



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MAYARA DE SOUZA LIMA**

**CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO SUS:  
UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE UMA PESQUISA COM  
DISCENTES DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO  
DA BAHIA.**

Salvador  
2020

**MAYARA DE SOUZA LIMA**

**CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO SUS:  
UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE UMA PESQUISA COM  
DISCENTES DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO  
DA BAHIA.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Martha Moreira Cavalcante Castro

Salvador  
2020

**MAYARA DE SOUZA LIMA**

**CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO SUS:  
UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DE UMA PESQUISA COM  
DISCENTES DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO  
DA BAHIA.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

APROVADA em: 14/12/2020

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha  
(Universidade Federal da Bahia)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia da Silva Clemente  
(Universidade Federal de Pernambuco)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia da Silva Clemente  
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

## AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, pois todo o resto não existiria sem o cuidado d'Ele com a minha vida. Tudo o que conquistei e sou é graças ao Seu amor e providência.

Aos meus pais, Marluce e Valdenir, pelo constante e absoluto apoio. Ao meu irmão Marcus Vinicius pela ajuda maior no período de finalização desta pesquisa. Além de agradecer compartilho esta alegria. Amo vocês!

Às (aos) colegas de turma por dividirem comigo os aprendizados, as angústias e as alegrias dessa conquista. Às (aos) docentes desta universidade e às assistentes sociais do HUPES (2018–2019), pelo conhecimento adquirido, pela instigação à atividade de pesquisa, pela formação acadêmica e profissional, como também pessoal.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha, pela troca mútua de conhecimento e experiências, a qual sou grata pelos ensinamentos e companhia durante esta etapa.

À minha coorientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Martha Moreira Cavalcante Castro, pela sua orientação, incentivo, apoio e ânimo.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, me auxiliaram neste caminho.  
Gratidão!

“A nossa vida é como a grama;  
cresce e floresce como a flor do campo.  
Aí o vento sopra, a flor desaparece,  
e nunca mais ninguém a vê.”

Salmos 103:15-16

LIMA, Mayara de Souza. **Cuidados Paliativos no contexto do SUS:** Um estudo realizado a partir de uma pesquisa com discentes de graduação em Serviço Social do estado da Bahia. 2020. 62 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

## RESUMO

Cuidados Paliativos, segundo a definição da OMS de 2002 e atualizada em 2017, consistem na abordagem que visa promover a qualidade de vida de todas as pessoas – da criança ao idoso – e seus familiares que enfrentam situação de saúde que ameace a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais. O contexto da transição demográfica e mudanças epidemiológicas da população brasileira justifica a demanda crescente de usuários elegíveis para acompanhamento por equipe de cuidados paliativos. Logo, torna-se necessário a implementação de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011, 2018). Objetiva-se identificar a importância dos cuidados paliativos e o grau de conhecimento de modo geral sobre cuidados paliativos junto às/os discentes dos cursos de graduação de Serviço Social do Estado da Bahia. Trata-se de uma pesquisa documental associada à pesquisa bibliográfica com o uso de obras no âmbito do SUS, dos cuidados paliativos e do Serviço Social para o tratamento científico da temática em foco. Neste estudo, verificamos que o conhecimento sobre as propostas e os princípios dos cuidados paliativos dos (as) discentes avaliados (as) foi classificado entre baixo e moderado; e a matriz curricular de graduação de Serviço Social carece de disciplina que aborde esse assunto. Conclui-se que a implementação de disciplina sobre cuidados paliativos na grade curricular de graduação em Serviço Social e/ou em seus conteúdos sobre políticas de saúde poderia ampliar os conhecimentos, pesquisas e estudos nesta área e possivelmente resultaria em melhoria da atuação profissional na dimensão da assistência paliativa.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Graduação em Serviço Social; Sistema Único de Saúde.

LIMA, Mayara de Souza. **Palliative Care in the context of SUS**: A study based on a survey of the students in the Social Work undergraduate programs in the State of Bahia. 2020. 62 s. Monograph (Graduation in Social Work) - Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2020.

## **ABSTRACT**

Palliative Care, according to the definition by the World Health Organization, updated in 2017, consists of the approach which aims at promoting life quality for everyone – from children to elderly. The approach also includes the relatives who might be going through some health issue that threatens the continuity of life, by means of prevention and mitigation of suffering. It requires early diagnosis, measurement of pain and other physical, psychic, social, familial and spiritual problems. The concept of demographic transition and epidemiologic changes in the Brazilian population justify the increasing demand of eligible users for assistance provided by the palliative care staff. Thus it is necessary to implement courses and syllabuses concerning palliative care in undergraduate programs for health workers (BRASIL, 2011, 2018). This research aimed to identify the importance of palliative care and the degree of general knowledge on palliative care of the students in the Social Work undergraduate programs in the State of Bahia. It consists of a documental research associated with a bibliographic research which comprises works related to the Brazilian Unified Health Care System (SUS), palliative care and Social Work, as a form of scientific analysis of the central topic. In this study, it was verified that the students' knowledge concerning the propositions and principles of palliative care was ranked from low to moderate, and the undergraduate Social Service syllabus lacks courses which approach this topic. The study concluded that the inclusion of a course concerning palliative care in the syllabus and/or in the program content related to health care policies could expand the knowledge and studies in this field, and it could lead to improvements in the professional performance in the specialty of palliative care.

**Keywords:** Palliative Care; Social Work undergraduate programs; Unified Health Care System.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos (as) discentes avaliados (a) (n= 40), de outubro de 2019 a fevereiro de 2020, Bahia.	34
Tabela 2 – Dados da grade curricular do curso de Serviço Social dos (as) discentes avaliados (as) (n= 40), de outubro de 2019 a fevereiro de 2020, Bahia.	35
Tabela 3 – Porcentagem de acertos, erros e não saber dos (as) graduandos (as) de Serviço Social sobre conhecimentos dos Cuidados Paliativos (n= 40), de outubro de 2019 a fevereiro de 2020, Bahia.	38
Tabela 4 – Distribuição da pontuação dos (as) graduandos (as) de Serviço Social avaliados (as) entre outubro de 2019 a fevereiro de 2020 (n= 40), Bahia.	45



## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CP	Cuidados Paliativos
DC	Diretrizes Curriculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GECP/UFBA	Grupo de Estudos em Cuidados Paliativos
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgar Santos
ICS/UFBA	Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia
IES	Instituição de Educação Superior
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Conhecendo o SUS e a importância do debate dos Cuidados Paliativos no âmbito do sistema.....</b>	<b>14</b>
2.1. DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SUS. ....	14
2.1.1. As origens do Movimento Sanitário .....	16
2.1.2. As características gerais da Reforma Sanitária Brasileira .....	18
2.1.3. A respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	20
2.2. A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O SUS: POSSIBILIDADES DE UMA MAIOR QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE? .	21
2.2.1. Cuidados Paliativos no Mundo e no Brasil .....	23
2.2.2. Equipe de saúde para trabalhar com os Cuidados Paliativos.....	25
2.2.3. O Serviço Social inserido na equipe de Cuidados Paliativos.....	26
2.2.4. Cuidados paliativos no ensino de graduação em Serviço Social.....	30
<b>3. METODOLOGIA DA PESQUISA .....</b>	<b>32</b>
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>34</b>
4.1. DISCENTES DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DA BAHIA: IDENTIFICAÇÃO DOS (AS) RESPONDENTES. ....	34
4.2. CONTATO COM A TEMÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A GRADUAÇÃO. ....	35
4.3. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS (AS) DISCENTES DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DA BAHIA.....	37
4.4. IDENTIFICAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO GERAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS (AS) RESPONDENTES. ....	45
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>55</b>

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	55
APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO .....	58

## 1. INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP), segundo a definição da OMS de 2002 e atualizada em 2017, consistem na abordagem que visa promover a qualidade de vida de todas as pessoas – da criança ao idoso – e seus familiares que enfrentam situação de saúde que ameace a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais.

O contexto da transição demográfica e mudanças epidemiológicas da população brasileira justifica a demanda crescente de usuários elegíveis para acompanhamento por equipe de CP, logo, torna-se necessário a implementação de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011, 2018), inclusive para a formação dos (as) futuros (as) assistentes sociais.

Este trabalho é decorrente de um estudo maior intitulado: “Conhecimento sobre cuidados paliativos dos graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do Estado da Bahia”, cujo objetivo foi investigar o nível de conhecimento geral dos graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do Estado da Bahia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (ICS/UFBA), sob parecer nº 3.654.042 mediante a autorização do participante através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Mais uma vez, vale destacar que a partir da minha experiência na condição de pesquisadora deste projeto, no nível de Iniciação Científica, se deu a motivação para propor um trabalho monográfico que especificamente buscou identificar a importância dos cuidados paliativos e o grau de conhecimento de modo geral acerca desta temática junto às/os discentes dos cursos de graduação de Serviço Social do Estado da Bahia.

O interesse por cuidados paliativos se deu a partir das vivências no estágio acadêmico realizado no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), onde a aproximação com pacientes portadores de doenças graves, progressivas e que ameaçam a continuidade da vida, instigou a procura por entendimento acerca

dessa temática, e, posteriormente, ao ingressar no Grupo de Estudos em Cuidados Paliativos (GECP/UFBA).

A morte é um processo natural da vida, entretanto “os avanços tecnológicos na área médica fizeram com que não só os médicos, mas a sociedade como um todo, perdessem a noção de que a vida é finita” (BURLÁ, 2011, p. 43). Diante disso, estudos sobre essa temática tornam-se relevantes, pois a literatura científica aponta que há vivências de residentes de Serviço Social em equipes multidisciplinares atendendo indivíduos portadores de doenças ameaçadoras da vida relatando as possibilidades e limites da atuação do (a) assistente social neste contexto.

Todavia, foram identificados poucos estudos que mostrem o contato de graduandos de Serviço Social com essa realidade, principalmente durante a formação acadêmica, sendo importante investigar o conhecimento dos futuros assistentes sociais a respeito dos cuidados paliativos. A escassez desta temática aponta para uma necessidade de implementar o ensino dos cuidados paliativos na grade curricular nos cursos de graduação de Serviço Social.

Deste modo, os dados coletados na presente pesquisa poderão contribuir para o direcionamento de medidas e ações educacionais nos cursos de graduação de Serviço Social, visando o ensino dos cuidados paliativos durante a formação de assistentes sociais, que poderá resultar em melhoria da atuação profissional e da assistência paliativa.

A presente monografia está assim constituída: O primeiro momento apresenta uma breve reflexão teórica que contextualiza o histórico das políticas de saúde no Brasil a partir do movimento de Reforma Sanitária Brasileira até a constituição do SUS.

Paralelo a isso, discutiremos sobre Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS analisando o cenário epidemiológico que impulsiona o crescimento da demanda de usuários elegíveis para acompanhamento por equipe de cuidados paliativos no mundo e no Brasil. Esse momento é também dedicado à reflexão sobre a atuação do Serviço Social na política de saúde, bem como a implementação dos Cuidados Paliativos no ensino de graduação.

O segundo momento enfoca a metodologia da pesquisa que é do tipo documental associada à pesquisa bibliográfica com o uso de produções científicas no âmbito do SUS, sobre cuidados paliativos e Serviço Social para o desenvolvimento da temática em foco.

O terceiro momento incorpora a descrição e análise dos dados coletados onde verificou-se a relação do conteúdo adquirido através do banco de dados do GECP/UFBA com as referências teóricas existentes. E por fim, tecem-se as considerações finais acerca do tema proposto, buscando responder aos objetivos deste estudo que são identificar a importância dos cuidados paliativos e o grau de conhecimento de modo geral sobre cuidados paliativos junto às/os discentes dos cursos de graduação de Serviço Social do Estado da Bahia.

## **2. A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Conhecendo o SUS e a importância do debate dos Cuidados Paliativos no âmbito do sistema.**

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma breve reflexão teórica que contextualiza o histórico das políticas de saúde no Brasil a partir do movimento de Reforma Sanitária Brasileira até a constituição do SUS.

Paralelo a isso, discutiremos sobre a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, analisando o cenário epidemiológico que impulsiona o crescimento da demanda de usuários elegíveis para acompanhamento por equipe de cuidados paliativos no mundo e no Brasil. Esse momento é também dedicado à reflexão sobre a atuação do Serviço Social na política de saúde, bem como, a implementação dos Cuidados Paliativos no ensino de graduação.

### **2.1. DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SUS.**

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) constitui uma proposta abrangente de mudança social e um processo de transformação sanitária criada desde a década de 1970. Este processo teve como marco ideológico a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, legitimado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa linha de investigação insere-se um conjunto de pesquisas sobre o processo da Reforma Sanitária que tem como produto o SUS (ESCOREL, 1999; PAIM, 1997, 2008, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Desta forma, a Reforma Sanitária pretendeu discutir mais que uma transformação no setor de saúde, visava compreender os paradigmas da sociedade como um todo, visando a melhoria das condições de vida da população.

As origens do Movimento Sanitário<sup>1</sup> (ESCOREL, 1987) remontam aos primeiros anos de ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de

---

<sup>1</sup> Os médicos foram o primeiro setor dos trabalhadores a desafiar o governo militar e convocar uma greve geral por melhores condições salariais colocando as reivindicações corporativas no contexto das lutas por um sistema de saúde mais democrático, isto é, menos subordinado aos interesses

expressão política, a Universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário e nas faculdades de medicina, sob a recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foram criados os departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais se aglutina e defende-se o pensamento crítico na saúde.

As concepções de saúde que nortearam o Movimento Sanitário no Brasil constituíram o “paradigma sanitário” centradas na Medicina Preventiva e na Medicina Comunitária. Entretanto, renasce com significativa importância a Medicina Social inspirada nos princípios que fundamentaram a sua emergência na Europa em meados do século XIX, considerando:

A saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica (...) A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica (...). A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico. (SILVA, 1973, p. 31-32).

Dentro desta perspectiva, a produção teórica desenvolvida nas décadas de 70 e 80 favoreceu a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva vinculado aos dois conceitos fundamentais:

- *Determinação social das doenças e*
- *Processo de trabalho em saúde.*

A Reforma Sanitária transcende a ideia apenas de um projeto e se coloca enquanto um processo através das múltiplas ações que foram consolidadas no

---

empresariais, com melhores condições de trabalho e remuneração dos profissionais. A incorporação das organizações sindicais médicas ao Movimento Sanitário, ainda quase que exclusivamente composto por intelectuais, deu uma dimensão política inusitada às reivindicações de transformação do sistema de saúde. Na sua vertente político-ideológica, o Movimento Sanitário buscou inspirado na experiência italiana, mecanismos capazes de difundir uma nova consciência sanitária, ao mesmo tempo, que construir uma rede organizada e canalizadora das diferentes manifestações de oposição à política de saúde. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006, p. 205-206).



sentido de garantir o exercício do direito à saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS), a 8ª Conferência Nacional de Saúde e no âmbito administrativo a constituição dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) – além de todas as plenárias, fóruns e debates – foram fundamentais na aprovação do capítulo da seguridade social, alterando radicalmente o conceito de saúde e reformulando todo o sistema, através da mobilização política cuja a finalidade esteve centrada na democratização da saúde.

Considera-se que os elementos anteriores foram decisivos para gestar uma verdadeira mudança de arcabouço e das práticas institucionais por meio de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento, incluindo a criação dos SUDS (1987) e posteriormente, do SUS (1988), passo mais avançado na reformulação administrativa do setor, alterando profundamente a gestão e a prestação dos serviços de saúde no Brasil. A Reforma Sanitária vai além de uma mera reforma administrativa, vai se buscar uma reforma assistencial, o que remete a necessidade de novos modelos assistenciais para a esfera da saúde.

### **2.1.1. As origens do Movimento Sanitário**

Os brasileiros estavam insatisfeitos com a situação da saúde antes do SUS<sup>2</sup>. O desejo por algo novo, como um serviço para todos e igualitário, originou um novo movimento que surgiu para debater essas ideias. Esse movimento ficou conhecido como Movimento Sanitarista Brasileiro e tinha forte participação popular (SCOREL, 1999; PAIM, 1997, 2008).

Tanto Paim (1997, 2008) quanto Scorel (1999) demonstram que o crescimento do movimento sanitário, organizado desde os anos 1970, foi decisivo para o amplo debate dessas questões. As três principais vertentes, destacadas pelos autores, que deram início à discussão sobre a Reforma Sanitária foram: o movimento estudantil e

---

<sup>2</sup> A insatisfação dos brasileiros com a situação da saúde antes do SUS ocorria devido: a) o modelo de saúde vigente no período que era desarticulado e não atendia a toda população por ser de caráter contributivo; e b) os desvios de recursos realizados pelo governo para investimentos em áreas diversas do âmbito previdenciário. A construção de Brasília, Transamazônica, ponte Rio-Niterói, Itaipu são alguns exemplos de obras monumentais, importantes e necessárias que foram financiadas com recursos da Previdência, os quais nunca voltaram à origem (BEHRING; BOSCHETTI, 2009; PAIM, 2009).

o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); os médicos residentes; e a academia.

O movimento estudantil e o CEBES difundiram a teoria da medicina social que está associada a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde. Esta teoria entende a saúde como um componente do processo histórico social de uma população. Deste modo, foi possível ampliar os campos de análise e de intervenção da realidade (SCOREL, 1999; PAIM, 1997).

O CEBES discutia a democratização da saúde partindo da compreensão que todo cidadão tem direito a saúde e não apenas aquele que contribuía para a previdência social como ocorria no período, bem como formulou um documento que ficou caracterizado como um dos marcos fundadores do SUS.

O referido documento foi intitulado A questão democrática na área da saúde<sup>3</sup>, foi distribuído no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, realizado em outubro de 1979, apresenta uma série de proposições políticas e princípios articulados para o sistema de saúde (CEBES, 2016; SCOREL, 1999).

A segunda vertente é a dos médicos residentes. Os movimentos médicos estavam mais relacionados ao campo político das relações de trabalho, bem como, caracterizaram uma divisão de pensamentos entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista (SCOREL, 1999; PAIM, 1997).

Esta vertente também foi importante, porque na medida em que se discutia melhores condições de trabalho, melhores salários, melhores condições de assistência ao paciente, simultaneamente, ocorria a luta por melhores condições de saúde para a população (SCOREL, 1999; PAIM, 1997).

A terceira vertente é a da academia representada pela docência e pela pesquisa. Conforme Paim (2008) e Scorel (1999), a origem da Reforma Sanitária ocorreu em bases universitárias, já que, todo referencial teórico para a RSB foi divulgado e consolidado pela docência, pelos docentes, pelos pesquisadores na área de saúde coletiva no Brasil.

---

<sup>3</sup> Documento elaborado pelo CEBES Nacional. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes\\_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf). Acesso em: 15 mar. 2020.

### 2.1.2. As características gerais da Reforma Sanitária Brasileira

A Reforma Sanitária estava inserida no contexto de luta contra a ditadura militar na segunda metade da década de 1970, sendo atribuído a reforma um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde (SCOREL, 1999; PAIM, 2009).

Conforme relatam Paim (2009), Vasconcelos e Pasche (2006), nesse momento o acesso à saúde estava vinculado ao mercado formal de trabalho. Apenas quem contribuía para a previdência social, por meio dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tinha direito à saúde, ou seja, só podia ser atendida a pessoa trabalhadora formal e seus dependentes.

Todos os outros, se não tinham dinheiro, ficavam sem atendimento. Trabalhadores informais, desempregados, trabalhadores rurais, dentre outros não tinham direito a atendimento nos serviços de saúde pública (PAIM, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Os princípios e as diretrizes da RSB foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, destacando-se: o conceito ampliado de saúde; Sistema Único de Saúde e participação popular.

O Relatório<sup>4</sup> Final da 8ª CNS aponta que havia a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de revisão da legislação, ou seja, a Reforma Sanitária precisava acontecer. Este documento é constituído por três temas principais: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial.

A saúde como direito, primeiro tema, consiste na conceituação de saúde em perspectiva ampliada e na noção de direito como conquista social (8ª CNS, Relatório Final, 1986). Este item foi constantemente debatido e defendido pelos idealistas da RSB. Deste modo, era oportunizado um espaço de enfrentamento da lógica privatista na área da saúde vigente no período (SCOREL, 1999; PAIM, 1997, 2008, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, segundo tema, consiste em ações de saúde integradas em um sistema único (8ª CNS, Relatório Final, 1986). De

---

<sup>4</sup> Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 18 mar. 2020.

acordo com Paim (2009), havia o entendimento que não poderia haver uma separação entre ações preventivas e ações curativas.

Entretanto, nesse momento as ações preventivas eram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde através: das campanhas sanitárias, de programas específicos como materno-infantil; e as ações curativas eram desenvolvidas pela ciência médica previdenciária Previdência Social. A RSB defendia um sistema unificado de saúde que mais tarde viria a ser o Sistema Único de Saúde (PAIM, 2009).

O financiamento do setor, terceiro tema, aborda a descentralização da gestão. Todos os entes federativos – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios – são responsáveis pela assistência à saúde. Era indicada a descentralização da gestão e o financiamento da saúde descentralizado com a finalidade de apresentar resultados e ter condições de atender a população de uma forma ideal (8ª CNS, Relatório Final, 1986).

Outro ponto importante, dentro deste tema, diz respeito ao controle social que consiste na participação da população na gestão e nas propostas relativas à política de saúde, em todos os níveis, desde o federal até o local. (PAIM, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Logo, é possível ressaltar a democratização presente na 8ª CNS, pois foi a primeira conferência nacional que teve a participação da sociedade civil organizada, movimentos estudantis, organizações, associação de moradores, assim como a habitual participação dos gestores do governo e dos técnicos da área (8ª CNS, Relatório Final, 1986).

A 8ª CNS ficou marcada na história das políticas saúde, bem como na trajetória das políticas de saúde, pois foi a partir dela que foram discutidos o que mais tarde viria a ser o SUS (ESCOREL, 1999; PAIM, 1997, 2008, 2009).

Diante do exposto e com base em Paim (2008), conclui-se que a Reforma Sanitária Brasileira se caracteriza como uma *reforma social*, um *projeto civilizatório* articulado à *radicalização da democracia*, centrada nos seguintes elementos: *democratização da saúde*; *democratização do Estado*; e *democratização da sociedade* (grifo do autor).

### 2.1.3. A respeito do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Brasil adotou a saúde como direito tardiamente, visto que, o entendimento do “direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social” (PAIM, 2009, p. 41).

O SUS é uma conquista dos brasileiros, considerando que as propostas sistematizadas e debatidas na 8ª CNS “nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais” (PAIM, 2009, p. 40). Assim, fica escrito na lei máxima do Brasil que saúde é direito de todos e dever do Estado.

Conceitualmente, o SUS é definido como:

[...] o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar; quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531).

Os princípios e diretrizes do SUS previstos no art. 198 da CF são regulamentados no capítulo II, art. 7º da lei 8.080/90. No total são 14 (quatorze) princípios/diretrizes, mas neste trabalho vamos falar de apenas cinco: equidade, universalidade, integralidade, descentralização e controle social.

Equidade pressupõe que o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada indivíduo ou grupo, canalizando maior atenção aos que mais necessitam (PAIM, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Os autores citados concordam que as palavras equidade e igualdade, estão previstas no texto legal, são usadas como sinônimos. Entretanto, Paim (2009) critica a falta de exatidão no conceito da noção de equidade.

O princípio da universalidade significa que todos os brasileiros têm direito à saúde e aos serviços de saúde que necessitam independente da complexidade, do custo ou da atividade. Deste modo, modifica-se a lógica anterior onde havia uma distinção no acesso à saúde entre os quem tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros (PAIM, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O princípio da integralidade expressa que se deve oferecer a atenção necessária à saúde, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade (PAIM, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Outra parte da integralidade diz respeito ao modo como o movimento de Reforma Sanitária e a Constituição Federal entendem saúde, ou seja, a saúde é um todo que envolve desde o aspecto biológico, social, econômico e até o espiritual. Deste modo, para fazer saúde também é preciso unir conhecimentos tradicionais, populares, científicos, filosóficos e espirituais, pois cada pessoa é tudo isso ao mesmo tempo.

O princípio da descentralização objetiva adequar o SUS à diversidade territorial do Brasil que apresenta distintas realidades econômicas, sociais e sanitárias. Nesse sentido, cada ente federativo tem autonomia e soberania em suas decisões e atividades. Para tal, ocorre a necessidade de articular os serviços e produzir a coordenação das ações e das redes assistenciais. Deste modo, o SUS estará próximo de todas as pessoas (PAIM, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O princípio da participação comunitária, também conhecido como participação social, dentro da instância do SUS, é estabelecido e regulado pela Lei nº 8.142/90, com os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, em cada esfera do governo.

Os autores Paim (2009), Vasconcelos e Pasche (2006) concordam que a diretriz do controle social tem por finalidade disponibilizar garantias à população, através de suas entidades representativas, para que possa participar do processo de formulação e execução das políticas de saúde, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Com este breve relato pretende-se contextualizar e elucidar a importância da RSB para a instituição do SUS no Brasil.

## 2.2. A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O SUS: POSSIBILIDADES DE UMA MAIOR QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE?

As políticas públicas de saúde são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado que visam assegurar os direitos dos cidadãos.

Segundo Cruz (2011)

a saúde, a doença e o cuidado são determinados socialmente, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas, o que implica dizer que a organização das ações e serviços de saúde e das redes de apoio social precisa ser planejada e gerida de acordo com as necessidades da população de um dado território (CRUZ, 2011, p. 30).

Relacionando as necessidades em saúde com base nas características da população brasileira observamos que a modificação da pirâmide etária e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) impulsionam o crescimento de usuários elegíveis para acompanhamento por equipe de cuidados paliativos (CP) (BRASIL, 2011).

O conceito ampliado de saúde<sup>5</sup> que sustenta o SUS, bem com os princípios e diretrizes que consolidam o referido sistema único apresentam elementos que permitem a compreensão dos Cuidados Paliativos como direito e ação em saúde. Entretanto, ainda não havia normativa definida para reconhecimento e organização da oferta de cuidados paliativos.

Com a publicação da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, pelo Ministério da Saúde, os Cuidados Paliativos são assegurados por política de saúde no Brasil situando-os como cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. A partir desta publicação será possível definir diretrizes de cuidado e aprimorar a oferta da palição.

A RAS é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Redes de Saúde, bem como assegurar o acesso e a comunicação ao que tange o cuidado que os profissionais de saúde devem oferecer (BRASIL, PORTARIA Nº 4.279, 2010).

Referente ao cuidado, Carnut (2017) e Martinelli (2011) apresentam: a) o reconhecimento do usuário em sua indivisibilidade; b) o modelo de organização das práticas; e c) as respostas às demandas específicas. Estes dependem “de condições políticas, econômicas, ideológicas e tecnológicas, e, assim sendo, podem reconfigurar o que se entende por objeto da prática profissional de cada categoria” (CARNUT, 2017, p. 1178). Os referidos autores defendem a prática humanizada e o processo de produção da saúde centrada no usuário.

---

<sup>5</sup> **Conceito Ampliado de Saúde:** A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”. Entretanto, a “saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (8ª CNS, Relatório Final, 1986, p. 04).

### 2.2.1. Cuidados Paliativos no Mundo e no Brasil

O termo paliativo deriva do latim *pallium* que significa manto, cobertor. Historicamente, o termo refere-se ao manto que protegeria os cavaleiros das Cruzadas das intempéries (ANCP, 2012; ANDRADE, 2015). Analogamente temos os cuidados paliativos como um manto protetor aos portadores de doenças sem perspectiva de cura.

O conceito de cuidados paliativos originou-se no movimento hospice, desenvolvido inicialmente pela assistente social, enfermeira e médica inglesa Cicely Saunders que, a partir da década de 50, desenvolveu conhecimentos e práticas para melhor cuidar das pessoas que estavam morrendo. Ela disseminou pelo mundo uma nova filosofia do cuidar que contemplava os níveis biológico, psicológico, social e espiritual, estendendo tal assistência aos familiares (ANCP, 2012, 2018; ANDRADE, 2015).

O termo cuidado paliativo, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002 e atualizada em 2017, é

uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais (OMS, 2017).

A definição atual desta abordagem reafirma as ideias anteriores – foco no “sofrimento relacionado a uma doença grave e independe da questão de a doença ser ou não curável” (ANCP, 2018, p. 4) – expondo que é relevante a preocupação de contemplar todas as pessoas – da criança ao idoso – e seus familiares que enfrentam situação de saúde que ameace a continuidade da vida, incluindo aconselhamento de luto, se indicado.

Segundo a OMS (2014) baseada nas projeções da Palliative Care Alliance World, nas últimas décadas, houve uma redução significativa de mortes devido doenças infecciosas ou transmissíveis e a projeção para 2030 é que três quartos de todas as mortes do mundo sejam de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas.



A projeção da Palliative Care Alliance World aponta que as consequências humanas, sociais e econômicas das DCNT são sentidas por todos os países, mas são particularmente devastadores em populações pobres e vulneráveis, porque são acometidas pela maioria das mortes prematuras por DCNT.

Considerando essa realidade, a consultoria britânica Economist Intelligence Unit realizou a pesquisa Índice de Qualidade de Morte 2015 (Death Quality Index 2015) onde avaliou a qualidade de morte em 80 países. Para criar o ranking, os investigadores basearam-se em critérios como: existência de políticas públicas de saúde específicas de cuidados paliativos; acesso a cuidados paliativos nos serviços de saúde; recursos humanos; formação profissional; preço e qualidade dos cuidados paliativos; e engajamento da comunidade. O Brasil ficou no 42º lugar, uma classificação pior do que Chile (27º), Costa Rica (29º), Panamá (31º), Argentina (32º), Uruguai (39º), África do Sul (34º), Uganda (35º), Mongólia (28º) ou Malásia (38º).

De acordo com o Ministério da Saúde, 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 (BRASIL, 2011).

A publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, do Ministério da Saúde, aponta que todas as camadas socioeconômicas são atingidas pelas DCNT, especialmente as doenças circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes. Entretanto, há significativas diferenças regionais, de gênero, entre grupos étnico raciais, de nível de escolaridade, de estrato socioeconômico na distribuição da carga das DCNT e no acesso à sua prevenção e controle no país, com explícito prejuízo das pessoas em condições de maior vulnerabilidade social.

Todas as pessoas – da criança ao idoso – portadoras de doença crônica e/ou ameaçadora da vida poderá se beneficiar com os Cuidados Paliativos. No Brasil, os Cuidados Paliativos são assegurados por políticas de saúde com a publicação da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, pelo Ministério da Saúde, situando-os como cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, RESOLUÇÃO Nº. 41, 2018).

A referida resolução elucida que qualquer ponto da RAS deverá ofertar os CP, informando a atribuição correspondentes de cada serviço no âmbito das redes de

atenção (atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência, atenção hospitalar).

Alinhando-se com o princípio dos cuidados paliativos que recomenda o início dos cuidados o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, ou seja, diante de doenças progressivas e que ameaçam a continuidade da vida, os cuidados podem ser iniciados em qualquer fase da doença, mas, idealmente, desde o seu diagnóstico (ANCP, 2012; ANDRADE, 2015).

A Resolução nº 41 define em seu artigo 3º que a organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos: o fomento a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde; a oferta de educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS; a promoção da disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade.

Esta necessidade de formação de todos os profissionais de saúde para prestar palição encontra-se em concordância com o contexto da transição demográfica e mudanças epidemiológicas da população brasileira.

### **2.2.2. Equipe de saúde para trabalhar com os Cuidados Paliativos**

Um dos princípios dos cuidados paliativos recomenda o uso da “abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto” (ANCP, 2012, p. 28). Deste modo, diferentes profissionais com competências específicas visam, em conjunto e respeitando as variadas autonomias técnicas, o bem-estar do indivíduo e atendê-lo em suas múltiplas dimensões.

Nesse sentido, Peduzzi (2001, p. 103) afirma que, o trabalho em equipe multiprofissional de saúde “consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes”, onde as principais dimensões do trabalho em equipe são a articulação das ações e a interação de seus agentes.

Sobre a articulação, Peduzzi (2001), descreve os momentos em que os profissionais ativamente colocam em evidência as conexões existentes entre as distintas ações e os variados conhecimentos técnicos. A interação como uma prática

comunicativa, por meio da qual, os envolvidos se colocam de acordo quanto a um projeto comum; capaz de promover a cooperação e integração na equipe.

A equipe multiprofissional em cuidados paliativos, segundo a ANCP (2012), pode ser constituída de enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas, conselheiros e/ou líderes espirituais, com possibilidade de acessar outros profissionais, quando necessário. Reafirmando que nos cuidados paliativos a articulação das ações e a integração de seus agentes são necessárias para proporcionar às pessoas um atendimento contemplando sua totalidade.

### **2.2.3. O Serviço Social inserido na equipe de Cuidados Paliativos**

O Serviço Social é uma profissão com formação generalista e que tem como objeto as múltiplas expressões da questão social<sup>6</sup> (IAMAMOTO, 1998), o que possibilita propor intervenção nas particularidades em cada espaço sócio ocupacional.

O assistente social é caracterizado e reconhecido como um profissional da saúde (RESOLUÇÃO CFESS Nº338/1999; RESOLUÇÃO CNS Nº 218/1997) devido as competências e atribuições privativas que possibilitam o desenvolvimento de trabalhos na política pública de saúde. Contudo, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) alerta que não somos profissionais exclusivos da saúde.

Segundo Bravo e Matos (2006)

a expansão do Serviço Social no Brasil ocorreu a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função da 2ª Guerra Mundial (BRAVO; MATOS, 2006, p. 198).

Neste período, o Brasil vivenciava o Estado Novo regime político instaurado por Getúlio Vargas que foi o primeiro presidente a formular políticas públicas voltadas para a classe trabalhadora com o objetivo de atender as reivindicações e reproduzir o próprio capital.

---

<sup>6</sup> **Questão social:** apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1998, p.27).

Quando o Estado passa a intervir por meio de políticas públicas sociais, devido ao crescimento das múltiplas expressões da questão social, ocorre a criação de espaço institucional, que não existia antes no momento da filantropia, e da demanda social profissional para o Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2006; IAMAMOTO; CARVALHO, 1982).

Bravo e Matos (2006) apontam em seus estudos que historicamente a Política Nacional de Saúde desde 1945 foi sendo estruturada, destacando o conceito de saúde formulado pela OMS em 1948 com aspecto biopsicossocial como dois momentos importantes para a inserção do Serviço Social no contexto da saúde, no qual atua parte significativa dos/as assistentes sociais no Brasil. Os autores citados relatam que para cada momento histórico os (as) assistentes sociais na saúde atuaram com perfis requisitados pelo Estado.

Em 1979, a categoria profissional de Serviço Social vivenciava a intenção de ruptura com o método BH marcando o relativo amadurecimento da profissão. A última vertente do Movimento de Reconceituação alinhou-se à tradição marxista, dando lugar aos posicionamentos ideológicos e políticos de natureza crítica, tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria (BRAVO; MATOS, 2006; IAMAMOTO, 1982; NETTO, 2011). Este momento de questionamento da profissão, das teorias, de pensar a sociedade e as classes sociais coincidiu com a conjuntura política da época, a qual efervescia e ascendia os movimentos sociais como a RSB.

Convém assinalar que o Serviço Social enquanto categoria não teve participação efetiva no movimento de reforma sanitária. Este posicionamento deixou lacunas que repercutem até os dias atuais. Entretanto, observamos uma relação direta do atual projeto ético-político hegemônico defendido pela categoria profissional do Serviço Social brasileiro com os valores propostos pelo projeto de saúde da reforma sanitária. Ambos defendem a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais conquistados (BRAVO; MATOS, 2006; CFESS, 2010, 2012).

Todavia, não dialogam com projeto político econômico neoliberal, consolidado no Brasil, especialmente durante a década de 1990, no governo de FHC, cuja celebração se deu centralmente por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Num contexto de contrarreforma do Estado e de reestruturação produtiva, as políticas públicas sociais no Brasil são concebidas a partir da ordem capitalista que tem como diretrizes a focalização, a setorização, a privatização, a terceirização.

Conseqüentemente, as condições de participação popular são fragilizadas, pois, em uma racionalidade neoliberal, o individualismo e a competitividade se expandem para todos os níveis de relação social (BRAVO; MATOS, 2006; BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

No Brasil, o debate sobre o Serviço Social e a Saúde aponta para a existência de dois projetos antagônicos em permanente disputa, o que repercute no trabalho profissional. O projeto privatista que requisita do assistente social, dentre outras demandas, seleção socioeconômica e ações fiscalizatórias aos usuários. O projeto da reforma sanitária que apresenta como demanda questões referentes à democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; ao trabalho interdisciplinar e ao estímulo à participação popular (BRAVO; MATOS, 2006; CFESS, 2010).

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde<sup>7</sup> apresentam quatro grandes eixos: a) atendimento direto aos usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; e d) assessoria, qualificação e formação profissional.

De acordo com o referido documento, para atuar nesses 4 (quatro) eixos utiliza-se o método histórico dialético para fazer as conexões necessárias que implicam em sermos profissionais competentes com atuação crítica nas políticas de saúde para que não tenhamos uma atuação funcional, fragmentada e desarticulada que não dialogue com as condições de vida da população usuária.

No que se refere as ações de articulação com a equipe, um dos desdobramentos do eixo de atendimento direto aos usuários, o assistente social ao compor a equipe multiprofissional trabalha-se com a perspectiva da interdisciplinaridade (CFESS, 2010). Iamamoto (2012) diz que ao participar do trabalho em equipe os conhecimentos e particularidades profissionais não se diluem, mas as diferenças de especializações se agrupam possibilitando uma visão universal do usuário.

---

<sup>7</sup> **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:** documento publicado pelo CFESS que tem a finalidade de orientar sobre as respostas profissionais a serem dadas às demandas institucionais no cotidiano, requisições dos usuários do serviço e por empregadores no setor saúde. Busca expressar a totalidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, considerando as particularidades das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade.

Ordenando-se com o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009, a qual destaca que a avaliação e a discussão da situação poderão ser em nível multiprofissional, respeitando a conclusão manifesta por escrito pelo (a) assistente social, que tem seu âmbito de intervenção nas suas atribuições privativas.

Isto posto, o (a) assistente social ao emitir laudos, pareceres, perícia e qualquer manifestação técnica sobre matéria de Serviço Social, deve atuar com ampla autonomia, respeitando as normas legais, técnicas e éticas de sua profissão (RESOLUÇÃO CFESS Nº 557/2009).

A atuação do (a) assistente social em equipe, portanto, vai requerer do profissional a identificação das contradições, a capacidade de articulação, a possibilidade da troca e do compartilhamento e a percepção das questões econômicas, culturais, sociais, os determinantes e os condicionantes sociais da saúde. Pensar nos reflexos de todos esses elementos no processo saúde-doença, bem como, no acesso dos usuários às demais políticas públicas.

No tocante a atuação do Serviço Social junto à equipe multiprofissional de cuidados paliativos, Andrade (2015) afirma que:

o papel do assistente social nas equipes de atenção em cuidados paliativos orienta-se pela atuação com o paciente, família e rede de suporte social, com a instituição em que o serviço encontra-se organizado e com as diferentes áreas atuantes na equipe. [...] Conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao fornecimento de informações e a orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente e para a garantia de morte digna (ANDRADE, 2015, p.115-118).

Destaca-se, a partir do exposto, que o (a) assistente social na área da saúde deve ter o compromisso de compreender os “determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 28), articulando-se com outras categorias que partilhem dos mesmos ideais do Código de Ética dessa profissão.

Deste modo, é necessário que o (a) assistente social realize a análise crítica da realidade cotidiana de sua atuação. Tal posicionamento ocorre através de todo seu conhecimento teórico, técnico, ético e político com a finalidade de reconhecer os limites e possibilidades para o desenvolvimento da intervenção e, assim, não atender somente as demandas da instituição.

#### **2.2.4. Cuidados paliativos no ensino de graduação em Serviço Social**

Conforme discorrido ao longo deste capítulo, o contexto da transição demográfica e mudanças epidemiológicas da população brasileira justifica a demanda crescente de usuários elegíveis para acompanhamento por equipe de CP, logo, torna-se necessário a implementação de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011, 2018).

As questões estruturais e conjunturais da atualidade têm produzido novas demandas sociais para as profissões exigindo atualização nos projetos pedagógicos nas unidades de ensino superior, na formação profissional em diferentes áreas do conhecimento, inclusive para a formação dos (as) futuros (as) assistentes sociais.

A formação desses profissionais fundamenta-se nas competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política a partir de uma matriz crítica pluralista e comprometida com valores humanistas, sendo tal orientação definida pelo conjunto das representações da categoria profissional: da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e pelas Diretrizes Curriculares para formação em Serviço Social definidas pelo MEC.

As Diretrizes Curriculares (DC) para o curso de Serviço Social da ABEPSS de 1996 foi uma construção coletiva com ampla participação das unidades de ensino, da categoria profissional e suas entidades representativas da categoria. Após um longo debate nacional, as DC da ABEPSS de 1996 apresentavam elementos que permitiram formar assistentes sociais capazes de ler a realidade social, as suas contradições, os seus desafios e construir ações interventivas dessa realidade (ABEPSS, 1996).

Entretanto, com o contexto político neoliberal à época, a forma final assumida pelas diretrizes curriculares no parecer CNE/CES nº 492/2001 “sofreu uma forte descaracterização tanto na sua direção social, quanto na base dos conhecimentos e habilidades considerados essenciais ao desempenho profissional do assistente social” (IAMAMOTO, 2012, p. 43).

As unidades de ensino enfrentam impasses para garantir as conquistas decorrentes da construção coletiva das DC da ABEPSS de 1996 em um cenário de desmonte da educação pública e de reorganização estrutural das Universidades, dado que, estas delineiam o processo de formação profissional em Serviço Social.

Referente aos cuidados paliativos, Simeão *et al* (2010, p. 361) pontua que “a formação acadêmica não oferece todos os requisitos necessários para a atuação do (a) assistente social na assistência paliativa”. Entretanto, existem atribuições e competências que são desenvolvidas durante a graduação e são significativas para o exercício profissional: a escuta qualificada, a leitura crítica da realidade social, a intervenção planejada, o trabalho em equipe multiprofissional, por exemplo. Nesse contexto, estes elementos dialogam com as aptidões previstas para atuar em cuidados paliativos.

Iamamoto (1998, p. 63) relata que “o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo de seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho”. Logo, o Serviço Social deve se adequar e preparar os (as) graduandos (a) considerando que conhecimentos teóricos e práticos articulados oportunizam desenvolver o exercício profissional a partir de demandas reconhecidas pela profissão e requeridas pela sociedade.



### 3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Este trabalho é decorrente de um estudo maior intitulado: “Conhecimento sobre cuidados paliativos dos graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do Estado da Bahia”, cujo objetivo foi investigar o nível de conhecimento geral dos graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do Estado da Bahia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (ICS/UFBA), sob parecer nº 3.654.042 mediante a autorização do participante através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Mais uma vez, vale destacar que a partir da minha experiência na condição de pesquisadora deste projeto, no nível de Iniciação Científica, se deu a motivação para propor um trabalho monográfico que especificamente buscou identificar a importância dos cuidados paliativos e o grau de conhecimento de modo geral acerca desta temática junto às/os discentes dos cursos de graduação de Serviço Social do Estado da Bahia.

Para tal, inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico referente aos cuidados paliativos com o recorte para a área de Serviço Social, pois almejava-se identificar as produções científicas sobre este modo de cuidar que incluísse o (a) assistente social.

A fase exploratória tornou-se adequada nesse contexto, pois proporcionou uma “visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato [...] especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado” (GIL, 2008, p. 27) como revelou ser essa pesquisa.

A literatura científica apontou que há vivências de residentes de Serviço Social em equipes multidisciplinares atendendo pessoas portadores de doenças ameaçadoras da vida relatando as possibilidades e limites da atuação do (a) assistente social neste contexto.

Todavia, foram identificados poucos estudos que mostrem o contato de graduandos de Serviço Social com essa realidade, principalmente durante a formação acadêmica, sendo importante investigar o conhecimento dos futuros assistentes sociais a respeito dos cuidados paliativos. A escassez desta temática aponta para

uma necessidade de implementar o ensino dos cuidados paliativos na grade curricular nos cursos de graduação de Serviço Social.

Para atingir os objetivos aqui delineados escolheu-se realizar uma pesquisa documental, pois de acordo com Gil (2008, p. 51) este método é o mais adequado quando se pretende analisar e interpretar documentos, os quais ainda não passaram por “tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”, visando extrair e valorizar informações gerando novos conhecimentos.

A investigação, com base na pesquisa documental, realizou-se por meio dos dados fornecidos pelo do Grupo de Estudos em Cuidados Paliativos (GEC/UFBA)<sup>8</sup>; em dados obtidos por meio de conteúdos públicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, INEP, CFESS e Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); dentre outros dados secundários.

Buscaram-se a compreensão e a identificação do tema em cada documento disponível seguindo as orientações de Gil (2008), associadas à pesquisa bibliográfica, com o uso de produções científicas no âmbito do SUS, dos cuidados paliativos e do Serviço Social para o desenvolvimento da temática em foco.

---

<sup>8</sup> O GEC/UFBA realizou um estudo transversal analítico, o qual a técnica de coleta de dados utilizada foi o questionário (Apêndice B), composto por 21 perguntas, hospedado na plataforma de pesquisa online Survey Monkey e viabilizado publicamente no período de outubro de 2019 a janeiro de 2020.

Ao circular na internet através de um link, o questionário teve o acesso livre e pode ser respondido por qualquer pessoa que preenchesse os critérios de inclusão para o referido estudo. O público-alvo foram os (as) graduandos (as) de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do Estado da Bahia matriculados (as) em cursos de graduação na modalidade presencial com grau de bacharelado, de instituições de ensino superior reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC), regularmente matriculados entre outubro de 2019 a janeiro de 2020 e maiores de 18 anos. Posteriormente, os dados estatísticos dos respondentes que cursavam a graduação de Serviço Social presentes no banco de dados do GEC/UFBA foram disponibilizados para a realização desta pesquisa documental.

#### 4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada com base no objetivo proposto para pesquisa, verificando a relação do conteúdo adquirido através do banco de dados do GECP/UFBA com as referências teóricas existentes.

##### 4.1. DISCENTES DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DA BAHIA: IDENTIFICAÇÃO DOS (AS) RESPONDENTES.

O banco de dados do GECP/UFBA apresentou a amostra constituída por 40 discentes de Serviço Social. Destes, houve maior frequência de respostas de estudantes do sexo feminino, de faixa etária de 18 a 29 anos (70%), da cidade de Salvador e de instituições públicas (Tabela 1).

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos (as) discentes avaliados (as) (n= 40), de outubro de 2019 a janeiro de 2020, Bahia.

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	39	97,5%
	Masculino	01	2,5%
<b>Idade (em anos)</b>	18 – 29	28	70,0%
	30 – 49	12	30,0%
<b>Cidade onde realiza o curso</b>	Salvador	33	82,5%
	Cachoeira	03	7,5%
	Santo Antônio de Jesus	03	7,5%
	Alagoinhas	01	2,5%
<b>Tipo de instituição</b>	Pública	30	75,0%
	Privada	10	25,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base em dados do GECP/UFBA 2020.

A descrição da amostra neste estudo foi compatível com os dados apresentados pela literatura com relação à maior prevalência do sexo feminino. A predominância de mulheres relaciona-se diretamente com o processo histórico do Serviço Social desde a sua origem até os dias atuais (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982; INEP, 2020; NETTO, 2009).

Com relação a faixa etária jovem e a significativa concentração de discentes na capital, os dados encontrados são também semelhantes aos encontrados na

literatura. Este comportamento já era esperado para discentes em cursos de graduação na modalidade presencial com grau de bacharelado no país (INEP, 2019, 2020).

Convém assinalar que a instituição pública teve destaque entre os respondentes nesta amostra em oposição aos dados apresentados pelo INEP (2019, 2020) onde se verifica mais discentes na categoria privada que na pública.

#### 4.2. CONTATO COM A TEMÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A GRADUAÇÃO.

Quanto ao contato com a temática dos cuidados paliativos durante a graduação, a grande maioria afirmou: ter interesse pela temática, relata que não havia disciplina obrigatória ou optativa sobre cuidados paliativos na grade curricular e relata não ter participado em evento científico – fórum, congresso, simpósio, palestra, por exemplo – que abordasse sobre Cuidados Paliativos. A proporção dos (as) respondentes que negaram a existência de alguma liga acadêmica/grupo voltado para o estudo dos cuidados paliativos no seu curso ou instituição é muito próxima daquela que não souberam informar (Tabela 2).

**Tabela 2** – Dados da grade curricular do curso de Serviço Social dos/das discentes avaliados (n= 40), de outubro de 2019 a janeiro de 2020, Bahia.

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Interesse por CP</b>	Sim	29	72,5%
	Não	02	5,0%
	Não conheço	09	22,5%
<b>Disciplina obrigatória ou optativa sobre CP na grade curricular</b>	Sim	03	7,5%
	Não	30	75,0%
	Não sei	07	17,5%
<b>Liga acadêmica ou grupo de estudos na IES</b>	Sim	07	17,5%
	Não	16	40,0%
	Não sei	17	42,5%
<b>Participação em eventos científicos sobre CP</b>	Sim	11	27,5%
	Não	29	72,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base em dados do GECP/UFBA 2020.

A partir do século XX, na sociedade ocidental, falar sobre a morte tornou-se algo quase que proibido por ser, provavelmente, um assunto triste que traz um desgaste emocional intenso devido a percepção cultural e histórica que conecta a morte ao castigo, ao fracasso e ao sofrimento (ANDRADE, 2015; SIMEÃO *et al*, 2010). A morte é um processo natural da vida, entretanto “os avanços tecnológicos na área médica fizeram com que não só os médicos, mas a sociedade como um todo, perdessem a noção de que a vida é finita” (BURLÁ, 2011, p. 43).

Cada vez mais nós temos recebido notícias sobre o assunto – embora pareça uma contradição, pois não se deve e/ou não se pode falar em morte –, se buscarmos na mídia ou notícias em geral encontraremos, sem dúvidas, centenas de notícias nesse sentido. Como exemplo, vivenciamos atualmente uma pandemia mundial deflagrada no final de 2019, adquirindo proporções devastadoras e com alta letalidade especialmente em 2020. A COVID-19 que é uma doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto, e que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde, através das informações oficiais repassadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde das 27 Unidades Federativas brasileiras, disponibiliza boletins epidemiológicos sobre casos e óbitos confirmados por COVID-19 no Brasil que são amplamente divulgados nos meios de comunicação. Assim, a morte é um tema que invade as nossas casas mesmo quando não queremos.

A maioria dos cursos de graduação da área de saúde no país não preparam os profissionais para lidar com situação de morte e de perdas (ANCP, 2018). Vale destacar que o significado da morte ainda é bastante atrelado a medicina tradicionalmente curativa sendo, portanto, difícil a discussão de temas relacionados a morte e finitude da vida representando uma barreira para o ensino dos cuidados paliativos (SANTOS; BUENO, 2011).

Uma estratégia que contribui para o desenvolvimento e aprimoramento profissional devido a possibilidade de estudar e/ou aprofundar em assunto pouco trabalhado na grade curricular da IES é a participação em liga acadêmica (HAMAMOTO FILHO, 2011; SILVA; FLORES, 2015), a exemplo do que ocorre com os cuidados paliativos.

Esta lacuna do conhecimento sobre cuidados paliativos encontrada na matriz curricular da graduação em Serviço Social possibilita identificar que as questões estruturais e conjunturais da atualidade têm produzido novas demandas sociais para

as profissões exigindo atualização nos projetos pedagógicos nas unidades de ensino superior.

O conhecimento e domínio da teoria se faz necessária, pois a teoria é utilizada para orientar e legitimar o exercício profissional do (a) assistente social. Deste modo, é necessário trazer também para o debate questões relacionadas ao sofrimento e ao processo de finitude humana visto que a nossa profissão se depara nos espaços sócio-ocupacionais com as situações de dor e sofrimento.

#### 4.3. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS (AS) DISCENTES DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DA BAHIA.

Com o intuito de investigar o nível de conhecimento dos (as) graduandos (as) de Serviço Social sobre os cuidados paliativos foram apresentadas 10 (dez) afirmativas com respostas do tipo “verdadeiro”, “falso” e “não sei”.

As enunciações deste bloco foram elaboradas com base em conhecimentos gerais contidos no Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). A Tabela 3 ilustra a porcentagem de acertos, erros e o não saber dos (as) graduandos (as) de Serviço Social em cada proposição.

**Tabela 3** – Porcentagem de acertos, erros e não saber dos graduandos de Serviço Social sobre conhecimentos dos Cuidados Paliativos (n= 40), de outubro de 2019 a janeiro de 2020, Bahia.

<b>Afirmativas</b>	<b>Acerto (%)</b>	<b>Erro (%)</b>	<b>Não sei (%)</b>
Os cuidados paliativos é uma abordagem reservado a pacientes e familiares que enfrentam uma doença oncológica, que promove a melhoria da qualidade de vida através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.	45,0	40,0	15,0
Os cuidados paliativos podem ser indicados a pacientes crônicos (doenças oncológicas, cardíacas, respiratórias, renais e hepáticas), neurológicos (doença de Alzheimer, esclerose lateral amiotrófica – ELA) e com AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida).	72,5	10,0	17,5
São princípios dos cuidados paliativos: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; oferecer as possibilidades terapêuticas existentes focando na manutenção da vida; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.	17,5	72,5	10,0
Na abordagem paliativa, o processo de comunicação de notícias difíceis ou mesmo falar sobre a morte com o paciente é responsabilidade de todos os profissionais da equipe.	20,0	42,5	37,5
A assistência paliativa pode ser prestada em diversos serviços, cada um apresentando suas vantagens e desvantagens, são eles: enfermarias de cuidados paliativos, unidade hospitalar especializada e cuidados paliativos (hospice), ambulatório de cuidados paliativos, unidade dia de cuidados paliativos, além de atendimento domiciliar.	67,5	00,0	32,5
Em hospitais que não existem leitos específicos para cuidados paliativos deve existir uma equipe consultora que será acionada para prestar assistência ao paciente, assumindo totalmente a coordenação dos cuidados.	15,0	47,5	37,5
Nos cuidados paliativos a avaliação do paciente com dor deve ser ampla, não sendo possível identificar peculiaridades das diferentes populações devido a instrumentos de avaliação inespecíficos.	37,5	25,0	37,5

<b>Afirmativas</b>	<b>Acerto (%)</b>	<b>Erro (%)</b>	<b>Não sei (%)</b>
A assistência integral nos cuidados paliativos pode ser oferecida em qualquer nível, por um único profissional desde que este seja especializado e desempenhe uma atuação baseada nos princípios desta abordagem.	40,0	37,5	22,5
A ortotanásia é uma conduta que não representa apologia ao homicídio, nem incentiva qualquer conduta criminosa ou ilícita por parte dos profissionais de saúde e está absolutamente de acordo com os cuidados paliativos.	30,0	12,5	57,5
Nos cuidados paliativos das últimas horas, o uso de recursos terapêuticos de forma fútil ou obstinada deve ser evitado, pois seus efeitos são nocivos e os benefícios são menores.	42,5	20,0	37,5

**Fonte:** Elaboração própria com base em dados do GECP/UFBA 2020.



O termo cuidado paliativo, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002 e atualizada em 2017, é

uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais (OMS, 2017).

Esta definição explica o que são os cuidados paliativos e quais os objetivos, bem como adverte para quem a abordagem é indicada. Logo, acreditava-se que os (as) discentes que classificassem corretamente a afirmativa sobre a indicação também acertariam acerca do conceito.

Entretanto, neste estudo chama atenção o fato de existir uma diferença significativa na quantidade de acertos quando comparamos as proposições sobre o conceito (45%) e a indicação (72,5%) dos CP. Assim, é possível inferir que os (as) respondentes utilizaram a intuição ou articularam os conhecimentos, teóricos e/ou da prática vivenciada, oriundos de temas transversais para responder os itens apresentados sobre CP.

Chamo a atenção para as reflexões dos autores citados- “a saúde pautou a formação profissional de Serviço Social desde seu início” (BRAVO; MATOS, 2006) e serve como exemplo de tema transversal nos programas de ensino, visto que, permite o diálogo com outros conteúdos facilitando a relação entre saberes nos cursos de Serviço Social. Ao romper com a fragmentação dos conteúdos, conseguimos observar que há uma convergência entre o conceito e os princípios dos cuidados paliativos e os princípios da universalidade e da integralidade do SUS.

Referente aos princípios dos cuidados paliativos, parte significativa dos (as) respondentes erraram ao classificar que um deles é o foco na manutenção da vida, uma vez que esta abordagem “resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida” (ANCP, 2012, p. 27).

Podemos deduzir que este erro ocorreu devido a percepção que limita saúde a ausência de doenças ou enfermidades elucidando que ainda existe uma disputa entre os modelos assistenciais da saúde vigentes, a saber: o modelo privatista ou médico hospitalocêntrico e o modelo sanitarista. O modelo privatista vê a saúde no aspecto clínico ou biomédico realizando condutas terapêuticas com perspectiva na cura e

reabilitação. O modelo sanitarista tem a concepção de saúde ampliada na perspectiva de acesso ao direito, de participação popular (PAIM, 2008, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A literatura aponta que o Serviço Social tem se empenhado em explicar que a saúde é muito mais que o processo clínico. A perspectiva dos determinantes sociais de saúde (DSS) possibilita a atuação do (a) assistente social nas políticas de saúde (BRAVO; MATOS, 2006; CFESS, 2010). Segundo a OMS (2011), os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. É fundamental reconhecer as transversalidades que atravessam as políticas e as práticas de saúde. Isso produz um conhecimento sobre a população usuária que atendemos, fazendo com que respostas mais sensíveis e equânimes possam ser disponibilizadas aos/às usuários (as). Por exemplo, a incidência e mortalidade por COVID-19 em países com fortes desigualdades sociais se diferenciam em termos populacionais. Em países com histórico e tradição colonial como o Brasil, os marcadores sociais das diferenças têm profunda ancoragem na demarcação racial, sobre a qual agem as dinâmicas e os processos político-sociais fundados no racismo estrutural (CORRÊA *et. al*, 2020).

Dentro desse entendimento ampliado de saúde que observamos o alinhamento entre: os princípios dos cuidados paliativos; os princípios do Código de Ética Profissional e da Lei de Regulamentação da Profissão; e os princípios do SUS, ou seja, objetivam o direito social à saúde e defendem a assistência ética em todas as fases da vida, considerando as determinações sociais da saúde.

Quanto ao processo de morte natural, este é permitido no Brasil e definido como ortotanásia. Ocorre quando não há o prolongamento artificial da vida, ou seja, sem interferência e sofrimento, deixando agir a evolução e percurso da doença (ANCP, 2012; ANDRADE, 2015). 57,5% dos respondentes não souberam classificar a proposição deste tema.

Embora parte significativa dos (as) discentes desconheçam o conceito de ortotanásia, 42,5% dos respondentes acertaram quando questionados (as) sobre os cuidados paliativos ao fim da vida que, segundo a ANCP (2012), consiste em evitar o uso de recursos terapêuticos de forma fútil ou obstinada, pois seus efeitos são nocivos e os benefícios são menores.

Esta contradição sugere imprecisão de conhecimento por parte dos discentes, pois os referidos tópicos se relacionam. Tal situação ratifica a importância do conhecimento e domínio da teoria, a qual é utilizada para orientar e legitimar o exercício profissional do (a) assistente social. Ser bem informado sobre estes aspectos é importante, já que, contribui para o (a) assistente social a adotar como conduta o compromisso na defesa de direitos e respeito à escolha dos usuários e seus familiares e/ou cuidadores.

Na abordagem paliativa, o processo de comunicação de notícias difíceis ou mesmo falar sobre a morte com o paciente é responsabilidade de todos os profissionais da equipe (ANCP, 2012). 42,5% dos respondentes erraram ao classificar essa afirmativa. Uma possível justificativa para tal cenário é supor que os (as) discentes avaliados (as) entenderam que falar sobre morte fosse equivalente a notificação de óbito.

A definição mais difundida de má notícia, também conhecida como notícia difícil, foi apresentada por Buckman (2005, p. 138): “[...] qualquer notícia que afeta adversamente e seriamente a visão de um indivíduo de seu próprio futuro”, ou seja, toda e qualquer informação que possa resultar, direta ou indiretamente, em alterações negativas na expectativa do usuário.

Diante do exposto, podemos inferir que falar sobre a morte é responsabilidade de toda equipe e pode ser entendida como um exemplo de notícia difícil. Convém assinalar que a comunicação de diagnóstico e óbito é uma prerrogativa médica, pois é a área que tem conhecimento dos motivos clínicos e pode explicar para família/responsável a causa mortis do (a) usuário (a) do serviço de saúde. Logo, o (a) assistente social não possui a atribuição/responsabilidade pela notificação de óbito.

Entretanto, o Serviço Social pode participar em conjunto com a equipe de saúde no momento da notificação de óbito, pois nesse processo tem responsabilidade de atender os familiares e/ou responsáveis tendo como foco o esclarecimento sobre os direitos referentes a situação (CFESS, 2010, 2020).

A assistência paliativa pode ser prestada em diversos serviços, cada um apresentando suas vantagens e desvantagens, são eles: enfermarias de cuidados paliativos, unidade hospitalar especializada e cuidados paliativos (hospice), ambulatório de cuidados paliativos, unidade- dia de cuidados paliativos, além de atendimento domiciliar (ANCP, 2012). 67,5% dos (as) respondentes acertaram ao classificar esta afirmativa.

O uso da abordagem multiprofissional é um dos princípios dos cuidados paliativos, pois a articulação das ações e a integração de seus agentes são necessárias para proporcionar aos indivíduos um atendimento contemplando sua totalidade (ANCP, 2012; ANDRADE, 2015; BRASIL, RESOLUÇÃO Nº 41, 2018; PEDUZZI, 2001). 40% dos (as) discentes acertaram ao classificar a proposição sobre este assunto.

Estes tópicos, organização de serviços e abordagem multiprofissional, permitem o resgate da hipótese de conhecimento transversal. Observamos que as afirmativas têm concordância tanto do princípio da integralidade do acesso à atenção à saúde que norteiam o SUS quanto da formação profissional generalista do Serviço Social que: possibilita propor intervenção nas particularidades em cada espaço sócio ocupacional; e recomenda a articulação com outras categorias que partilhem dos mesmos ideais do código de ética dessa profissão.

Em hospitais que não existem leitos específicos para cuidados paliativos deve existir uma equipe consultora que será acionada para prestar assistência ao paciente, servindo como um grupo de suporte que orienta condutas (ANCP, 2012). 47,5% dos (as) estudantes erraram quando questionados sobre este assunto. Pode-se supor que tal situação é consequência da falta de disciplinas sobre cuidados paliativos na matriz curricular.

Na avaliação da dor, os aspectos físicos, emocionais (psicológicos) e culturais são indissociáveis e devem ser igualmente investigados para que seja alcançado o alívio da dor. Estes aspectos influenciam na percepção que cada indivíduo tem da dor (ANCP, 2012; ANDRADE, 2017, IASP, 2020). A proporção dos (as) respondentes que acertaram foi equivalente aos (às) que não souberam classificar a proposição desta temática.

De acordo com a Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP, 2020), a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. A dor é sempre subjetiva”. Por conseguinte, dor é o que o usuário diz que tem.

O entendimento multidimensional da dor foi proposto em 1967 por Cicely Saunders, precursora dos cuidados paliativos, através do conceito de dor total que abrange quatro dimensões: a dor física, a dor emocional, a dor espiritual e a dor social. Em cuidados paliativos, o componente físico da dor pode se modificar pela influência de fatores emocionais, sociais e espirituais (ANCP, 2012; ANDRADE, 2015, 2017).

A pessoa portadora de doença que ameaça a vida e eventualmente numa fase terminal poderá ter vários problemas sendo a dor o sintoma mais presente, mas essa dor não estará sozinha. Muitas vezes a pessoa vai sentir a perda da autoimagem, a perda da independência, a perda da saúde e pode ter a noção da perda do seu futuro. Estes aspectos auxiliam na reflexão sobre a dor social (ANDRADE, 2015, 2017).

Em um país marcado pela desigualdade social, como o Brasil, a dor social relaciona-se diretamente com a vulnerabilidade social. A situação socioeconômica, condições de moradia, precariedade no acesso à serviços e política, organização familiar, rede de suporte social influenciam tanto no diagnóstico e na adesão ao tratamento quanto no enfrentamento de uma situação de sofrimento e de morte. Deste modo, quanto maior a vulnerabilidade social do usuário e grupo familiar, maior a dor social (ANDRADE, 2015, 2017; BASIL, 2011; OMS, 2011, 2014)

Quando consideramos os aspectos dos determinantes sociais da saúde e o conceito de dor total, o (a) assistente social torna-se indispensável nas equipes e nas discussões de cuidados paliativos devido o conhecimento que tem para compreender os “determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 28)

Diante do exposto, é impossível uma única área conseguir tratar a dor total. Torna-se fundamental uma equipe multidisciplinar para conseguir oferecer todo tratamento que o usuário necessita diante da dor total e do sofrimento que ela está causando. Deste modo, a dor é uma experiência individual, mas o seu tratamento não deve ser isolado.

Os resultados deste estudo permitem identificar que o conhecimento sobre as propostas e os princípios dos cuidados paliativos não é suficiente devido à falta de disciplina na matriz curricular de graduação de Serviço Social que aborde esse assunto. Os equívocos realizados sugerem que os (as) estudantes avaliados (as) articularam os conhecimentos, teóricos e/ou da prática vivenciada, oriundos de temas transversais para responder os itens apresentados sobre CP.

#### 4.4. IDENTIFICAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO GERAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS (AS) RESPONDENTES.

Para identificar o nível de conhecimento geral sobre cuidados paliativos dos (as) respondentes, foram estratificados o número de acertos obtidos nos questionários (Tabela 4). A pontuação máxima era de 10 pontos, sendo quanto maior a pontuação, maior é quantidade de acerto.

**Tabela 4** – Distribuição da pontuação dos (as) graduandos (as) de Serviço Social avaliados entre outubro de 2019 a janeiro de 2020 (n=40), Bahia.

Pontuação	Classificação do conhecimento	N	%
0 a 2 pontos	Nenhum	5	12,5%
3 a 4 pontos	Baixo	14	35,0%
5 a 7 pontos	Moderado	20	50,0%
8 a 10 pontos	Satisfatório	1	2,5%

**Fonte:** Base de dados do GECP/UFBA 2020.

Neste estudo, através dos questionários respondidos, identificamos que a maioria dos (as) discentes avaliados (as) apresentaram a classificação do conhecimento sobre a teoria geral dos CP entre moderado (50%) e baixo (35%).

Podemos inferir que os (as) futuros (as) assistentes sociais não estão recebendo formação adequada para realizar a palição. Considerando que “o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo de seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho” (IAMAMOTO, 1998, p. 63). A implementação de disciplina que aborde cuidados paliativos na grade curricular da graduação em Serviço Social poderia produzir no âmbito do curso uma discussão teórica, conceitual, metodológica e interventiva atrelada aos desafios das políticas de saúde e dos processos formativos ao lidarem com o adoecimento, com a morte e com as determinações sociais do processo saúde-doença.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente monografia objetivou identificar a importância dos cuidados paliativos e o grau de conhecimento de modo geral sobre cuidados paliativos junto às/aos discentes dos cursos de graduação de Serviço Social do estado da Bahia.

Partindo desse pressuposto, realizou-se uma pesquisa documental com os dados fornecidos pelo GECP/UFBA associada à pesquisa bibliográfica com o uso de produções científicas no âmbito do SUS acerca dos cuidados paliativos e do Serviço Social para o desenvolvimento da temática em foco.

A modificação da pirâmide etária e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) impulsionaram o crescimento da demanda de usuários elegíveis para acompanhamento por equipe de cuidados paliativos no mundo e no Brasil. Logo, torna-se necessário a implementação de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011, 2018; OMS, 2011, 2014), inclusive para a formação dos (as) futuros (as) assistentes sociais.

O presente estudo tem em sua centralidade fazer a discussão dos cuidados paliativos na dimensão do SUS, identificando a “percepção” das/dos discentes dos cursos de Serviço Social sobre CP. Entretanto, não poderia deixar de destacar que durante o percurso de elaboração desta monografia me deparei com um grave quadro sanitário decorrente da pandemia mundial já mencionada anteriormente. A COVID 19 produz impactos devastadores na saúde da população provocando reflexos no campo dos cuidados paliativos. Neste sentido, a pandemia de COVID-19 se configura como uma crise humanitária devido as

[...] grandes proporções que afetam populações ou sociedades, causando consequências difíceis e angustiantes como a perda maciça de vidas, interrupção dos meios de subsistência, colapso da sociedade, deslocamento forçado e ainda graves impactos políticos, econômicos com efeitos sociais psicológicos e espirituais (OMS, 2018, p. 9).

Na realidade da COVID-19, as pessoas têm todas as dimensões afetadas e agravadas pelo isolamento social, pelo isolamento físico em relação ao contato, ocasionando um sofrimento maior. Em todo o mundo, pessoas morrendo sozinhas em casa por falta de leitos; familiares impossibilitados de se despedirem de seus entes queridos; elevado índice de desemprego; profissionais da saúde encontram-se

afastados de suas famílias e sobrecarregados por rotinas de trabalho exaustivas são exemplos de situações extremamente dolorosas deste contexto incomum. Diante do exposto, podemos observar uma interligação entre a crise humanitária e os cuidados paliativos, porque ambos objetivam o alívio do sofrimento.

Cuidados paliativos, segundo a definição da OMS de 2002 e atualizada em 2017, consistem na abordagem que visa promover a qualidade de vida de todas as pessoas – da criança ao idoso – e seus familiares que enfrentam situação de saúde que ameace a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais.

O conceito ampliado de saúde que sustenta o SUS, bem com os princípios e diretrizes que consolidam o referido sistema único apresentam elementos que permitem a compreensão dos CP como direito e ação em saúde. Entretanto, ainda não havia normativa definida para reconhecimento e organização da oferta de cuidados paliativos.

A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, publicada pelo Diário Oficial da União de 23 de novembro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste estudo, através dos questionários respondidos, identificamos que o conhecimento sobre as propostas e os princípios dos cuidados paliativos dos (as) discentes avaliados (as) foi classificado entre baixo e moderado; e a matriz curricular de graduação de Serviço Social carece de disciplina que aborde esse assunto. Os equívocos realizados sugerem que os (as) estudantes articularam os conhecimentos, teóricos e/ou da prática vivenciada, oriundos de temas transversais para responder os itens apresentados sobre CP.

Podemos inferir que os (as) futuros (as) assistentes sociais não estão recebendo formação adequada para realizar a palição. Considerando que “o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo de seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho” (IAMAMOTO, 1998, p. 63). A implementação de disciplina que aborde cuidados paliativos na grade curricular da graduação em Serviço Social poderá contribuir imensamente para aprofundar o debate e ampliar a produção de estudos e pesquisas na área de conhecimento.



É relevante e necessário abordar essa temática, dado que, até o momento não foi identificado estudo que abordasse sobre os cuidados paliativos com graduandos de Serviço Social no estado da Bahia. Nessa perspectiva, o presente estudo poderá colaborar para a disseminação de conhecimento acerca dessa temática que possivelmente resultará em melhoria da atuação profissional e da assistência paliativa.

No entanto, não se deseja esgotar o conteúdo e sim contribuir para realização de novos estudos tendo em vista difundir o conhecimento sobre CP aos atores envolvidos nesse processo, sejam os próprios usuários, os profissionais de saúde, o meio acadêmico e a sociedade como um todo.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: 1996. Disponível em: [http://www.cressrs.org.br/docs/Lei\\_de\\_Diretrizes\\_Curriculares.pdf](http://www.cressrs.org.br/docs/Lei_de_Diretrizes_Curriculares.pdf). Acesso em: 09 jun. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: ANCP, 2012.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: ANCP, 2018.

ANDRADE, Leticia (org.). **Cuidados Paliativos e Serviço Social: Um exercício de coragem**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2015.

ANDRADE, Leticia (org.). **Cuidados Paliativos e Serviço Social: Um exercício de coragem**. Volume 2. Holambra, SP: Editora Setembro, 2017.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA ESTUDOS DA DOR (IASP). Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. 2020. *In.*: Revisão de narrativa. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). **Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**. Disponível em: [https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor\\_3.pdf](https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf). Acesso em: 30 ago. 2020.

BEHRING, Eliane Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Código de Ética do/da Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. [Constituição (1998)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**.

Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html).

Acesso em: 05 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, nov. 2018. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746). Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é COVID-19?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/sobre-a-doenca>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%204279%202010.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. **Parecer CNE/CES nº 492**, de 03 de abril de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, Ana Elisabete *et al* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf) Acesso em: 05 ago. 2020.

BUCKMAN, Robert Alexander Amiel. **Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy**. Community Oncology. 2005, p. 138-142. Disponível em: <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BURLÁ, Claudia. Cuidados paliativos: afinal, do que se trata? *In*.: MORTIZ, Rachel Duarte (org.). **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Câmara Técnica sobre a

Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 2011.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *In.*: **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov. 2020.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). **As origens da questão democrática na Saúde**. Rio de Janeiro, 02 dez. 2016. Disponível em: [http://cebes.org.br/2016/12/as-origens-da-questao-democratica-na-saude-3/#\\_ftnref3](http://cebes.org.br/2016/12/as-origens-da-questao-democratica-na-saude-3/#_ftnref3). Acesso: 15 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS nº 338**, de 29 de março de 1999. Ementa: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em: 05 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS 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. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_CFESS\\_557-2009.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 15 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientação Normativa nº 3, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CORRÊA *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *In.*: **Cad. Saúde Pública** 36 (9) 18 Set 2020.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *In.*: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV (org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_14423743.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf). Acesso em: 20 nov. 2020.

SCOREL, Sarah. O movimento estudantil e o centro brasileiro de estudos de saúde (Cebes). *In.*: **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 68-88. ISBN 978-85-7541-361-6. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-06.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde, 1987. Pública/FIOCRUZ.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death**: ranking end-of-life care across the world. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death index ranking palliative care across the world**: key findings infographic. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: [https://www.pallnetz.ch/cm\\_data/2015\\_Quality\\_of\\_Death\\_Index\\_Infographic.pdf](https://www.pallnetz.ch/cm_data/2015_Quality_of_Death_Index_Infographic.pdf). Acesso em: 10 jun. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

HAMAMOTO FILHO, Pedro Tadao. Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. *In.*: **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.35, n. 4, p. 535-543, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: Trabalho e Formação Profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. *In.*: CFESS. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: 2012. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/atribuicoes2012completo-201804131236322062320.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1982.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo da Educação Superior 2018**: notas estatísticas. Brasília, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Resumo técnico do Censo da Educação Superior 2018** [recurso eletrônico]. Brasília: INEP, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Mayara/Downloads/Resumo%20T%C3%A9cnico%20do%20Censo%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Superior%202018.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares**: desafios cotidianos. *In.*: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282011000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov. 2020.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em:

[https://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf). Acesso em: 30 ago. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. *In*: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. *In*: **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 153-174. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-07.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *In*.: **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 ago. 2020.

SANTOS, Janaina Luiza dos; BUENO, Sonia Maria Villela. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *In*.: **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 272-276, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100038&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2020.

SILVA, Simone Alves da; FLORES, Oviromar. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. *In*.: **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 410-417, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022015000300410&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300410&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2020.

SILVA, G. R da S. Origens da Medicina Preventiva como Disciplina do Ensino Médico. *In*.: **Revista do Hospital de Clínicas**. Faculdade de Medicina de São Paulo. 28 (2):31-35, 1973.

SIMÃO, Andréa Branco *et al.* A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. *In*.: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 352-364, 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 jun. 2020.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; MENDONÇA, Maria Helena Maria. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. *In.*: FLEURY (Org) **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo- Cortez; Rio de Janeiro- ABRASCO. 2006.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. *In.*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Editora Fiocruz, 2006, p. 531-562. Disponível em: <http://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of Palliative Care**. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 20 mar. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worldwide Palliative Care Alliance. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**, 2014. Disponível em [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf). Acesso em: 25 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514460>. Acesso em: 19 out. 2020.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado graduando,

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Conhecimento sobre cuidados paliativos dos graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do estado da Bahia**”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar o nível de conhecimento geral sobre cuidados paliativos dos graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do estado da Bahia. O motivo que nos leva a estudar é a escassez de dados na literatura sobre o conhecimento dos graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social do estado da Bahia a respeito da temática referida. Para esta pesquisa será realizada a avaliação através de um questionário online.

Este questionário é virtual, sendo disponibilizado nas redes sociais como Facebook, Instagram e WhatsApp, sendo este acessado voluntariamente pelos participantes. Todas as informações contidas neste questionário serão de total sigilo e para uso somente científico com autorização do participante. Este Projeto tem riscos mínimos, sendo considerado para isso, o vazamento de dados e desconforto para responder algumas questões. Para minimizar esses riscos, será utilizada a codificação para cada participante e apenas dois pesquisadores terão acesso a esses dados, além de nos colocarmos a disposição para conversar com o aluno sobre o que gerou o desconforto, assim como, orientar e dar o suporte necessário. Como Benefício será elaborado uma cartilha com os conhecimentos gerais acerca dos cuidados paliativos e disponibilizado para todos os participantes o link do Manual da Academia de Cuidados Paliativos. Caso o(a) Sr.(a) venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) tem direito a receber a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, tanto após o encerramento do estudo quanto no caso de interrupção da pesquisa, além de lhe ser garantido o direito à indenização.

O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu



consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Em caso de desistência, terá o direito de decidir se os dados já coletados podem ser utilizados na pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo(a) Universidade Federal da Bahia e pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso o (a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

**Pesquisador Responsável – Profa. Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro.**  
**Em caso de dúvidas, entrar em contato pelo telefone (71) 3283-8910. Endereço: Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, - Instituto de Ciências da Saúde – 4º andar, Vale do Canela, sala 414.**

Também em caso de dúvida, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA) está localizado na Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, - Instituto de Ciências da Saúde – 4º andar, Vale do Canela. Horário de funcionamento: De Segunda-feira a Sexta-feira das 07h00min às 17h30min. Telefone: (71) 3283-8951. E-mail: cepics@ufba.br.

Os resultados da pesquisa serão entregues quando for finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação, uma vez que a resposta será enviada via software. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada através da publicação dos dados. Esses documentos serão guardados em local seguro por 5 anos e depois excluídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Sua participação é de extrema importância. Obrigado!

Não concordo em participar do estudo.

Declaro que li e que estou de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido e decido participar do estudo de forma voluntária. Em caso de desistência, autorizo que os dados já coletados sejam utilizados com os mesmos propósitos apresentados no TCLE.

## APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO

1. Data de nascimento (DD/MM/AAA): \_\_\_\_\_
  
2. Qual seu sexo?
  - Masculino
  - Feminino
  
3. Qual dos cursos abaixo você faz graduação?
  - Medicina
  - Enfermagem
  - Fisioterapia
  - Psicologia
  - Serviço Social
  
4. Qual o seu semestre atual? \_\_\_\_\_
  
5. Que tipo de instituição de ensino superior você realiza sua graduação? Qual o nome?
  - Pública
  - Privada
  - \_\_\_\_\_
  
6. Qual cidade você cursa sua graduação? \_\_\_\_\_
  
7. Você possui graduação em outra área? Qual?
  - Sim \_\_\_\_\_
  - Não
  
8. Você tem interesse por cuidados paliativos?
  - Sim
  - Não

**9.** Na grade curricular do seu curso há alguma disciplina obrigatória ou optativa sobre cuidados paliativos?

- Sim
- Não

**10.** No seu curso de graduação ou instituição existe alguma liga acadêmica/grupo voltado para o estudo dos cuidados paliativos?

- Sim
- Não

**11.** Você já participou de algum evento científico (Fórum, Congresso, Simpósio, Palestras) que abordasse sobre os cuidados paliativos?

- Sim
- Não

**12.** Os cuidados paliativos é uma abordagem reservado a pacientes e familiares que enfrentam uma doença oncológica, que promove a melhoria da qualidade de vida através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**13.** Os cuidados paliativos podem ser indicados a pacientes crônicos (doenças oncológicas, cardíacas, respiratórias, renais e hepáticas), neurológicos (doença de Alzheimer, esclerose lateral amiotrófica – ELA) e com AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida).

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**14.** São princípios dos cuidados paliativos: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; oferecer as possibilidades terapêuticas existentes focando na

manutenção da vida; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**15.** Na abordagem paliativa, o processo de comunicação de notícias difíceis ou mesmo falar sobre a morte com o paciente é responsabilidade de todos os profissionais da equipe.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**16.** A assistência paliativa pode ser prestada em diversos serviços, cada um apresentando suas vantagens e desvantagens, são eles: enfermarias de cuidados paliativos, unidade hospitalar especializada e cuidados paliativos (hospice), ambulatório de cuidados paliativos, unidade dia de cuidados paliativos, além de atendimento domiciliar.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**17.** Em hospitais que não existem leitos específicos para cuidados paliativos deve existir uma equipe consultora que será acionada para prestar assistência ao paciente, assumindo totalmente a coordenação dos cuidados.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**18.** Nos cuidados paliativos a avaliação do paciente com dor deve ser ampla, não sendo possível identificar peculiaridades das diferentes populações devido a instrumentos de avaliação inespecíficos.

- Verdadeiro
- Falso

- Não sei

**19.** A assistência integral nos cuidados paliativos pode ser oferecida em qualquer nível, por um único profissional desde que este seja especializado e desempenhe uma atuação baseada nos princípios desta abordagem.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**20.** A ortotanásia é uma conduta que não representa apologia ao homicídio, nem incentiva qualquer conduta criminosa ou ilícita por parte dos profissionais de saúde e está absolutamente de acordo com os cuidados paliativos.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei

**21.** Nos cuidados paliativos das últimas horas, o uso de recursos terapêuticos de forma fútil ou obstinada deve ser evitado, pois seus efeitos são nocivos e os benefícios são menores.

- Verdadeiro
- Falso
- Não sei