trabalhistas, previdenciários e sobre questões jurídicas que possam facilitar a vida laborativa e familiar do usuário; realizam encaminhamentos a outros serviços de apoio, conseguem liberar recursos materiais, inserem os usuários em organizações e/ou entidades.

A ação emancipadora profissional não pode ter um papel de conciliação, harmonização, consenso, consentimento para prevenir e enfrentar os conflitos familiares. Cabe ao assistente social, sob o ponto de vista do projeto profissional, ir além, provocar mudanças mais substantivas enriquecendo a subjetividade dos usuários e trabalhadores em prol da mobilização e organização da classe trabalhadora, o que exige dos profissionais muita dedicação, estudos e vivência política (VASCONCELOS, 2015).

Também foi destacada como forma de contribuição, a ação de articulação entre as políticas públicas, geralmente realizada quando as necessidades dos usuários podem ser atendidas no âmbito da instituição. Os profissionais costumam organizar o cadastro dos recursos sociais para orientar e encaminhar para outros serviços (TRINDADE, 2017).

> O Assistente Social se insere numa equipe multiprofissional através de conhecimento e gestão das necessidades sociais que interferem no processo de internação. Busca articular o serviço a outras políticas públicas, como: assistência social, previdenciária, jurídica e trabalhista. (AS9).
> Contribui como profissional mediador das políticas na instituição. O Assistente Social trabalha com a mediação entre o acesso dos usuários a seus direitos e os serviços que a instituição oferta. (AS1).

> Atuação junto aos usuários ocorre para promover e intermediar ações para que tenham acesso aos seus direitos. Fortalecer a rede de suporte, de apoio. (AS9).
> Articulação com a rede externa e interna de serviços. (AS12).

Trindade (2017, p. 87) aponta que essa ação não pode ser reduzida ao simples encaminhamento do usuário sem o acompanhamento devido, já que a finalidade é o atendimento às necessidades sociais manifestadas pelo usuário, e essa, de fato, seria a principal contribuição do Serviço Social ao executar esta ação que também compreende um componente ético importante, " [...] trata-se do exercício da autoridade profissional que se responsabiliza pelo encaminhamento e não uma forma de 'livrar-se' do usuário". Outra questão importante é a fragilidade da rede de serviços que pode tornar sem efeito o encaminhamento, por isso não basta apenas informar aos usuários sobre seus direitos, é necessário acionar mecanismos concretos para inserção dos cidadãos nos serviços.

As entrevistadas não mencionam a ação de acompanhamento social como fundamental para se ter certeza da garantia dos direitos. Temos que considerar que o caráter seletivo das políticas sociais exclui muitos cidadãos do acesso aos direitos, conduzindo as políticas sociais a ações paliativistas, de cunho individual, que garantem os direitos somente naquelas situações mais extremas (TRINDADE, 2017).

A Política de Cuidados Paliativos foi criada com esse perfil seletivo, portanto, não se trata de um aspecto conjuntural, visto que surgiu para atender as situações extremas da vida social, manifestadas pela exclusão social e pela situação de abandono em que vivem os doentes crônicos, considerados disfuncionais ao modo de produção capitalista. Portanto, seu desenho institucional contempla um público que já vive os efeitos da questão social, é uma política engessada no que diz respeito a desenvolver um papel preventivo.

A ação de acompanhamento social dos usuários também permite a elaboração de registros na forma de relatórios e pareceres sociais que é um mobilizador importante da rede de serviços. As informações circulam entre os diferentes atores do território que são acionados para contribuir de acordo com suas competências. O profissional há de exercer essa tarefa buscando a qualificação e evitar que se torne uma ação com finalidade meramente burocrática para atender apenas aos requisitos institucionais (TRINDADE, 2017).

Não podemos desconsiderar que as condições do exercício profissional, as dificuldades para garantir o direito, a tendência dos profissionais em realizar o registro

apenas para atender requisitos institucionais e a rotina extenuante das organizações, podem inviabilizar um acompanhamento social qualificado.

Também foi mencionada como contribuição do trabalho do(da) Assistente Social a democratização do conhecimento através de ações educativas que contemplam temas específicos, como: esclarecimentos sobre as normas da instituição e os meios para acessar os recursos sociais existentes; os determinantes para o processo de adoecimento individual que possibilitam escolhas conscientes em relação ao tratamento ou favorecem a adesão ao proposto; orientações sobre os direitos sociais, medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

> Acesso à informação sobre direitos, programas e serviços sociais, com destaque ao auxílio funerário, fraldas. O assistente social tem conteúdo, sabe informar onde obter os recursos. O Serviço Social é muito importante nesse momento. (AS7).
> O profissional atua junto aos usuários no acolhimento, na busca da autonomia do usuário para que ele compreenda o processo saúde-doença e possa decidir sobre seu tratamento, buscando uma melhor qualidade de vida. (AS3).
> Trabalho educativo muito grande, principalmente com os usuários que não conseguem discernir algumas informações. Desenvolve atividades educativas voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde. (AS12).
> Socialização dos conhecimentos; contribui em relação ao aspecto legal no que se refere aos direitos dos pacientes repassando informações que em geral os outros profissionais não possuem; desmistifica conceitos e contribui para romper preconceitos. (AS11).
> Prestar assistência técnica e eticamente habilitada, esclarecendo acerca dos direitos sociais dos assistidos e familiares. (AS6).
> O Assistente social integra a equipe de cuidados paliativos objetivando ajudar no enfrentamento da doença, dar apoio à adesão ao tratamento e garantir o cumprimento dos direitos sociais do paciente por meio da democratização das informações em saúde, tenta atender as demandas do paciente e de seus familiares diminuindo, assim, o sofrimento gerado pela doença, garantindo bem-estar e qualidade de vida a essas pessoas. Uma profissão que exige paciência, dedicação e, sobretudo, conhecimento técnico e científico. (AS2).
> [...] orientamos sobre o tratamento, repassamos diariamente as normas institucionais na perspectiva do seu fortalecimento. (AS8).

Enfatizam atividades educativas individualizadas que confirmam a baixa incidência de procedimentos coletivos por parte dos profissionais. As ações de socialização das informações são uma possibilidade para os assistentes sociais investirem em práticas coletivas, embora demonstrem certa dificuldade na utilização de instrumentos próprios para execução dessas atividades. Trindade (2017, p. 94) destaca que “as palestras têm sido bastante utilizadas, mas ainda centradas nas informações sobre a legislação, sobre as normas da instituição e sobre as formas de acessar seus benefícios e serviços”.

É importante ressaltar que há retrocessos no que diz respeito ao trabalho socioeducativo dos assistentes sociais na área da formação política, sendo esta uma

questão fundamental para se pensar sobre qual projeto de sociedade se almeja construir. Para Vasconcelos (2015), esse atraso decorre, principalmente, da fragilidade ética e teórico-política da categoria que acaba contribuindo para uma prática irrefletida, sem compromisso ético-político que é interessante apenas para o projeto capitalista de submissão e alienação da classe trabalhadora.

Há também outros fatores que contribuem para a baixa incidência de atividades coletivas voltadas para a formação política, como as condições precárias para o exercício profissional, rotina de trabalho frenética e extenuante, pressão institucional e outros que contribuem para a secundarização desse tipo de atividade.

O atendimento humanizado também foi mencionado como um dos contributos das assistentes Sociais na área de cuidados paliativos. Mas está restrito à relação direta com o usuário, às relações interpessoais entre os profissionais e aos processos de trabalho.

> Ter uma intervenção humanizada e ética na assistência às necessidades dos usuários. (AS6).
> Estimular a política de humanização no ambiente, realizar escuta qualificada relativa ao contexto sociofamiliar; fortalecer vínculo familiar e a participação dos membros da família; contribuir para desmistificar o ambiente hospitalar e estimular sobre a relação paciente-família e equipe multiprofissional para melhor conhecimento da nova realidade e situação de adoecimento; direcionar à rede de referência e apoio social. (AS10).
> Ter uma abordagem humanizada e respeitosa no que diz respeito às escolhas dos assistidos. (AS6).

A humanização na saúde vem se constituindo como um referencial ancorado no pensamento pós-moderno, baseado em um conceito novo de saúde que se afasta do conceito elaborado pelo Projeto da Reforma Sanitária e do pensamento marxista. Pauta-se “nas noções de cuidado e micropolítica do trabalho em saúde [...]”, associa-se ao movimento da “qualidade total”, sem inovar, apenas acrescenta romantismo e sensibilidade nos procedimentos” (PUCCINI e CECÍLIO, 2004 *apud* CASTRO, 2018, p. 122).

Outra forma de contribuição apontada é a operacionalização da política de cuidados paliativos, a partir de uma compreensão de que esta possa revolucionar o processo de adoecimento, não considerando a incompletude da própria política no que diz respeito a alcançar os determinantes desse processo.

> Diminuição e/ou mudança no seu processo de adoecimento, tendo em vista uma prestação de assistência pautada no que diz a política (AS5).

Essa concepção não abrange os aspectos contraditórios da política e pode ser resultado de um trabalho profissional baseado num referencial inconsistente,

eclético, constituído por informações parciais, fragmentadas e abstratas que conduz os profissionais a meros operadores da política, sem criticidade. Um profissional que restringe sua intervenção a procedimentos técnico-operativos, reduzindo seu papel de intelectual (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017).

O trabalho com famílias no sentido de ampliação de sua participação e do fortalecimento dos vínculos entre os seus membros também foi citado como contribuição das profissionais:

> O trabalho com os familiares deve ser realizado desde o momento do diagnóstico até o pós-morte, possibilitando a eles o entendimento de sua importância em todo o processo, trabalhando no fortalecimento de vínculos com o doente e com a equipe, fazendo com que eles se sintam parte integrante e responsáveis pelo cuidado do seu doente (AS4).
> O assistente social trabalha junto à família na perspectiva do fortalecimento dos vínculos, reconhece a importância da família nesse processo de autonomia, incluindo a autonomia para realizar o cuidado (AS3).
> Atua nos impactos surgidos durante o processo de adoecimento através da prestação de informações (AS5).
> Organização da família, orienta e encaminha para acesso a direitos e no preparo emocional (AS11)
> Fortalecimento de vínculos familiares, suporte familiar" (AS1.)

As ações direcionadas às famílias, por via dos serviços de saúde, é frequentemente imputada às assistentes sociais, com objetivo de preservar vínculos e/ou restaurar os rompidos, com enfoque nas situações de conflitos que possam resultar em situações de abandono, constituindo, assim, um "problema" ou "caso social" a ser enfrentado, na maioria das vezes, somente pelos assistentes sociais. Tais situações, no contexto dos serviços de saúde, não são abstraídos como uma demanda coletiva, mas como um problema individual.

Vasconcelos (2015) chama atenção para as estratégias dos assistentes sociais frente a essa demanda que cresce na medida em que se intensifica a exploração do trabalho, que, no processo de reestruturação produtiva, resulta em desemprego e aumento da massa de excluídos. O problema é que desde sempre os(as) assistentes sociais vêm enfrentando essa questão como profissionais isolados e não como categoria, independente da direção social da ação. O caminho é integrar todos os profissionais, inclusive de outras especialidades, nesse enfrentamento, com o objetivo de reconhecimento do problema como algo institucional do Estado, não como um problema do Serviço Social.

As demandas que surgem no cotidiano aparecem para as assistentes sociais de forma imediatizada, fragmentada e heterogênea. Caso o profissional não ultrapasse essa forma, não reflita sobre os determinantes, não ultrapasse o modo de

ser e pensar capitalista no qual foi socializado, estará fadado a um exercício profissional conservador, reiterando o movimento geral da sociedade.

4.2.1 Desafios para o Serviço Social

A pesquisa buscou identificar os principais desafios para os(as) assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos. Foram mencionadas dificuldades para preservar a capacidade de análise crítica diante de um contexto social tão desfavorável que requisita dos(das) profissionais respostas práticas e imediatas. Para as entrevistadas, superar esse desafio é possível, mas,

> O profissional deve compreender que os instrumentais não devem ser utilizados somente para intervir nos cuidados paliativos, precisa entender que há uma complementariedade entre a dimensão ético-política, teórico-metodológica e técnico- operativa. (AS2).
> O profissional no seu cotidiano deve buscar compreender o indivíduo em sua totalidade, atuando em conformidade com as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. (AS3).
> Se o profissional tiver bem definidas as suas atribuições dentro da equipe e o seu papel dentro desse cuidado, as dimensões técnico-operativas da profissão serão delimitadas a partir da sua prática mesmo em um espaço dinâmico e contraditório, como é o caso da saúde pública, as respostas às demandas devem ter um alinhamento visível com o projeto ético-político da profissão através de análise crítica da realidade, da saúde pública, tendo como base a dimensão teórico metodológica. (AS4).

As respostas evidenciaram possibilidades de escolhas, destacando a relativa autonomia profissional nas organizações, a necessidade de uma preparação teórica sólida e a importância da articulação das três dimensões constitutivas da profissão que é necessária para um exercício profissional qualificado. Segundo Santos, Backx e Guerra (2017, p. 45):

> [...] a questão do cotidiano pode levar a uma prática reiterativa, burocratizada, marcada pelo senso comum, tendo como consequência um exercício profissional que não é o que se pretendia realizar. Mais do que nunca, é necessário pensar as três dimensões de modo articulado, buscando um exercício profissional mais qualificado e investindo na reflexão sistemática.

Os espaços sócio-ocupacionais são complexos campos da luta de classes e sem uma consciência crítica e criativa, os(as) assistentes sociais podem facilmente servir como braço da elite dominante, sem falar dos profissionais que assumem essa direção por escolha consciente, como intelectuais orgânicos do capital (VASCONCELOS, 2015).

Outro desafio destacado pelas assistentes sociais é o despertar crítico sobre a realidade social que indica a direção social manifestada em suas intervenções. Esse percurso teórico-metodológico é fundamental para romper ou

reafirmar a visão conservadora da profissão (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017). Segundo a entrevistada:

> Quanto mais exercitamos a reflexão, o olhar crítico, acerca das demandas impostas, mais alinhados estaremos aos princípios éticos (AS5).

A superação da imagem de profissional "tarefeiro" também desponta como um desafio para as entrevistadas:

> O assistente social tem uma certa culpa por carregar uma imagem de 'tarefeiro', pois a partir do momento que eu assumo uma determinada tarefa, mesmo que não seja de minha competência, esta demanda passa a ser minha. Por outro lado, a partir do momento que a nossa capacidade de resolução é percebida pela instituição também há o reconhecimento da profissão, mas isso pode representar a ruptura com o senso crítico. (AS12).

O(A) assistente social costumeiramente expressa essa dificuldade de falta de compreensão por parte da equipe de saúde acerca de suas atribuições e competências. Essa falta de clareza tem impactos negativos para o(a) assistente social que sofre pressão com relação à demanda e executa um trabalho fragmentado. Essas dificuldades se intensificaram com a contrarreforma na saúde e as precárias condições de trabalho a que estão submetidos os profissionais da saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a).

A imagem de "tarefeiro" apontada pelo profissional tem relação direta com o aspecto técnico-operativo da profissão que é a "forma de aparecer", é a dimensão "pela qual a profissão é conhecida e reconhecida", é o "modo de ser" da profissão, que desvinculada das outras dimensões constitutivas: a teórico-metodológica e a ético-política torna-se esvaziada de sentidos (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017, p. 27).

A dimensão técnico-operativa dá visibilidade social à profissão e dela depende a resolutividade das demandas que pode resultar na mera reprodução do instituído ou a instituição do novo. É importante destacar que a intervenção não é neutra, contempla a dimensão política e teórica que, se usadas de modo isolado, mostram-se insuficientes para dar respostas qualificadas à realidade social (GUERRA, 2017.

Outro desafio apontado é ser um profissional resolutivo, visto que seu reconhecimento e credibilidade na instituição estão atrelados a esta condição. As falas abaixo evidenciam essa questão:

> [...] buscar alternativas para solucionar as demandas dos usuários. (AS7).
> Buscar estratégias técnico-operativas nos espaços ocupacionais que estão alinhadas aos princípios ético-político da profissão. (AS10).

> [...] respostas imediatistas representam o compromisso profissional com o projeto ético-político da profissão que é de buscar o reconhecimento e a credibilidade pela resolutividade. (AS9)

Há uma visão equivocada das entrevistadas ao vincular a resolução de demandas imediatas com a finalidade do projeto profissional. O reconhecimento profissional por parte das instituições ou organizações está ligado a um tipo de valorização sob o ponto de vista da burguesia, portanto, responder aos anseios institucionais e ser reconhecido por isso, não quer dizer que a contribuição do profissional está sob a lógica do projeto ético-político (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017).

Limitar a intervenção profissional às demandas imediatas significa também limitar o projeto profissional, pois as respostas podem ao máximo atingir o acesso a direitos, mas apenas para uma parcela minoritária da população que atende os critérios e a capacidade de cobertura das políticas públicas.

É cada vez mais comum associar a efetivação dos direitos sociais com a finalidade do projeto profissional. Isso é colocado também como a principal justificativa para defesa da profissão, enquanto o fortalecimento das lutas sociais a partir da mobilização e organização dos trabalhadores não são citados. Segundo Vasconcelos (2015, p. 52, grifo do autor):

> [...] certa vertente de produção de conhecimento na área de Serviço Social tem influenciado os Assistentes Sociais a colocarem como limite da atuação profissional 'o reconhecimento do direito'/o acesso ao direito etc., quando não o empoderamento dos usuários e/ou sua transformação em empreendedores, a partir do desenvolvimento da *verve empreendedorista do brasileiro pobre* - , o que tem se convertido em mais um dos mecanismos de individualização, responsabilização e culpabilização dos trabalhadores/usuários pela compulsória vivência no cotidiano da vida de todas as expressões da questão social.

Outra questão apontada como desafio é a precariedade das políticas sociais que não conseguem nem prover os mínimos aos cidadãos. Como afirma Vasconcelos (2015), cada dia torna-se mais aparente o fracasso do Estado em resolver as desigualdades sociais, ratificando a tese de ser mais um instrumento da burguesia para acumulação de capital. Sobre isso, as entrevistadas afirmam que é desafiador atuar no contexto das políticas sociais, refletem sobre a saúde pública no Maranhão e os rebatimentos em seu trabalho:

> As políticas públicas são ineficazes, demandas que não são absorvidas pelo poder público. Há profissionais que algumas vezes apelam pela filantropia ou 'relações de favor' para solucionar algumas questões devido aos limites institucionais. (AS7).
> Sobrecarga dos trabalhadores no aspecto emocional e físico; acesso restrito ao uso dos recursos institucionais; políticas públicas insuficientes para

> responder às demandas; falta reconhecimento profissional; desvalorização; salários baixos, desigualdade salarial. (AS8).
> Estrutura física inadequada. O Maranhão é um estado com uma população muito pobre, gera muitas demandas. Diagnóstico tardio do câncer. Atenção básica ineficiente. Barreiras para o acesso. Programas sociais ineficientes, precários. Casas de apoio insuficientes. Tenho a convicção de que os usuários não morrem somente pelo câncer, mas pelos eventos secundários. (AS12).
> Os usuários vivem em condições de vida precária, quando adentram a instituição já estão numa condição de terminalidade. A maioria dos pacientes são cuidados paliativos, por isso há uma seleção dos pacientes. Número de profissionais são insuficientes. Não há reconhecimento profissional por parte da instituição. Vínculos precários, resultando em desigualdade salarial. Cobrança da instituição por produtividade. (AS12).
> Falta informações e esclarecimentos aos pacientes acerca do que vem a ser cuidados paliativos, a própria equipe comete falhas nesse sentido. Acesso inadequado à política de cuidados paliativos e aos procedimentos. A gestão. Acesso aos direitos e outros. (AS5).

A saúde pública é um campo complexo e desafiador, onde se manifestam as múltiplas expressões da questão social, que se apresentam como demandas para os assistentes sociais. O enfrentamento dessas questões e do sofrimento social existente podem ocorrer a partir de mudanças nas concepções dos profissionais e da sociedade em geral. Vasconcelos (2015) enumera estratégias de enfrentamento, como: a teoria e os princípios éticos firmes; a transformação radical das condições de vida, de trabalho e de formação humana dos trabalhadores; a atuação sobre as estruturas perversas e contraditórias, não sobre os indivíduos isolados como vem ocorrendo a partir de respostas fragmentadas, contingenciais e precárias. É necessário resgatar a indissociabilidade teoria-práxis e o sentido revolucionário do conhecer para transformar.

Outra questão apontada como um dos desafios é a formação acadêmica, considerada insuficiente, pois não contempla os conteúdos específicos referentes a este espaço sócio ocupacional:

> Suponho que tenho como maior desafio a atuação junto à equipe multiprofissional, por não ter suas atribuições bem definidas na equipe. (AS3).
> É limitante para nós, pois não recebemos na formação conhecimentos específicos. (AS9).

Conforme as diretrizes curriculares da ABEPSS, a formação tem um caráter generalista para facilitar a inserção e o trabalho do profissional em vários campos de atuação.

> Obter resposta de forma abrangente e uniforme da equipe no tocante a práticas de visem o compromisso ético de humanização; fortalecimento de vínculos naquelas situações que caracterizam a pouca participação e/ou abandono familiar; ter respostas das demandas sociais que requeiram direcionamento à rede de referência. (AS10).

Outro desafio destacado é reafirmar o papel de intelectual dos assistentes sociais,

> Os desafios são constantes, devemos reafirmar o papel de intelectual do Assistente Social, senão dão 'tarefinha' para a gente; também é necessário ter segurança nas respostas e atualização profissional constante. (AS11).
> Fazer com que a equipe entenda o assistente social como profissional integrante da equipe, sem que sua prática seja teleguiada por outros profissionais, extrapolando o que é de sua competência. A falta de conhecimento e as dinâmicas institucionais acarretam uma operacionalização da política dos cuidados paliativos focada somente em estratégias pontuais, visando somente à melhora da dor física e trabalhar a ampliação desse olhar na instituição e com os profissionais é o ponto mais desafiador. (AS4).
> Outro desafio é conseguir manter um bom relacionamento interpessoal, ter boa comunicação e capacidade de argumentação. (AS7).

Para Vasconcelos (2015), romper com a miséria intelectual é tarefa não somente das massas, mas também dos profissionais que são formadores de opinião, como é o caso dos assistentes sociais que,

> [...] querendo ou não, veiculam valores, conhecimentos, habilidades, que a depender da direção social que referencia o sujeito profissional, reforçam uma das classes fundamentais no capitalismo: as classes trabalhadoras ou a classe burguesa.

Consciente ou não do seu papel, os intelectuais, incluindo os assistentes sociais, dinamizam o processo de desenvolvimento da sociedade na contraditória sociedade capitalista, favorecendo uma das classes fundamentais: a burguesia ou o proletariado. Nesta concepção, a teoria social crítica tem um papel crucial, pois possibilita uma leitura crítica da realidade, ilumina os pensamentos para enfrentar a força do capital, além de possibilitar uma atividade profissional planejada, propositiva e avaliada em suas consequências, mais do que nos seus resultados.

O Serviço Social tem o que é oferecido a poucas profissões, uma visão crítica dos processos sociais, um projeto profissional que também é um projeto de transformação da sociedade, um acervo bibliográfico atualizado e uma riqueza intelectual. A profissão tem o privilégio de se aproximar da realidade vivida pelas pessoas, principalmente as mais vulneráveis, decifrar a realidade, intervir e produzir impactos na sociedade (VASCONCELOS, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proposto buscou analisar e problematizar as concepções, contribuições e desafios para os(as) assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos. Tais reflexões nos possibilitaram compartilhar alguns elementos que puderam ser observados no cotidiano da prática profissional.

As questões apontadas na pesquisa foram analisadas com base no pensamento crítico-dialético que permite reflexões sobre a realidade social numa perspectiva de historicidade, totalidade e contradição, em que as determinações de classe social são preponderantes e aparecem no percurso da pesquisa.

É importante enfatizar que o estudo ocorreu num período atípico, marcado pelo agravamento dos problemas sociais provocados pela pandemia da COVID 19. Um contexto bastante desafiador para os(as) assistentes sociais que se depararam com uma série de adversidades, diante de demandas mais complexas e condições de trabalho mais precárias.

Ademais, o momento atual de crise do capitalismo, exige dos(das) profissionais o enfrentamento de novas demandas e atribuições, desenvolvimento de competências e exigência de novos conhecimentos técnico-operativos, em conjunto aos já realizados. Mas também é uma oportunidade para os(as) profissionais compreenderem as motivações político-econômicas e os efeitos desta crise nas políticas sociais, principal campo de atuação dos(das) assistentes sociais, assim como compreender a ação do Estado, o qual tem relação direta com a economia capitalista, sofre os efeitos da crise e é compelido a assumir novos papeis perante à sociedade.

A pesquisa revelou que a regulamentação da Política de Cuidados Paliativos, em 2018, despontou como uma conquista importante para a sociedade, uma vez que seu propósito é elevar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas sem perspectiva de cura que geralmente são “abandonadas” pelo serviço de saúde convencional. Mas, também, desperta preocupações, uma vez que o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, conduzido pela burguesia, busca transformar as políticas sociais em instrumentos de mobilização e transferência de encargos do Estado para a família e para a sociedade civil.

A partir da observação no campo de pesquisa foi possível perceber que a família tem sido responsabilizada pelo cuidado com a pessoa adoecida. Há um discurso ideológico de exaltação da família como entidade que pode oferecer os

melhores cuidados, uma relação que desconsidera a situação de empobrecimento de parcela considerável das famílias brasileiras que não podem atender todas as necessidades básicas que o enfermo apresenta sem o suporte adequado do Estado por via das políticas públicas.

As políticas sociais são contraditórias, pois respondem às necessidades do capital de manter o controle sobre a classe trabalhadora, além de serem respostas às expressões da questão social, entendidas não somente como desigualdades, mas também como lutas que levam os problemas sociais à cena pública, exigindo respostas às suas demandas. Os direitos, as políticas sociais e o Serviço Social estão neste campo contraditório.

Estudos revelam que os(as) assistentes sociais têm situado a finalidade do exercício profissional às finalidades das políticas sociais ou mesmo às normas institucionais de maneira acrítica, além dos relatos sobre os empregadores que tentam ditar regras para o trabalho dos(das) assistentes sociais (MATOS, 2015). Este foi um dos determinantes dessa pesquisa, que nos conduziu a investigar sobre o posicionamento dos assistentes sociais diante dessa realidade, considerando a experiência na Política de Cuidados Paliativos.

A pesquisa demonstrou que os serviços de cuidados paliativos vêm se constituindo como um espaço sócio-ocupacional relevante para o Serviço Social que integra as equipes especializadas e atua em todas as etapas assistenciais, desde a acolhida ao processo de alta hospitalar. Os (as) profissionais em seu contato direto com o usuário têm acesso a informações privilegiadas que lhe proporcionam conhecimentos diferenciados dos outros membros da equipe de saúde e possibilitam traçar estratégias para melhoria dos serviços prestados à população numa perspectiva interdisciplinar

A pesquisa também evidenciou que existem diferentes formas de morrer, a depender da posição social dos indivíduos; que a morte também pode ser transformada em mercadoria e contribuir para o processo de acumulação do capital; que os cuidados paliativos, como política pública gestada no capitalismo contemporâneo, busca atender aos interesses contraditórios da sociedade; e que o Serviço Social nasce como uma das instituições representativas da elite dominante, mas em seu processo histórico assume o compromisso ético com a classe trabalhadora e as políticas sociais tornam-se seu principal campo de atuação.

O Serviço Social, desde a década de 1980, busca consolidar um projeto advindo de décadas anteriores que busca romper com o conservadorismo e almeja a constituição de um projeto profissional direcionado aos interesses da classe trabalhadora. Projeto profissional consolidado na Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8.662/1993) e no Código de Ética profissional de 1993 que trouxe novos desafios para os(as) assistentes sociais que devem ser críticos, criativos e propositivos, com capacidade para articular as três dimensões constitutivas da profissão. Mas essa imagem renovada não extingue a anterior, vinculada à herança histórica com o conservadorismo, que permanece viva na disputa pelo projeto profissional hegemônico. As requisições institucionais e as expectativas a partir das quais os assistentes sociais são convocados são impregnadas por esta imagem social construída historicamente.

Esse também foi um dos achados da pesquisa, que revelou que nas instituições de saúde, sob a perspectiva dos profissionais que compõe as equipes de cuidados paliativos, ainda predomina uma imagem equivocada e/ou ultrapassada sobre o significado social do Serviço Social e suas formas de atuação, compreensão essa, obtida a partir das requisições institucionais.

Acerca da concepção sobre a Política de Cuidados Paliativos, os(as) assistentes sociais a compreendem a partir dos objetivos que foram formulados pela OMS e que situa a qualidade de vida como objetivo central. Trata-se de uma compreensão reduzida da Política, em que não são explorados seus aspectos históricos, contradições, limites e possibilidades. Manter a visão crítica sobre as políticas sociais é indispensável para os/as assistentes sociais construírem subsídios teórico-metodológicos de resistência à onda conservadora.

As profissionais entrevistadas reconheceram a política como um avanço social importante, pois almeja alterar processos de trabalho para possibilitar um olhar ampliado sobre os sujeitos, reconhece as necessidades básicas dos sujeitos, busca o aumento da cobertura assistencial via SUS e qualificação do acolhimento priorizando o respeito e a dignidade dos usuários.

Em relação à atuação do Serviço Social na área, foi enfatizada a importância da unicidade entre as três dimensões constitutivas da profissão, mas não com a mesma relevância pelas entrevistadas. É necessária uma sintonia entre os profissionais, esforço para consolidar o projeto profissional e zelo pela qualificação contínua.

Em relação aos aspectos contraditórios da Política de Cuidados Paliativos, a ênfase foi no processo de precarização, que indubitavelmente é visualizado com mais intensidade por quem está no âmbito da execução das políticas sociais, em que são reveladas as divergências entre o que diz a lei e a prática. O princípio da universalidade do SUS foi questionado e considerado como um aspecto contraditório, uma vez que a demanda supera a capacidade de oferta, isso implica em rebatimentos no trabalho dos assistentes sociais.

Foi identificado também que os profissionais aprofundam suas leituras no acervo teórico referente aos procedimentos operacionais da política, importante para o fazer profissional, mas insuficiente para uma leitura crítica. Uma visão mais abrangente da política exige esforço e dedicação dos profissionais em utilizar o método marxista que permite a passagem do singular, universal, particular, portanto, possibilita-nos ampliar os horizontes de interpretação da realidade social.

Nesse contexto, Guerra (2017) aponta para a importância da dimensão investigativa da profissão, a partir da qual é possível criar estratégias para conhecimento mais aprofundado sobre as relações sociais e como se materializam na vida dos sujeitos, e, assim, elaborar respostas profissionais qualificadas voltadas para a defesa dos direitos e denunciar a insuficiência de recursos ou serviços sociais públicos.

Por fim, podemos concluir que as contribuições do Serviço Social na área de cuidados paliativos decorrem de sua capacidade crítica de análise da realidade social numa perspectiva de totalidade, realizando ações que são imprescindíveis para socialização de conhecimentos e viabilização dos direitos sociais assegurados nas escassas políticas públicas.

Os desafios cotidianos exigem que assistentes sociais sejam críticos e propositivos, com capacidade para pensar estratégias de superação da rotina burocrática e alienante dos serviços de saúde. O profissional deve intervir com base no Projeto Ético-Político profissional e no Projeto da Reforma Sanitária que nos habilita a dar respostas qualificadas às necessidades dos usuários. A consolidação do Projeto Ético-Político profissional requer remar na contracorrente da sociedade burguesa (IAMAMOTO, 2015).

Longe de esgotar todas as reflexões acerca das concepções, contribuições e desafios dos assistentes sociais diante da Política de Cuidados Paliativos, o presente estudo teve como propósito ampliar esse horizonte e contribuir para o debate crítico no que diz respeito à atuação do profissional nesta área.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Análise situacional e recomendações para reestruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf. Acesso em: 21 mar. 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Onde existem cuidados paliativos**. São Paulo, 2021. Disponível em: https://paliativo.org.br/ancp/onde-existem/. Acesso em: 21 mar. 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Serviço de cuidados paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão**. São Paulo, 18 dez. 2019. Disponível em: https://paliativo.org.br/servico-cuidados-paliativos-hospital-cancer-maranhao. Acesso em: 21 mar. 2021.

ANDRADE, Laurielle Souza; FRANCISCHETTI, Ieda. Referência e Contrarreferência: compreensões e práticas (artigo original). **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 10, n. 1/3, p. 54-63, 2019. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281/5636. Acesso em: 10 ago. 2021.

ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. 4. ed. Lisboa: Teorema, 2010.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. Gestão do SUS: o que fazer. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 27 fev. 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, Maria Inês; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. 40 anos da virada do Serviço Social: história e significados. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 136, p. 407-415, set./dez. 2019.

CALGARO, Fernanda; GARCIA, Gustavo. Senado aprova PEC que prorroga DRU até 2023: texto vai à promulgação. **G1**, Brasília, DF, 25 ago. 2016. Disponível em: http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/08/senado-aprova-em-primeiro-turno-pec-que-prorroga-dru-ate-2023.html. Acesso em: 7 set. 2021.

CARDOSO, Renata de Oliveira. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitário. *In*: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Sousa Bravo de (org.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2014.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Humanização em saúde**: intencionalidade política e fundamentação teórica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

CEOLIN, George Francisco. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 18, p. 239-264, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/yJQLmgRRmJ8XpYNmzYsP6kf/?lang=pt&format=pdf#:~:text=As%20manifestações%20de%20precarização%20do,de%20crise%20estrutural%20do%20capital. Acesso em: 10 mar. 2021.

CONCEIÇÃO, Tainá Sousa. **"Fazer mais e melhor com o pouco que tenho..."**: um estudo da Política Nacional de Humanização implementada em Manaus-AM. 2009. 268 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2010a.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 557**, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Brasília, DF: CFESS, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 569, de 25 de março de 2010**. Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Brasília, DF: CFESS, 2010b. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

COUTINHO, Carlos Nelson. Cidadania e modernidade. **Perspectivas**, São Paulo, v. 22, p. 41-59, 1999.

CUNHA, Maria Zulmira Bessa Amorim Nascimento. O planejamento estratégico no âmbito das empresas públicas. **Comunicação & Mercado**, Dourados, v. 7, n.15, p. 224-243, jul./dez. 2019.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Sobre a EMSERH**. São Luís, 24 abr. 2016. Disponível em: http://www.emserh.ma.gov.br/sobre-a-emserh/ . Acesso em: 10 nov. 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. Acerca do objeto do Serviço Social: uma proposta de desconstrução no contexto brasileiro. *In*: FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FAZENDA, Ivani A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e Pesquisa. São Paulo: Papirus, 1994.

FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice**: fundamentos, crenças, contradições na busca da boa morte. 2009. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

Floriani, Ciro Augusto; Schramm, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 989-994, ago. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/V5YZWbp8BG793JYZ635846C/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 abr. 2021.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, p. 165-180, jul. 2010. Suplemento 1.

GARCIA, João Batista Santos; RODRIGUES, Rayssa Fiterman; LIMA, Sara Fiterman. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 64, n. 4, p. 286-291, jul./ago. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rba/a/rVtfJJkLXSYsWbGMzt8WPSc/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Gustavo França. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos de privados de gestão. *In*: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Sousa Bravo de (org.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2014.

GOMES, Nilvania Alves. Serviço Social e Interdisciplinaridade: confluências e desafios. *In*: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 4., 2016, Belo Horizonte. **Anais** [...]. Belo Horizonte: Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais, 2016.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In*: SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

GURGEL, Wildoberto Batista. A morte como questão social. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 27, p. 60-91, jul./dez. 2007. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/138. Acesso em: 15 mar. 2021.

GURGEL, Wildoberto Batista. **Direitos sociais dos moribundos**: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas. 2008. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.

HERMES, Helida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 jun. 2021.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Conservadorismo e Serviço social: a herança conservadora do Serviço Social: atualização e busca de ruptura. *In*: IAMAMOTO, Marilda. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013a.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013b.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 9- 32, jan./jul 2004.

ILLICH, Istvan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Tradução José Kosinski de Cavalcanti. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KOVÁCS, Maria Julia. Educação para a morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/?lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

KOVÁCS, Maria Julia. Morte com dignidade. *In*: FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **Vida, morte e luto**: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.

MARANHÃO, José Luiz Souza Maranhão. **O que é morte**. São Paulo: Brasiliense, 2017. *Ebook*

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, dec. 2015.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MATTEDI, Marcos Antonio; PEREIRA, Ana Paula. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. **Caderno CRH**, Salvador, v. 20, n. 50, p. 319-330, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-49792007000200009. Acesso em: 12 mar. 2021.

MELLO, Isabela de Lucas; LIMA, Hilda Manoela de; SERRANO, Luzia Cristina de Almeida. Protocolo de intervenção do serviço social em cuidados paliativos. *In*: UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. **Documentos**. Ribeirão Preto, jun. 2019. Disponível em: unaerp.br/documentos/3364-rci-protocolo-de-intervencao-do-servico-social-em-cuidados-paliativos-06-2019/file. Acesso em: 30 nov. 2021.

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, 2015.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro. Garamond: Fio Cruz, 2004.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010. Disponível em: https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1937. Acesso em: 10 set. 2021.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Estudos socioeconômicos. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 481-496.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 699-720, out./dez. 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-15, dez. 2004.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; DAL PRA, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. *In*: MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (org.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez Editora; 2015. p. 147-78.

MITFORD, Jessica. **The American way of death**. Michigan: Simon and Schuster, 1963.

MORAES, Carlos Antônio de Souza. SCHOCAIR, Gabriela Mendes Moreira. Tendências do mercado de trabalho brasileiro na entrada do século XXI: análises de indicadores nacionais, estaduais e regionais. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE

PESQUISADORAS/ES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais** [...]. Vitória: ABPESS, 2018.

MORAIS, Erivaldo Santos. **Subjetividade e serviço social**: desafios para a prática profissional. Curitiba: CRV, 2020.

MOREIRA, Marilda Maria da Silva. Qualidade de vida: expressões subjetivas e histórico-sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 9, n. 1, 2006. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v9n1_marilda.htm. Acesso em: 10 ago. 2021.

MOREIRA, Tales Willyan Fornazier; CAPUTI, Lesliane. As diretrizes curriculares da ABEPSS e os valores éticos e políticos para formação profissional em Serviço Social. **Revista Temporalis**, Brasília, DF, v. 16, n. 32, jul./dez. 2016.

MORO, Maristela; MARQUES, Morena. A Relação do Serviço Social com os Movimentos Sociais na Contemporaneidade. **Temporalis**, Brasilia, DF, ano 11, n. 21, p. 13-47, jan./jun. 2011.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela Santana do. Serviço Social brasileiro: cenários e perspectivas nos anos 2000. *In*: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana do (org.). **Cenários, contradições e pelejas do Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2016.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético político contemporâneo. *In:* UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: módulo 1. Brasília, DF: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

OLIVEIRA, Francisco de. **Brasil uma biografia não autorizada**. São Paulo: Boitempo, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANZIAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Histórico da pandemia de Covid-19**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19. Acesso em: 10 abr. 2021.

OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira. Atualidades da “questão social”, da justiça social e da gestão de políticas públicas. *In*: JÚNIOR MACAMBIRA, Francisco Bezerra (org.). **Estado e políticas sociais**: fundamentos e experiências. Fortaleza: UECE, 2014.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1723-1728, 2018.

PALACIOS, Marisa; REGO, Sergio. **Bioética para profissionais da saúde**. São Paulo: Fiocruz, 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Política social contemporânea: concepções e configurações no contexto da crise capitalista. *In*: COSTA, Lúcia Cortes da; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SILVA, Vini Rabassa da (org.). **A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013. p. 15-26.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *In*: PESSINI, Leo; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: EDUNISC/Edições Loyola, 2004.

PIMENTEL, Mercia Sylvianne Rodrigues. **Morte-mercadoria na sociedade contemporânea**: analise dos discursos de negativação e positivação da morte no capitalismo. 2015. 202 f. Tese (Doutorado em Letras: Linguística) – Faculdade de Letras, Programa de Pós Graduação em Letras e Linguística, Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO BRASIL. **O que é IDH**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html. Acesso em: 7 out. 2021.

QUEIROZ, Evelin. Governo institui Comissão de Cuidados Paliativos para ampliar a oferta dos serviços em unidades estaduais de saúde. **Destaque Notícias SES**, Brasília, DF, 28 out. 2020a. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/destaques/governo-institui-comissao-de-cuidados-paliativos-para-ampliar-a-oferta-dos-servicos-em-unidades-estaduais-de-saude/#:~:text=No%20Maranh%C3%A3o%2C%20al%C3%A9m%20do%20Hospital,Santa%20In%C3%AAs%2C%20Pinheiro%20e%20Chapadinha. Acesso em: 21 mar. 2021.

QUEIROZ, Evelin. Hospital do Câncer do Maranhão completa seis anos de assistência oncológica à população. **Destaque Notícias SES**, Brasília, DF, 26 ago. 2020b. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/destaques/hospital-de-cancer-do-maranhao-completa-seis-anos-de-assistencia-oncologica-a-populacao/. Acesso em: 21 mar. 2021.

ROCHA, Renada da. Eutanásia, suicídio assistido, distanásia, ortotanásia e testamento vital: aspectos éticos e jurídicos acerca da morte digna. **JUS HUMANUM – Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas e Sociais**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 141-162, jan. /jun. 2014.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer**: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SAITO, Danielle Yuri Takauti *et al.* Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, jan./mar. 2013.

SALGADO FILHO, Natalino. Hospital Geral Dr. Tarquínio Lopes Filho: um passado de glórias, um futuro de esperança. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Maranhão**, São luís, n. 26, p.118-121, 2002.

SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SANTOS, Claudia Mônica dos; SOUZA FILHO, Rodrigo de; BACKX, Sheila. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. *In*: SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SANTOS, Cledy Eliana dos. **Cuidados paliativos em pacientes oncológicos**: a realidade do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. 2018. 376 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade do Porto, Porto, 2018.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão social**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (coord.). **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão e Piauí**. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de Políticas e Programas Sociais: Uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. *In*: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (org.). **Pesquisa avaliativa**: aspectos teórico-metodológicos. 2. ed. São Paulo: Veras Editora; São Luís: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza, 2013. p. 89-177.

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli; YONEKURA, Tatiana. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, 2013.

SOUZA, Diego de Olivera; MENDONÇA, Henrique Pereira Freitas de. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 543-552, 2017.

TAKEDA, Luíza Rumiko. Solidão e morte em hospitais. **Enfermagem Moderna**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 10-15, out./dez. 1985.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. *In*: SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. O assistente social na luta de classes: entre projetos, tendências, possibilidades, alternativas não exploradas e consequências, no contexto de lutas emancipatórias. *In*: VASCONCELOS, Ana Maria de. **O Assistente Social na luta de classes**: projeto profissional e mediações teórico-práticas. São Paulo: Cortez, 2015. *Ebook.*

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Mendes Iranilde José Messia. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/DpsYjRRZdHvgfjrWYXj9bxQ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 maio 2021.

YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos histórico e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/Abepss, 2009.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100003. Acesso em: 10 jun. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS: projetos políticos em disputa, concepções e desafios para os assistentes sociais que atuam em equipes especializadas em cuidados paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

1. Instituição:

2. Informações gerais:

2.1. Ano de conclusão de graduação em Serviço Social:

2.2. Escola na qual graduou em Serviço Social:

2.3. Natureza do vínculo empregatício:

2.4. Tempo de trabalho na instituição:

( ) menos de 1 ano ( ) mais de 1 a 3 anos

( ) mais de 3 a 5 anos ( ) mais de 5 a 10 anos ( ) mais de 10 anos

3. Questões especificas:

3.1. O que são os cuidados paliativos?

3.2. Atua como profissional de referência para o serviço de cuidados paliativos?

3.3. Considerando as mediações que interferem no exercício profissional dos Assistentes Sociais, quais são os requisitos necessários para as/os Assistentes Sociais atuarem em serviços de cuidados paliativos?

3.4. Há questões contraditórias na Política de Cuidados Paliativos? Quais as principais? E como você avalia?

3.5. Considerando o trabalho profissional do/a Assistente Social, quais são as contribuições desse profissional junto à equipe multiprofissional de cuidados paliativos?

3.6. Considerando o trabalho profissional do/a Assistente Social, quais são as contribuições desse profissional junto aos usuários em cuidados paliativos?

3.7. Considerando o trabalho profissional do/a Assistente Social, quais são as contribuições desse profissional junto às famílias dos usuários em cuidados paliativos?

3.8. Considerando as demandas sociais e institucionais que se expressam no contexto dos cuidados paliativos, qual o referencial utilizado pelos Assistentes Sociais para análise

dessas demandas? E como esse referencial teórico se expressa através das estratégias e das respostas profissionais?

3.9. Considerando que o Serviço Social é uma profissão fundamentalmente operativa e que no cotidiano dos serviços são requisitadas respostas práticas e imediatas, nesse contexto, é possível para o/a Assistente Social preservar sua capacidade de análise crítica da realidade e construir respostas profissionais alinhadas ao Projeto Ético-Político da profissão? Justifique.

3.10. Quais os principais desafios para os/as assistentes sociais que atuam em cuidados paliativos?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário, da pesquisa intitulada: ***"SERVIÇO SOCIAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS: projetos políticos em disputa, concepções e desafios para os assistentes sociais que atuam em equipes especializadas em cuidados paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão"*** de responsabilidade das pesquisadoras Profª Dra. Cristiana Costa Lima e Francilene Gomes Nunes Moura.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. O objetivo é analisar as concepções teórico-metodológicas e ético-políticas dos/das assistentes sociais vinculados às equipes especializadas em cuidados paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão. Essa análise é necessária dado o contexto atual caracterizado pelo retorno às práticas conservadoras e autoritárias que incidem sobre a prática interventiva dos Assistentes Sociais, portanto é fundamental apreender o direcionamento social da profissão e construir propostas de trabalho condizentes com o projeto ético-político da profissão.

Leia cuidadosamente, esclareça dúvidas com o pesquisador e caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

1. A participação na pesquisa consiste em responder questionamentos sobre o tema da pesquisa, num prazo médio de 30 minutos, podendo exceder, sem qualquer prejuízo à pesquisa.
2. O estudo oferece riscos mínimos ao participante da pesquisa, com possíveis danos à dimensão psíquica, intelectual e social, como: constrangimento, cansaço e desconforto ao responder alguns questionamentos. Afim de minimizar esses riscos, o pesquisador se compromete a não exceder o tempo médio para a entrevista e oferecer orientação quanto aos danos decorrentes. A quebra do sigilo e a confidencialidade da informação também é um risco que deve ser evitado, para isso será registrado apenas as iniciais do nome do participante da pesquisa e as informações obtidas durante a entrevista serão guardadas e arquivadas em local seguro e privado, onde somente os pesquisadores terão acesso.
3. Os benefícios desse trabalho contribuem para ampliar o debate sobre a capacidade de apreensão crítica dos Assistentes Sociais e o seu posicionamento político em relação às manifestações da questão social no cotidiano da prática profissional. Além de contribuir também para ampliação do acervo de produções científicas sobre o Serviço Social e a Política de Cuidados Paliativos no Brasil, escassos até o momento.
4. O participante da pesquisa não terá nenhuma despesa e poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem precisar justificar ou sofrer qualquer prejuízo.
5. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, o participante da pesquisa poderá ser compensado conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde
6. O participante da pesquisa tem livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências.
7. Os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e os resultados obtidos poderão ser publicados.
8. Em caso de dúvidas, pedimos a gentileza de entrar em contato, no horário das 8h às 12h e 14h às 18h, com as pesquisadoras: Cristiana Costa Lima, fone: (98)98222-0222 e/ou e-mail: costalima.cristiana@gmail.br ou Francilene Gomes Nunes Moura, fone: (98) 98862-7957 e/ou e-mail: francilene.moura@discente.ufma.br e/ou com Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA, localizado à Rua Barão de Itapary, nº 227, 4º andar, Centro – São Luís/MA. CEP: 65020-070, no horário das 8h às 17h. Fone: (98) 2109-1250.
9. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Capítulo VII.2 da Resolução nº 466/2012).

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância, riscos, benefícios e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa intitulada ***"SERVIÇO SOCIAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS: projetos políticos em disputa, concepções e desafios para os assistentes sociais que atuam em equipes especializadas em cuidados paliativos do Hospital do Câncer do Maranhão"***, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas desde que nenhum dado possa me identificar.

São Luís-MA, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO

ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 23/11/2018 | Edição: 225 | Seção: 1 | Página: 276

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite

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).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso II do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e tendo em vista o disposto no inciso I do art. 32 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 em conformidade com o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 1.083/SAS/MS, de 02 de outubro de 2012 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica;

Considerando o Anexo IX da Portaria de consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo XI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

Considerando o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS);

Considerando o Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS);

Considerando o Anexo XXV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando o Anexo XXVIII, Título III, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo XXVIII, Título IV, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Título XI da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que trata das diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS;

Considerando o Anexo IV, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado;

Considerando o Título IV, Capítulo III, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que trata sobre o atendimento e internação domiciliar;

Considerando o Título V, Capítulo I, da Portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 trata do financiamento do componente básico da assistência farmacêutica;

Considerando o Título V, Capítulo II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que trata do financiamento do componente especializado da assistência farmacêutica;

Considerando a Resolução CFM nº 1.805/2006 que dispõe que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal;

Considerando a Resolução CFM nº 1.995/2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes;

Considerando a Resolução CFM nº 2.156/2016 que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva;

Considerando que o Brasil vive um processo de envelhecimento populacional, e que este processo acompanhado do avanço tecnológico da segunda metade do século XX, no campo da medicina e da saúde, modificou a pirâmide etária e aumentou a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em nossa sociedade;

Considerando em 2014 a Recomendação da 67º Assembleia da Organização Mundial de Saúde, uma exortação aos seus estados membros para que desenvolvam, fortaleçam e implementem políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências para apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis;

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.

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

Art. 3º A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:

I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;

II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;

III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;

IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;

V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;

VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;

VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e

VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

Art. 4º Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

II - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;

III - afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;

IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

V - promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;

VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;

VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;

VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;

IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

X - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;

XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e

XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

Art. 5º Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente:

I - Atenção Básica: ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária;

II - Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitarem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.

III - Atenção Ambulatorial: deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede;

IV - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; e

V - Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

Art. 6º Os especialistas em cuidados paliativos atuantes na RAS poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância.

Art. 7º O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos, notadamente opióides, deverá seguir as normas sanitárias vigentes e observar as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS.

Art. 8º O financiamento para a organização dos cuidados paliativos deverá ser objeto de pactuação tripartite, observado o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na RAS.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação

GILBERTO OCCHI
Ministro de Estado da Saúde

LEONARDO MOURA VILELA
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde