UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

TANUELLEN CHRISTINE RODRIGUES

A RELEVÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO SOBRE A PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL NO COMPLEXO ISPON EM PONTA GROSSA/PR

PONTA GROSSA
2026

TANUELLEN CHRISTINE RODRIGUES

A RELEVÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO SOBRE A PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL NO COMPLEXO ISPON EM PONTA GROSSA/PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de bacharel em Serviço Social na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Serviço Social.

Orientadora: Profª Drª. Jussara Ayres Bourguignon

PONTA GROSSA

2026

AGRADECIMENTOS

Existem conquistas que não cabem em um diploma. Elas carregam histórias, renúncias, noites mal dormidas, orações silenciosas e sonhos que, mesmo diante das dificuldades, insistiram em permanecer vivos. Chegar até aqui é olhar para trás e reconhecer que foram quatro anos de muito mais do que uma graduação: foram anos que me transformaram, me desafiaram e me ensinaram sobre quem sou e quem ainda desejo ser.

Primeiramente, agradeço a Deus, a Nossa Senhora Aparecida e a São José, por serem meu amparo e minha força durante toda essa caminhada. Nas tantas vezes em que o cansaço falou mais alto, encontrei na fé motivos para continuar e, nas minhas orações, entreguei meus medos e sonhos, confiando que cada passo tinha um propósito.

Ao Lincon, meu marido e companheiro de vida, obrigada por estar comigo desde o início dessa história, desde a notícia da aprovação. Você acompanhou de perto os desafios de conciliar trabalho, estágio e universidade, conheceu meus dias de cansaço e minhas inseguranças, mas nunca deixou de acreditar em mim. Obrigada por segurar minha mão, apoiar meus sonhos e tornar essa caminhada menos solitária.

Aos meus pais, Audemir e Lorena, minha eterna gratidão. Obrigada por cada esforço, renúncia e por tudo o que fizeram para que eu chegasse até aqui. Ser a primeira da nossa família a ingressar em uma universidade pública e concluir uma graduação torna essa conquista ainda mais especial, pois ela também carrega a história e os esforços de vocês. Às minhas irmãs, Karin, Talita, Alana e Thauna, e aos meus sobrinhos, obrigada pelo carinho, pela alegria e por fazerem parte da minha vida. Vocês são parte de quem sou e de tudo aquilo que me motiva a seguir. Essa conquista também é de vocês.

À família do Lincon, que também é minha, agradeço pelo acolhimento, carinho e por todo o apoio ao longo desses anos.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Jussara Ayres Bourguignon, minha profunda admiração e gratidão. Agradeço por ter aceitado caminhar comigo na construção deste trabalho, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos, pela dedicação e por cada ensinamento ao longo dessa trajetória. É uma honra concluir esta etapa tendo sido orientada por uma mulher cuja trajetória acadêmica, produção científica e contribuição para o Serviço Social representam tanto para a UEPG e para

a profissão. Sua história inspira e reafirma a importância da pesquisa, da produção do conhecimento e do compromisso com uma sociedade mais justa. Levo comigo não apenas os aprendizados desta orientação, mas também a admiração pela pesquisadora, professora e mulher que você representa.

Ao Complexo ISPON, pela oportunidade de realizar esta pesquisa, e aos profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos, pela disponibilidade e por compartilharem suas experiências, tornando este estudo possível.

À Virgínia e à Sullyane, minhas amigas e companheiras desses quatro anos, obrigada por dividirem comigo os desafios, as angústias, as risadas e as conquistas da vida universitária. Ter vocês ao meu lado tornou essa caminhada mais leve e especial. Levarei nossa amizade com muito carinho.

Encerro este ciclo com o coração cheio de gratidão, levando comigo as pessoas, os ensinamentos e as memórias que fizeram parte dessa trajetória. Que eu nunca me esqueça de onde vim, de quem caminhou comigo e de tudo o que precisei ser para chegar até aqui.

Os cuidados paliativos realizam algo igualmente importante: valorizam a pessoa.

(Papa Francisco)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo compreender a relevância do Serviço Social nos Cuidados Paliativos desenvolvidos no Complexo ISPON, em Ponta Grossa/PR, a partir da perspectiva da equipe multiprofissional, tendo em vista que a Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da instituição não contava com Assistente Social em sua composição. A metodologia utilizada no estudo respalda-se na pesquisa qualitativa, desenvolvida como estudo de caso e executada por meio de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Para tanto, foram entrevistados seis profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON (dois da Enfermagem, dois da Farmácia, um da Nutrição e um da Fisioterapia), cujos relatos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo. Os resultados da pesquisa estão organizados nos seguintes capítulos: “Contextualização histórica dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil”; “O Complexo ISPON e a implementação dos cuidados paliativos na assistência oncológica” e “Potencialidades do Serviço Social nos cuidados paliativos do Complexo ISPON: análise dos relatos da equipe multiprofissional”. A pesquisa demonstra que os participantes reconhecem que o cuidado integral pressupõe uma dimensão social, que hoje é atendida de forma parcial e não especializada por outras categorias, sobretudo pela Enfermagem, o que aponta para a necessidade de inserção do Assistente Social na equipe, com atribuições de conhecer a realidade social do paciente e da família, orientar sobre direitos, articular a rede de apoio e acompanhar o cuidado de modo contínuo.

Palavras-chave: Serviço Social. Cuidados Paliativos. Prática Profissional do Assistente Social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estágios do luto segundo Kübler-Ross.....24
Figura 2 – Perfil epidemiológico: patologias mais atendidas.....39
Figura 3 – Perfil epidemiológico por gênero.....39
Figura 4 – Perfil epidemiológico por região geográfica.....40
Figura 5 – Organograma do Complexo ISPON (2026).....42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tempo de atuação dos participantes na área da saúde e no Complexo ISPON.....60

Gráfico 2 – Qualificação dos participantes.....61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa.....59
Quadro 2 – Demandas sociais mencionadas pelos participantes.....74
Quadro 3 – Contribuições atribuídas ao Serviço Social pelos participantes.....84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEPe	Centro de Estudos e Pesquisas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
EMCP	Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos
ENF	Enfermagem (código de identificação dos participantes)
FARM	Farmácia (código de identificação dos participantes)
FISIO	Fisioterapia (código de identificação dos participantes)
IA	Inteligência Artificial
ISPAR	Instituto Sul Paranaense de Radioterapia
ISPON	Instituto Sul Paranaense de Oncologia
MAPI	Monitoramento e Avaliação dos Processos ISPON/ISPAR
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NUT	Nutrição (código de identificação dos participantes)
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PNH	Política Nacional de Humanização
POPs	Protocolos Operacionais Padrão
PTI	Projetos Terapêuticos Individuais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 12

CAPÍTULO 1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E NO BRASIL..... 19

1.1 A MORTE E O MORRER NA HISTÓRIA..... 20

1.2 O SURGIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS MODERNOS E AS CONTRIBUIÇÕES DE CICELY SAUNDERS..... 25

1.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E MARCOS NORMATIVOS..... 27

CAPÍTULO 2 O COMPLEXO ISPON E A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA..... 35

2.1 O COMPLEXO ISPON: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL..... 36

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL..... 49

CAPÍTULO 3 POTENCIALIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS DO COMPLEXO ISPON: ANÁLISE DOS RELATOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL..... 58

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DO CONTEXTO DA PESQUISA..... 58

3.2 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS E O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL..... 62

3.2.1 Compreensão dos cuidados paliativos e do cuidado integral..... 62

3.2.2 Trabalho multiprofissional: integração, comunicação e desafios..... 69

3.3 DIMENSÃO SOCIAL, FAMILIAR E PROCESSO DE ADOECIMENTO..... 73

3.4 A AUSÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE E SUAS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO..... 79

3.5 O SERVIÇO SOCIAL COMO POSSIBILIDADE DE FORTALECIMENTO DA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS..... 83

CONCLUSÃO..... 90

REFERÊNCIAS..... 93

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... 97

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA PLATAFORMA BRASIL..... 100

ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMPLEXO ISPON..... 105

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO..... 107

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos vêm ganhando destaque nos debates científicos, acadêmicos e profissionais da área da saúde, especialmente em decorrência do aumento das doenças crônicas, progressivas e ameaçadoras da vida. Essa abordagem busca promover qualidade de vida, alívio do sofrimento e dignidade aos pacientes e seus familiares, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do cuidado (OMS, 2002). No Brasil, o fortalecimento dessa modalidade de assistência ocorreu por meio da ampliação das discussões sobre a humanização do cuidado e da instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, que reconhece a importância da atuação multiprofissional e da integralidade da atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a trajetória acadêmica e as experiências de estágio supervisionado desenvolvidas no campo da saúde, especialmente no Hospital Universitário da Região de Ponta Grossa, foi possível observar a complexidade das demandas apresentadas por pacientes em situações de adoecimento grave e por seus familiares. O contato com usuários que enfrentavam processos de terminalidade evidenciou que o sofrimento ultrapassa os limites da dimensão biológica, envolvendo também questões emocionais, familiares, econômicas e sociais que impactam diretamente a qualidade de vida e o acesso aos direitos.

Além das vivências acadêmicas, a participação junto à Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON Ponta Grossa/PR possibilitou uma aproximação ainda maior com a temática. Durante esse processo, observou-se a relevância do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional na construção de estratégias de cuidado voltadas à integralidade da atenção. Contudo, também foi identificada a ausência de um profissional de Serviço Social na composição da equipe, aspecto que despertou inquietações acerca das possíveis contribuições da profissão para o fortalecimento da assistência prestada aos pacientes e seus familiares.

Diante desse contexto, a pesquisa teve como problemática: qual o papel do Serviço Social na perspectiva da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON, localizado no município de Ponta Grossa/PR?

Nesse sentido, a pesquisa foi desenvolvida no Complexo ISPON instituição

localizada no município de Ponta Grossa, Paraná, que atua na prestação de serviços de saúde e conta, à época da pesquisa, com uma Comissão de Cuidados Paliativos composta por profissionais de diferentes áreas. A instituição vinha ampliando suas discussões sobre a atenção integral aos pacientes em situação de adoecimento grave, constituindo-se como um importante espaço para a análise das práticas multiprofissionais e das possibilidades de inserção do Serviço Social nesse contexto.

A Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON desenvolvia ações voltadas ao acompanhamento de pacientes que apresentavam doenças ameaçadoras da vida, buscando oferecer suporte às necessidades físicas, emocionais e psicossociais decorrentes do processo de adoecimento. A atuação integrada dos profissionais contribuía para a construção de planos terapêuticos que valorizavam a autonomia, a qualidade de vida e a dignidade dos usuários atendidos.

A pesquisa teve como objetivo geral compreender a relevância do Serviço Social para os Cuidados Paliativos no Complexo ISPON considerando a perspectiva da equipe multiprofissional. Como objetivos específicos, buscou-se refletir sobre a concepção dos Cuidados Paliativos a partir das legislações em cuidado com a saúde; descrever a estrutura, organização e serviços ofertados pelo Complexo ISPON; verificar a importância dos Cuidados Paliativos para a garantia de direitos dos pacientes atendidos pela instituição; e compreender como o profissional de Serviço Social pode contribuir para processos de cuidado integral, considerando as dimensões éticas, sociais, emocionais e familiares envolvidas na atenção a pacientes no contexto dos cuidados paliativos.

Para alcançar os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa qualitativa, utilizando o estudo de caso como principal estratégia metodológica. A escolha dessa abordagem fundamentou-se na necessidade de compreender as percepções, experiências e significados atribuídos pelos profissionais envolvidos com os Cuidados Paliativos no contexto institucional investigado.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa dedica-se ao universo dos significados, valores, crenças, atitudes e relações humanas, possibilitando uma compreensão aprofundada dos fenômenos sociais. Essa perspectiva metodológica mostrou-se adequada para investigar a complexidade das relações profissionais presentes nos Cuidados Paliativos e as contribuições atribuídas ao Serviço Social pelos membros da equipe multiprofissional.

O estudo de caso foi adotado como principal estratégia metodológica por possibilitar uma investigação aprofundada de um fenômeno específico, considerando as particularidades do contexto em que ele se manifesta. Diferentemente de uma abordagem que busca analisar determinado fenômeno de maneira isolada, o estudo de caso permite compreender a realidade investigada em sua complexidade, considerando as relações existentes entre os sujeitos, a instituição e as práticas desenvolvidas. Para esta pesquisa, essa perspectiva foi especialmente pertinente, uma vez que o objeto de estudo estava relacionado à relevância do Serviço Social nos Cuidados Paliativos a partir da perspectiva dos profissionais que integravam a equipe multiprofissional do Complexo ISPON.

De acordo com Yin (2015), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa utilizada para investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno investigado e o contexto no qual ele está inserido não se apresentam de maneira claramente definida. Essa característica permite compreender que a atuação profissional nos Cuidados Paliativos não ocorre de forma independente das condições institucionais, da organização dos serviços, das relações estabelecidas entre os profissionais e das necessidades apresentadas pelos pacientes e seus familiares. Assim, analisar a possibilidade de inserção do Serviço Social na equipe de Cuidados Paliativos exigiu considerar justamente esse conjunto de elementos que constituía a realidade institucional investigada.

Também, a investigação foi subsidiada por pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A pesquisa bibliográfica permitiu o aprofundamento teórico acerca dos Cuidados Paliativos, da atuação multiprofissional em saúde e da inserção do Serviço Social nesse campo de intervenção.[1]

A pesquisa documental possibilitou a análise de documentos institucionais, protocolos internos e normativas que orientam a organização e o funcionamento dos serviços, com especial atenção à atuação da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON. Esse levantamento contribuiu para compreender como os cuidados paliativos estão estruturados institucionalmente, bem como as diretrizes e procedimentos que norteiam a atuação da equipe multiprofissional nesse contexto.

[1] Os principais autores utilizados estão apresentados no início do Capítulo 1.

Segundo Pimentel (2001), a pesquisa documental caracteriza-se como o estudo exclusivamente de documentos que abordam os objetivos da pesquisa científica.

> [...] trata-se de um processo de garimpagem; se as categorias de análise dependem dos documentos, eles precisam ser encontrados, extraídos das prateleiras, receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças, como num quebra-cabeça (Pimentel, 2001, p. 180).

Para a produção dos materiais empíricos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais integrantes da Comissão de Cuidados Paliativos da instituição. De acordo com Manzini (2004), a entrevista semiestruturada organiza-se a partir de um roteiro de perguntas básicas previamente estabelecidas, relacionadas aos interesses da pesquisa, diferenciando-se da entrevista estruturada por sua flexibilidade, uma vez que permite ao pesquisador ajustar as perguntas conforme as respostas obtidas ao longo da interação. Nessa mesma direção, Triviños (1987) destaca que a entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema investigado, os quais podem gerar novas hipóteses a partir das respostas dos participantes, sendo o foco da entrevista conduzido pelo próprio pesquisador.

A escolha dessa técnica fundamentou-se, portanto, na possibilidade de compreender, a partir da perspectiva dos próprios profissionais, aspectos relacionados à dinâmica de trabalho da equipe de Cuidados Paliativos, às atribuições desenvolvidas no cotidiano profissional, aos desafios presentes na assistência aos pacientes e familiares, bem como às possibilidades de atuação do Serviço Social nesse campo. Nesse sentido, as entrevistas contribuíram para a identificação de diferentes percepções acerca do trabalho multiprofissional e das contribuições que a inserção do Assistente Social pode oferecer ao fortalecimento do cuidado integral.

A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional, considerando sua inserção e atuação na Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON, bem como sua relação direta com a assistência e/ou organização dos cuidados paliativos na instituição. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (I) ser profissional integrante da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON; (II) possuir participação nas atividades relacionadas aos cuidados paliativos; e (III) aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, considerou-se

a não integração à referida Comissão ou a indisponibilidade para participação na entrevista no período estabelecido para a coleta de dados.

Os dados obtidos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011):

> Parece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (Bardin, 2011).

Para mais, a análise de conteúdo parte de três etapas metodológicas, as quais consistem na pré-análise, na exploração do material e no tratamento dos resultados (Bardin, 2011). A pré-análise caracteriza-se pela organização dos métodos de trabalho, sendo estes bem definidos porém flexíveis para a execução da pesquisa (Câmara, 2013, p. 183). Na sequência, na etapa de exploração do material os dados obtidos foram filtrados e esquematizados para uma análise consistente (Câmara, 2013, p. 185). Finalizamos a análise dos dados com a fase de tratamento dos resultados, sendo a inferência e interpretação dos resultados esquematizados pelo pesquisador (Câmara, 2013, p. 188).

Para tanto, o presente estudo passou pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), por meio da Plataforma Brasil, em conformidade com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo referido Comitê de Ética mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 97279226.7.0000.0105 e parecer consubstanciado nº 8.468.277 (Anexo A). Além disso, a realização da pesquisa junto ao Complexo ISPON foi autorizada pela instituição, assegurando o acesso aos participantes e às informações necessárias para o desenvolvimento do estudo (Anexo B).

Assim, o presente trabalho ficou organizado em três capítulos, contendo o referencial teórico da pesquisa, a contextualização do universo da pesquisa e, por fim, a análise e sistematização dos dados coletados e estudados.

O capítulo 1, intitulado “Contextualização Histórica dos Cuidados Paliativos no Mundo e no Brasil”, apresentou o referencial teórico da pesquisa. Nele, foram discutidas as transformações nas formas de compreender a morte e o morrer ao longo

da história, o surgimento dos cuidados paliativos modernos e as contribuições de Cicely Saunders e, por fim, a institucionalização dessa abordagem no Brasil, a partir das políticas públicas e dos marcos normativos que orientam sua implementação no Sistema Único de Saúde.

O capítulo 2, nomeado “O Complexo ISPON e a Implementação dos Cuidados Paliativos na Assistência Oncológica”, apresentou o universo da pesquisa. Inicialmente, a instituição foi caracterizada quanto à sua trajetória histórica, abrangência regional, estrutura e organização dos serviços, bem como à inserção dos Cuidados Paliativos por meio de política institucional e da Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos, cuja composição não contempla o Assistente Social. Em seguida, foi discutida, com base na literatura, a contribuição do Serviço Social para o cuidado integral nesse campo, desde a origem do movimento paliativista até as atribuições, competências e instrumentos de trabalho da profissão.

O capítulo 3, denominado “Potencialidades do Serviço Social nos Cuidados Paliativos do Complexo ISPON: Análise dos Relatos da Equipe Multiprofissional”, apresentou a análise e a discussão dos dados produzidos nas entrevistas, organizadas em categorias temáticas a partir da Análise de Conteúdo. Após a caracterização dos participantes, foram analisadas as percepções dos profissionais sobre os Cuidados Paliativos e o trabalho multiprofissional, as demandas sociais e familiares identificadas no cotidiano do cuidado oncológico, a ausência do Serviço Social na equipe e suas repercussões e, por fim, as possibilidades de inserção do Assistente Social para o fortalecimento do cuidado integral, em diálogo com os capítulos anteriores.

Por fim, considerou-se que a pesquisa teve relevância acadêmica, profissional e social ao contribuir para a produção de conhecimento acerca dos Cuidados Paliativos e da inserção do Serviço Social nesse campo de atuação. A investigação buscou evidenciar as contribuições do Assistente Social no contexto das equipes multiprofissionais, especialmente no que se refere à garantia de direitos, à articulação com a rede de proteção social, ao fortalecimento dos vínculos familiares e ao atendimento das demandas sociais apresentadas por pacientes e familiares durante o processo de adoecimento. Além disso, o estudo buscou subsidiar futuras pesquisas e reflexões acerca da temática, considerando que os Cuidados Paliativos constituem uma área em expansão no âmbito da saúde e ainda pouco explorada pela produção científica do Serviço Social. Nesse sentido, a pesquisa também buscou contribuir para

ampliar o debate sobre novos espaços sócio-ocupacionais da profissão, evidenciando as possibilidades de atuação do Assistente Social em equipes multiprofissionais voltadas ao cuidado integral, à humanização da assistência e à defesa dos direitos dos usuários nos processos de adoecimento e finitude da vida.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E NO BRASIL

O primeiro capítulo da pesquisa objetiva construir o referencial teórico acerca dos Cuidados Paliativos e de sua interface com o Serviço Social, apresentando os principais conceitos, fundamentos históricos, normativos e profissionais que permeiam o objeto de estudo. Busca-se compreender o processo de constituição dos Cuidados Paliativos no cenário internacional e brasileiro, bem como sua inserção nas políticas públicas de saúde e sua relação com a atuação multiprofissional, especialmente no campo do Serviço Social.

Como procedimento metodológico para a construção do presente capítulo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental, envolvendo obras clássicas e contemporâneas que discutem os Cuidados Paliativos, a política de saúde brasileira e a atuação do Serviço Social no campo da saúde. Para tanto, foram utilizados livros, artigos científicos, documentos institucionais, legislações e produções acadêmicas que abordam a temática, com o intuito de fundamentar teoricamente as discussões apresentadas ao longo da pesquisa. Entre os principais autores e documentos que subsidiaram este estudo destacaram-se Philippe Ariès (2003), Cicely Saunders (2006), Rachel Aisengart Menezes (2004), Maria Júlia Kovács (2003), Dalva Yukie Matsumoto (2012), Hermes e Lamarca (2013), Carvalho e Parsons (2012), Frossard, Schaeffer e Simões (2020), Rosa (2022), Silva e Braga (2021), Marilda Villela Iamamoto, Ana Maria de Vasconcelos e Maria Lúcia Martinelli, cujas contribuições possibilitam compreender os fundamentos históricos e conceituais dos Cuidados Paliativos, sua relação com a política de saúde e as especificidades da atuação do Serviço Social nesse campo. Além da produção bibliográfica, a pesquisa também foi fundamentada em documentos e normativas produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), bem como na legislação brasileira e nos marcos normativos que orientam a organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diante disso, o capítulo foi estruturado em três partes. Inicialmente, abordou-se a contextualização histórica dos Cuidados Paliativos, discutindo as transformações ocorridas nas formas de

compreender a morte e o processo de morrer ao longo da história. Na sequência, tratou-se do surgimento dos Cuidados Paliativos modernos e das contribuições de Cicely Saunders e do movimento hospice. Por fim, foi analisada a institucionalização dessa abordagem no Brasil, destacando sua inserção no Sistema Único de Saúde, os princípios da integralidade e da humanização da assistência e os marcos normativos que orientam sua implementação.

1.1 A MORTE E O MORRER NA HISTÓRIA

A morte constitui uma experiência inerente à condição humana e acompanha a trajetória das sociedades desde os seus primórdios. Entretanto, as formas de compreendê-la, representá-la e vivenciá-la sofreram profundas transformações ao longo da história, sendo influenciadas pelos contextos culturais, religiosos, econômicos e sociais de cada período histórico. Nesse sentido, compreender a trajetória histórica da morte torna-se fundamental para analisar o surgimento e a consolidação dos Cuidados Paliativos na contemporaneidade.

De acordo com Ariès (2003), durante a Idade Média a morte era compreendida como um acontecimento natural e coletivo. O indivíduo possuía consciência da proximidade da morte e participava ativamente dos rituais que antecediam seu falecimento, geralmente ocorrendo no ambiente familiar e cercado por parentes, amigos e membros da comunidade. A morte não era vista como um evento isolado ou ocultado, mas como parte integrante da vida social.

> Durante muito tempo, a morte foi uma cerimônia pública e organizada. O moribundo presidia-a e conhecia seu protocolo. Convocava seus parentes, amigos e vizinhos, organizava as últimas recomendações e aguardava serenamente sua partida. A morte era familiar e próxima, aceita como parte natural da existência humana (Ariès, 2003, p. 34).

A partir da modernidade, especialmente entre os séculos XVIII e XIX, as transformações sociais, científicas e tecnológicas modificaram significativamente a relação da sociedade com a morte. O avanço da medicina, a institucionalização dos serviços de saúde e a crescente valorização da ciência contribuíram para que o processo de morrer fosse gradativamente transferido do ambiente doméstico para os hospitais.

Para Menezes (2004), a medicalização da morte produziu mudanças significativas nas formas de cuidado ao paciente em fase terminal. O ambiente hospitalar passou a concentrar o processo de morrer, deslocando dos familiares e da

comunidade a responsabilidade pelo cuidado. Como consequência, a morte tornou-se progressivamente invisibilizada no cotidiano social.

Corroborando essa discussão, Kovács (2003) afirma que a sociedade contemporânea desenvolveu mecanismos de negação da morte, transformando-a em um tema frequentemente evitado. Segundo a autora, o avanço tecnológico na área da saúde ampliou as possibilidades terapêuticas, mas também contribuiu para a dificuldade de reconhecer os limites da intervenção médica diante da finitude humana. Nesse cenário, observa-se que a morte passou a ser compreendida predominantemente sob uma perspectiva biológica, reduzindo-se muitas vezes aos aspectos clínicos do adoecimento.

O modelo biomédico hegemônico, consolidado ao longo do século XX, orientou-se fundamentalmente pela lógica da cura e da erradicação da doença. Nesse paradigma, a morte passou a ser interpretada como um fracasso terapêutico, um evento a ser adiado a qualquer custo por meio de recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados. Segundo Pessini (2001), essa postura culminou no fenômeno conhecido como distanásia, isto é, o prolongamento artificial e desnecessário do processo de morrer, muitas vezes acompanhado de sofrimento físico e psíquico intenso para o paciente e sua família.

A obstinação terapêutica caracterizada pela insistência em procedimentos invasivos mesmo diante de prognósticos irreversíveis revela as limitações éticas de um modelo assistencial centrado exclusivamente na doença, e não no sujeito que a vivencia. Como destaca Kovács (2003), a formação médica tradicional, historicamente voltada para o diagnóstico e o tratamento curativo, não preparava os profissionais para lidar com a finitude, tampouco para reconhecer o momento em que os esforços curativos deveriam ceder espaço aos cuidados voltados ao conforto e à dignidade.

Esse cenário de crise do modelo curativo tradicional criou as condições históricas propícias para o surgimento de um novo paradigma assistencial: um modelo que reconhecesse os limites da medicina curativa sem, contudo, abandonar o paciente em seu momento de maior vulnerabilidade. É nesse contexto que emerge o movimento moderno dos Cuidados Paliativos, cuja proposta central reside justamente na ressignificação do cuidado em fim de vida.

Ao longo da história, a relação estabelecida pelos indivíduos com a própria morte e com a morte do outro sofreu sucessivas transformações. Essas mudanças estiveram relacionadas às modificações na estrutura familiar, nas crenças religiosas,

nas formas de organização social e no desenvolvimento das instituições. Nesse sentido, Ariès (2003) demonstra que as atitudes diante da morte são historicamente construídas e não podem ser compreendidas como universais ou imutáveis.

Segundo Ariès (2003), durante a Idade Média, a morte era encarada como um acontecimento natural e esperado. O indivíduo que percebia a proximidade do fim de sua vida preparava-se para morrer e permanecia cercado por familiares, amigos e outras pessoas de sua comunidade. O moribundo assumia, portanto, uma posição ativa diante da própria morte, participando das decisões e dos rituais que envolviam esse momento.

A respeito dessa dimensão pública do morrer, Ariès afirma:

> A câmara do moribundo convertia-se então em lugar público. A entrada era livre... Os transeuntes que encontravam na rua o pequeno cortejo do sacerdote com o viático acompanhavam-no e entravam atrás dele no quarto do doente (Ariès, 2003, p. 24).

O trecho evidencia o caráter coletivo e ritualizado assumido pela morte naquele período. O espaço destinado ao moribundo não se constituía como um ambiente de isolamento, mas como um lugar de encontro entre o indivíduo, seus familiares, amigos e a comunidade. A morte, portanto, estava integrada à vida social e era vivenciada de maneira mais aberta. Entre os séculos XVI e XVIII, Ariès (2003) identifica transformações importantes nessa relação. Nesse período, a morte do outro passa a adquirir maior centralidade, especialmente em razão das mudanças nas relações familiares e da valorização crescente dos vínculos afetivos. A perda de um ente querido passa a ser vivenciada de maneira mais intensa, associando-se à ruptura dos vínculos estabelecidos ao longo da vida.

No século XIX, essa relação com a morte torna-se ainda mais marcada pela valorização dos sentimentos e dos vínculos afetivos. A morte passa a ser compreendida como uma ruptura dolorosa da convivência cotidiana, produzindo sentimentos de sofrimento, saudade e melancolia entre aqueles que permanecem. A experiência da perda passa, assim, a ocupar um espaço cada vez mais significativo na vida emocional dos indivíduos.

Posteriormente, especialmente ao longo do século XX, observa-se uma transformação ainda mais expressiva. A morte passa a ser progressivamente afastada do espaço familiar e transferida para as instituições hospitalares. Conforme Ariès (2003), o círculo de relações do moribundo passa a adotar uma postura de proteção diante da proximidade da morte, buscando ocultar ou retardar a revelação da

gravidade do estado de saúde:

> O círculo de relações do moribundo tende a poupá-lo, escondendo a gravidade do seu estado; admite-se, porém, que a dissimulação não pode durar muito tempo e o doente acaba por saber, mas nesse caso os parentes não têm já a coragem cruel de serem eles mesmos a dizer a verdade (Ariès, 2003, p. 55).

A ocultação da morte passa, desse modo, a constituir uma característica da sociedade moderna. À medida que a medicina amplia sua capacidade de intervenção sobre as doenças, a morte começa a ser percebida como algo que deve ser evitado ou adiado. O hospital passa a representar o espaço privilegiado para a luta contra a doença e, consequentemente, contra a própria morte. Ariès (2003) sintetiza essa transformação ao afirmar:

> Já não se morre em casa, no meio dos seus, morre-se no hospital, e só. Porque é no hospital que se proporcionam cuidados que já não são viáveis em casa. É no centro médico que se luta contra a morte. Ariès (2003, p. 56)

A partir da segunda metade do século XX, esse processo de institucionalização intensifica-se, especialmente com o desenvolvimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a incorporação de novas tecnologias ao campo da saúde. A morte passa a ocorrer, com frequência, em ambientes marcados por procedimentos técnicos, equipamentos e protocolos, afastando-se do cotidiano familiar.

Nesse contexto, o processo de morrer pode assumir um caráter predominantemente técnico, no qual as decisões acerca do tratamento e das condutas a serem adotadas passam a ser compartilhadas entre profissionais de saúde e familiares, nem sempre contando com a participação efetiva do próprio paciente. A morte, antes compreendida como acontecimento público e familiar, passa a ser progressivamente silenciada e institucionalizada.

A reconstrução histórica realizada por Ariès (2003) permite compreender, portanto, que a maneira contemporânea de lidar com a morte é resultado de um processo histórico de transformações sociais e culturais, marcado pela medicalização e pela institucionalização do morrer. Essa compreensão é fundamental para analisar o surgimento de perspectivas que passaram a questionar a centralidade exclusiva da cura e a defender uma abordagem que considerasse também as necessidades emocionais, sociais e familiares dos indivíduos diante da finitude.

No final da década de 1960, os estudos desenvolvidos pela psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross contribuíram para ampliar a discussão acerca da experiência do paciente diante da proximidade da morte. Em sua obra *Sobre a morte e o morrer*, publicada

originalmente em 1969, a autora apresenta reflexões construídas a partir do contato direto com pacientes em fase terminal, abordando as diferentes reações emocionais manifestadas diante do diagnóstico e da perspectiva da morte.

Kübler-Ross sistematizou cinco estágios frequentemente associados à experiência de pacientes diante da terminalidade: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Figura 1). É importante ressaltar que esses estágios não devem ser compreendidos como uma sequência rígida ou obrigatória, uma vez que as experiências diante da morte são singulares e podem variar de acordo com a história de vida, as relações familiares, as condições clínicas e os recursos subjetivos de cada indivíduo.

Figura 1 – Estágios do luto segundo Kübler-Ross



Fonte: Elaborado com auxílio de inteligência artificial generativa (ANTHROPIC, 2026), a partir de Kübler-Ross (1969).
Organização: Rodrigues, 2026.

Por fim, Kübler-Ross apresenta a aceitação como um estágio no qual o paciente pode demonstrar maior tranquilidade diante da realidade da morte. Essa

aceitação não significa necessariamente ausência de sofrimento, mas pode representar uma diminuição da luta contra a realidade vivenciada e uma maior disponibilidade para lidar com o processo de morrer.

A autora também destaca a importância da família nesse processo. O adoecimento e a proximidade da morte não atingem exclusivamente o indivíduo, mas repercutem diretamente sobre aqueles que compõem sua rede de relações. Kübler-Ross (1981) enfatiza que compreender as reações familiares é indispensável para oferecer um cuidado efetivo ao paciente terminal:

> Se não levarmos em conta a família do paciente terminal, não poderemos ajudá-lo com eficácia, os familiares desempenham um papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente (Kübler-Ross, 1981, p. 163).

A passagem evidencia a necessidade de compreender o paciente em sua realidade relacional. A família também enfrenta sentimentos de medo, insegurança, tristeza, impotência e, em determinadas situações, culpa diante da impossibilidade de modificar o curso da doença. Dessa maneira, o cuidado destinado ao paciente em fase terminal deve considerar igualmente as necessidades daqueles que o acompanham.

1.2 O SURGIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS MODERNOS E AS CONTRIBUIÇÕES DE CICELY SAUNDERS

Com o avanço da medicina e o fortalecimento do modelo biomédico, o processo de morrer passou a ser cada vez mais transferido para o ambiente hospitalar, tornando-se objeto de intervenção técnica e científica. Entretanto, mesmo que os avanços tecnológicos tenham contribuído significativamente para o tratamento de diversas enfermidades, nem sempre foram capazes de responder às necessidades humanas vivenciadas por pessoas em processo de adoecimento avançado e sem possibilidades de cura.

Foi nesse contexto que emergiram os Cuidados Paliativos modernos, fortemente influenciados pelo trabalho desenvolvido por Cicely Saunders. Sua trajetória profissional é marcada por uma característica singular: antes de se tornar médica, Saunders atuou como enfermeira e Assistente Social. Essa vivência permitiu que desenvolvesse uma compreensão ampliada das necessidades apresentadas pelos pacientes, reconhecendo que o sofrimento ultrapassa os limites do corpo físico e envolve aspectos emocionais, familiares, sociais e espirituais. (Saunders, 2006)

A partir dessas observações, Saunders (2006) passou a questionar práticas que compreendiam o paciente apenas pela perspectiva da doença. Para a autora, mesmo diante da impossibilidade de cura, havia a necessidade de garantir conforto, dignidade e qualidade de vida. Nesse sentido, desenvolveu o conceito de dor total, considerado um dos principais pilares dos Cuidados Paliativos contemporâneos.

Segundo Menezes (2004), as experiências vivenciadas por Saunders junto a pacientes em fase terminal evidenciaram a precariedade da assistência prestada à época. Muitos indivíduos passaram seus últimos dias submetidos a dores intensas, isolamento e sofrimento emocional, sem receber acompanhamento adequado para além das intervenções estritamente médicas.

Conforme destaca Matsumoto (2012), a dor total corresponde à compreensão de que o sofrimento humano resulta da interação entre diferentes dimensões da vida. A dor física, embora relevante, não pode ser analisada de forma isolada, uma vez que fatores emocionais, sociais e espirituais influenciam diretamente a forma como cada indivíduo experimenta o adoecimento.

Ao abordar essa questão, Saunders afirma que:

> A dor pode ser física, mas também pode estar relacionada à tristeza, ao medo, à insegurança, às preocupações familiares e à perda do sentido da vida. Por isso, o cuidado deve contemplar todas as dimensões da experiência humana (Saunders, 2006, p. 35).

A elaboração desse conceito representou uma importante ruptura com o modelo de medicina predominante na época. Enquanto a assistência tradicional concentrava esforços na doença e na busca pela cura, os Cuidados Paliativos propunham uma abordagem centrada na pessoa, reconhecendo suas necessidades.

Outra contribuição amplamente difundida de Saunders refere-se à valorização da dignidade humana durante todo o processo de adoecimento. Sua compreensão acerca do cuidado pode ser observada em uma das frases mais citadas na literatura paliativista:

> Você importa porque é você. Importa até o último momento de sua vida, e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance não apenas para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para viver até o dia da sua morte (Saunders, 2006, p. 14).

Essa perspectiva contribuiu para a construção de um novo olhar sobre a assistência em saúde, pautado no respeito à autonomia, à singularidade e aos desejos do paciente. Mais do que controlar sintomas, os Cuidados Paliativos passaram a reconhecer a pessoa em sua totalidade, valorizando suas relações familiares, sua

história de vida e suas necessidades sociais.

Em 1967, Saunders fundou o St. Christopher's Hospice, em Londres, considerado o marco dos Cuidados Paliativos modernos. A instituição tornou-se referência internacional por integrar assistência, ensino e pesquisa, influenciando a implantação de serviços semelhantes em diversos países. A partir dessa experiência, os Cuidados Paliativos passaram a se consolidar como uma abordagem capaz de promover qualidade de vida e cuidado integral às pessoas que vivenciam doenças ameaçadoras da vida, contribuindo para uma assistência mais humanizada e comprometida com a dignidade humana. (Hermes; Lamarca, 2013).

1.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E MARCOS NORMATIVOS.

A expansão internacional dos Cuidados Paliativos influenciou gradativamente a organização dos serviços de saúde em diferentes países, incluindo o Brasil. Entretanto, sua incorporação no contexto brasileiro ocorreu de maneira progressiva, acompanhando as transformações demográficas, epidemiológicas e sociais que modificaram as demandas apresentadas ao sistema de saúde. Inicialmente restritos a iniciativas vinculadas principalmente à oncologia e ao controle da dor, os Cuidados Paliativos passaram posteriormente a ser compreendidos como uma abordagem necessária para diferentes condições crônicas e progressivas, fundamentada na integralidade do cuidado e na defesa da dignidade humana (Carvalho; Parsons, 2012).

No Brasil, a consolidação dessa perspectiva encontra relação direta com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição Federal representa um marco histórico ao romper com uma concepção restrita de assistência à saúde, reconhecendo que o cuidado deve ser garantido de forma universal, integral e equânime, considerando as necessidades individuais e coletivas da população (Brasil, 1988).

A partir desse marco constitucional, a saúde passa a ser compreendida para além da ausência de doença, inserindo-se no campo dos direitos sociais e da responsabilidade pública. Essa concepção é aprofundada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde e estabelece princípios e diretrizes para a organização das ações e serviços de saúde. Entre esses princípios, destaca-se a integralidade da assistência, compreendida como um

conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990).

A integralidade, enquanto princípio organizador do SUS, apresenta aproximações significativas com os fundamentos dos Cuidados Paliativos, pois pressupõe uma compreensão ampliada do sujeito, considerando não somente os aspectos biológicos da doença, mas também suas dimensões psicológicas, sociais, familiares e culturais. Dessa forma, o cuidado paliativo distancia-se de uma prática exclusivamente voltada ao momento final da vida e passa a ser compreendido como uma modalidade de atenção que busca promover qualidade de vida desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da continuidade da vida (Matsumoto, 2012).

Essa aproximação entre a concepção de integralidade e os Cuidados Paliativos é particularmente importante quando se considera que o processo de adoecimento pode produzir repercussões que ultrapassam a dimensão clínica. Uma doença grave ou ameaçadora da vida pode modificar a rotina familiar, a capacidade para o trabalho, as condições financeiras, a autonomia, as relações sociais e o acesso a direitos.

Embora experiências relacionadas aos Cuidados Paliativos já fossem desenvolvidas no país desde as décadas de 1980 e 1990, sua regulamentação ocorreu de forma gradual. Durante muitos anos, a oferta desses serviços permaneceu concentrada em instituições específicas e grandes centros urbanos, sem uma organização nacional que garantisse o acesso ampliado da população. Esse cenário evidenciava uma importante contradição: apesar dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, ainda existiam limitações para assegurar um cuidado integral às pessoas que vivenciavam doenças graves, avançadas ou sem possibilidade de cura (Carvalho; Parsons, 2012).

Um dos primeiros marcos normativos relacionados ao cuidado de pessoas em sofrimento e em situações de terminalidade ocorreu por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003. A PNH reforçou a necessidade de práticas assistenciais baseadas no acolhimento, vínculo, participação do usuário e valorização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, princípios que dialogam diretamente com a filosofia dos Cuidados Paliativos (Brasil, 2013).

Posteriormente, a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, do Ministério da Saúde, representou um avanço significativo ao estabelecer diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. A

normativa reconheceu essa modalidade como parte dos cuidados continuados integrados, determinando que a assistência deveria contemplar ações destinadas ao alívio da dor, controle de sintomas e redução do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes e familiares (Brasil, 2018).

A Resolução nº 41/2018 também reforçou a necessidade de inserção dos Cuidados Paliativos nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, compreendendo que esse cuidado não deveria estar restrito ao ambiente hospitalar ou aos momentos finais da vida, mas articulado aos diferentes níveis de atenção, incluindo atenção básica, atenção domiciliar e serviços especializados (Brasil, 2018).

Outro marco fundamental ocorreu em 2024, com a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), por meio da Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Essa normativa estabeleceu oficialmente uma política nacional voltada à organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, reconhecendo-os como ações e serviços destinados ao alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida (Brasil 2024).

A criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos representa um avanço na garantia do direito à saúde, pois busca superar a fragmentação histórica da assistência e ampliar o acesso da população a equipes multiprofissionais qualificadas. A política estrutura-se a partir da ampliação das equipes de cuidado paliativo, educação permanente dos profissionais e garantia de medicamentos e insumos necessários para o atendimento adequado dos usuários (Brasil 2024).

Nesse sentido, a regulamentação dos Cuidados Paliativos no Brasil evidencia uma mudança na compreensão acerca do cuidado em saúde. A morte deixa de ser compreendida exclusivamente como um fracasso terapêutico e passa a ser reconhecida como parte da experiência humana, exigindo intervenções pautadas no respeito à autonomia, na comunicação, no acolhimento e na preservação da dignidade do sujeito. Conforme Carvalho e Parsons (2012), os Cuidados Paliativos representam uma abordagem que não busca antecipar ou prolongar o processo de morrer, mas garantir que a pessoa seja cuidada de maneira integral durante todo o percurso da doença.

A PNCP também reforça a necessidade de uma atuação integrada entre diferentes profissionais e pontos da rede de atenção à saúde. Essa característica é relevante porque as demandas apresentadas por pacientes em Cuidados Paliativos

não são homogêneas e podem modificar-se conforme a evolução da doença, as condições de vida, as relações familiares e as necessidades identificadas durante o acompanhamento. O cuidado, portanto, precisa ser construído de maneira compartilhada e de acordo com a realidade de cada pessoa. Como destacam Gomes e Othero (2016), os Cuidados Paliativos pressupõem uma abordagem multiprofissional justamente pela complexidade das necessidades apresentadas pelos pacientes e seus familiares.

A organização dos Cuidados Paliativos a partir de uma perspectiva multiprofissional também permite compreender a importância da atuação de diferentes áreas profissionais na identificação e no enfrentamento das necessidades dos pacientes. A assistência não se limita ao controle dos sintomas físicos, uma vez que o sofrimento pode envolver aspectos emocionais, sociais, familiares e espirituais. Por essa razão, a composição das equipes e a articulação entre os diferentes saberes profissionais constituem aspectos fundamentais para a construção de um cuidado integral. Essa compreensão está diretamente relacionada ao princípio da integralidade do SUS, que pressupõe uma atenção que considere o sujeito para além da dimensão estritamente biológica (Brasil, 1990).

Nesse cenário, a família também ocupa lugar importante. O adoecimento grave pode alterar a dinâmica familiar, modificar responsabilidades, produzir dificuldades financeiras, gerar necessidade de reorganização do trabalho e ampliar a demanda por cuidados cotidianos. Os familiares e cuidadores também podem vivenciar sofrimento, insegurança e dificuldades para compreender as mudanças provocadas pela doença. Dessa forma, a atenção paliativa deve considerar não apenas o paciente individualmente, mas também as pessoas que participam de sua trajetória de cuidado. Para Hermes e Lamarca (2013), a equipe de Cuidados Paliativos deve considerar o paciente e sua família como uma unidade de cuidado, reconhecendo as necessidades que surgem para ambos durante o processo de adoecimento.

A compreensão ampliada do sofrimento encontra fundamento na concepção de Total Pain, desenvolvida por Cicely Saunders, que reconhece que a experiência da dor e do sofrimento envolve diferentes dimensões da existência humana. A dimensão física está relacionada aos sintomas e às manifestações da doença, enquanto os aspectos psicológicos, sociais e espirituais também podem interferir na forma como o sujeito vivencia sua condição de saúde. Essa compreensão contribui para superar uma perspectiva exclusivamente biomédica e reforça a necessidade de uma

abordagem integral do paciente e de sua família (Saunders, 2006). Nessa perspectiva, o sofrimento não pode ser compreendido apenas a partir da doença ou de seus sintomas, pois está relacionado também às experiências, relações e condições concretas de vida de cada sujeito.

Essa mudança de perspectiva também implica repensar a própria finalidade das práticas de saúde. Quando a cura deixa de ser uma possibilidade, o cuidado não perde seu sentido. Ao contrário, passam a ganhar maior importância o controle dos sintomas, a comunicação com o paciente e a família, a tomada de decisões compartilhadas, o respeito às escolhas individuais e a garantia de que a pessoa permaneça assistida durante as diferentes etapas de sua trajetória. Para Matsumoto (2012), os Cuidados Paliativos devem ser compreendidos como uma abordagem que busca proporcionar qualidade de vida ao paciente e à família, considerando as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais presentes no processo de adoecimento.

Nesse sentido, a Política Nacional de Cuidados Paliativos não deve ser compreendida apenas como um conjunto de normas administrativas. Sua criação expressa uma mudança na forma de reconhecer as necessidades de pessoas que convivem com doenças graves e ameaçadoras da vida e estabelece a responsabilidade do sistema de saúde em organizar respostas para essas necessidades. A política representa, assim, um importante marco para a ampliação do debate sobre a qualidade do cuidado, a dignidade humana e o direito à assistência integral (Brasil, 2024).

A construção dessa política também evidencia que a efetivação dos Cuidados Paliativos depende da existência de profissionais preparados para reconhecer as diferentes dimensões que atravessam o processo de adoecimento. O trabalho em equipe torna-se fundamental para que o cuidado não seja fragmentado e para que as necessidades identificadas durante o acompanhamento sejam discutidas e encaminhadas de maneira articulada. Nesse sentido, a atuação multiprofissional não deve significar apenas a presença de diferentes profissionais no mesmo espaço, mas a possibilidade de diálogo e construção conjunta das estratégias de cuidado (Gomes; Othero, 2016).

É importante destacar, ainda, que a integralidade não significa que todos os profissionais devam realizar as mesmas atividades. Ao contrário, pressupõe a articulação de diferentes conhecimentos e competências profissionais em torno das

necessidades apresentadas pelos usuários. Cada área contribui a partir de seu campo específico, ao mesmo tempo em que estabelece diálogo com os demais profissionais para a construção de estratégias de cuidado. Essa articulação entre diferentes saberes é particularmente importante em situações de maior complexidade, nas quais as necessidades apresentadas pelo paciente ultrapassam os limites de uma única área profissional.

Essa perspectiva permite aproximar a discussão dos Cuidados Paliativos do campo do Serviço Social. O processo de adoecimento pode revelar ou aprofundar situações relacionadas às condições de vida, renda, trabalho, relações familiares, acesso a benefícios, políticas públicas e serviços, além de demandas relacionadas à garantia de direitos. Tais dimensões não são externas ao processo de cuidado, mas fazem parte da realidade concreta vivenciada pelos usuários e suas famílias. Como afirma Iamamoto (2015), a atuação do Assistente Social está relacionada às expressões da questão social que se manifestam nas diferentes áreas da vida social, inclusive no campo da saúde.

No âmbito da saúde, essas expressões podem se apresentar de diferentes maneiras, como nas dificuldades de acesso aos serviços, nas condições socioeconômicas que interferem na continuidade do tratamento, na necessidade de benefícios e recursos sociais, nas relações familiares e nas condições de trabalho e renda. Desse modo, compreender o processo de adoecimento também exige considerar as condições sociais nas quais o usuário está inserido, uma vez que o acesso à saúde e a possibilidade de continuidade do cuidado estão relacionados às condições concretas de vida.

A discussão sobre a institucionalização dos Cuidados Paliativos no Brasil, portanto, demonstra que sua consolidação está vinculada a um processo mais amplo de reconhecimento da saúde como direito, da integralidade como princípio e da necessidade de uma assistência que considere o sujeito em suas múltiplas dimensões. Da Constituição Federal de 1988 à Política Nacional de Cuidados Paliativos de 2024, observa-se um percurso marcado pela ampliação gradual do reconhecimento normativo dessa modalidade de cuidado (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 2018; Brasil, 2024).

Esse percurso permite compreender que os Cuidados Paliativos não constituem uma prática isolada ou restrita ao final da vida. Trata-se de uma abordagem que se relaciona com a organização da atenção à saúde, com a atuação

multiprofissional, com a humanização e com a garantia da continuidade do cuidado. Sua efetivação depende tanto da existência de políticas e normas quanto da organização concreta dos serviços e das equipes que atuam diretamente com os pacientes e suas famílias.

No entanto, a existência de marcos normativos não significa que todas as instituições apresentem a mesma organização ou que todos os profissionais estejam inseridos de maneira uniforme nas equipes de Cuidados Paliativos. Entre a formulação das políticas e sua concretização nos serviços de saúde existem diferentes formas de organização institucional, processos de trabalho, composição das equipes e possibilidades de atuação profissional. Por isso, compreender como os Cuidados Paliativos são organizados em uma instituição específica torna-se fundamental para analisar como esses princípios são incorporados ao cotidiano da assistência.

É a partir dessa compreensão que se estabelece a relação entre a discussão desenvolvida neste capítulo e o campo empírico da presente pesquisa. Se, no âmbito das políticas públicas, os Cuidados Paliativos são orientados pela integralidade, pela humanização, pela atuação multiprofissional e pela consideração das diferentes dimensões do sofrimento, torna-se necessário observar como esses princípios se expressam concretamente nos serviços de saúde.

No caso desta pesquisa, essa aproximação será realizada a partir da realidade do Complexo ISPON, instituição especializada na assistência oncológica e que possui uma Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos. Conhecer a trajetória da instituição, sua organização, os serviços ofertados, a composição da equipe e a dinâmica do atendimento possibilita compreender o espaço no qual se desenvolvem as práticas de cuidado analisadas neste estudo.

Assim, a discussão apresentada neste capítulo estabelece as bases teóricas e normativas para a compreensão dos Cuidados Paliativos enquanto modalidade de atenção em saúde e enquanto direito relacionado à integralidade do cuidado. A partir dela, o capítulo seguinte volta-se à caracterização do campo empírico, apresentando a trajetória histórica e a organização do Complexo ISPON, sua inserção regional, estrutura assistencial, modalidades de tratamento e organização da Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos.

Dessa forma, o próximo capítulo apresenta o Complexo ISPON enquanto campo empírico da pesquisa, buscando compreender sua trajetória institucional, sua

estrutura e a organização da assistência oncológica e dos Cuidados Paliativos. Essa caracterização permitirá, posteriormente, analisar a dinâmica da equipe multiprofissional e discutir, a partir dos dados produzidos na pesquisa, as possibilidades e os desafios relacionados à inserção do Serviço Social nesse campo de atuação.

CAPÍTULO 2

O COMPLEXO ISPON E A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

A partir da contextualização histórica dos Cuidados Paliativos, de seus fundamentos teóricos e dos marcos normativos que orientam sua implementação no Brasil, torna-se fundamental compreender como essa abordagem se concretiza nos diferentes serviços de saúde.

Nesse contexto, o presente capítulo tem por objetivo apresentar o Complexo ISPON, instituição de referência no cuidado oncológico na região dos Campos Gerais, buscando compreender sua trajetória histórica, sua estrutura organizacional e os serviços ofertados à população. A caracterização da instituição constitui elemento fundamental para a compreensão do campo em que se desenvolve a presente pesquisa, uma vez que permite situar o atendimento oncológico e as ações relacionadas aos Cuidados Paliativos no interior de uma realidade institucional específica. Assim, pretende-se apresentar aspectos relacionados à constituição e ao desenvolvimento do Complexo ISPON, sua organização e os serviços que compõem sua estrutura de atendimento, evidenciando sua inserção na rede de atenção à saúde.

Além da caracterização institucional, o capítulo busca abordar a inserção dos Cuidados Paliativos no contexto do Complexo ISPON, considerando a organização das ações destinadas aos pacientes que necessitam desse tipo de cuidado e a atuação dos diferentes profissionais envolvidos na assistência. Essa discussão permite aproximar os elementos teóricos e normativos apresentados no capítulo anterior da realidade vivenciada no espaço institucional, possibilitando identificar como os princípios dos Cuidados Paliativos se expressam no cotidiano do serviço e quais aspectos da organização institucional interferem na oferta de um cuidado integral.

Para a construção deste capítulo, foram utilizados procedimentos de pesquisa bibliográfica e documental, articulados às informações produzidas no processo de aproximação com o campo de pesquisa. A pesquisa bibliográfica contribuiu para o aprofundamento das discussões relacionadas aos Cuidados Paliativos, à atenção oncológica, à integralidade do cuidado e à atuação multiprofissional em saúde, mediante a consulta a livros, artigos científicos, trabalhos acadêmicos e outras

produções pertinentes à temática. Esse procedimento possibilitou estabelecer relações entre a literatura especializada e a realidade institucional investigada, fornecendo subsídios teóricos para a análise do objeto de estudo.

A pesquisa documental, por sua vez, mostrou-se fundamental para a caracterização do Complexo ISPON e para a compreensão de sua organização institucional. Para tanto, foram considerados documentos institucionais e materiais relacionados à história, à estrutura, à organização dos serviços e às ações desenvolvidas pela instituição, além de documentos normativos e legais pertinentes à área da saúde e aos Cuidados Paliativos. A análise desses documentos permitiu reunir informações necessárias à compreensão do espaço institucional e de sua inserção no atendimento oncológico, contribuindo para a construção de uma caracterização que ultrapassa a simples descrição da instituição.

A utilização desses procedimentos metodológicos possibilitou, portanto, articular diferentes fontes de informação na construção do capítulo, relacionando dados documentais e contribuições da literatura com a realidade do campo pesquisado. Essa articulação é importante para que a apresentação do Complexo ISPON não se restrinja aos seus aspectos estruturais, mas possibilite compreender o contexto institucional no qual se desenvolvem as práticas de cuidado e, especificamente, as ações relacionadas aos Cuidados Paliativos.

Desse modo, a caracterização apresentada neste capítulo constitui uma etapa necessária para a compreensão do objeto desta pesquisa, na medida em que situa o leitor no espaço institucional em que se desenvolve a investigação. Ao apresentar a trajetória, a organização e os serviços do Complexo ISPON, bem como a inserção dos Cuidados Paliativos nesse contexto, busca-se estabelecer as bases para a discussão acerca da atuação da equipe multiprofissional e, posteriormente, da importância e das possibilidades de inserção do Serviço Social nesse campo de cuidado

2.1 O COMPLEXO ISPON: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Para tanto, inicialmente será realizada a caracterização da instituição, abordando aspectos relacionados à sua constituição, missão, visão, valores e organização dos serviços. Na sequência, serão apresentadas as especificidades da assistência oncológica e a organização dos Cuidados Paliativos no Complexo ISPON, considerando os elementos que constituem o campo empírico desta pesquisa.

O Complexo ISPON constitui-se como uma instituição privada especializada na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer, localizada no município de Ponta Grossa, Paraná. Fundado em 1997, o Complexo ISPON possui aproximadamente 29 anos de atuação na área oncológica, consolidando-se como um dos principais centros de tratamento do câncer na região dos Campos Gerais. Sua trajetória foi marcada pela constante ampliação dos serviços ofertados, pelo investimento em infraestrutura e pela incorporação de novas tecnologias voltadas ao diagnóstico e tratamento das neoplasias.

Atualmente, a instituição conta com aproximadamente 2.900 m² de área construída, distribuídos entre o Instituto Sul Paranaense de Oncologia (ISPON) e o Instituto Sul Paranaense de Radioterapia (ISPAR), além de uma equipe multiprofissional especializada que atua de forma integrada na assistência aos pacientes (Complexo ISPON, 2026). Ao longo de sua trajetória, a instituição desenvolveu um processo contínuo de crescimento estrutural, tecnológico e organizacional, ampliando progressivamente sua capacidade assistencial e incorporando novas modalidades terapêuticas voltadas ao tratamento oncológico.

A trajetória histórica do Complexo ISPON evidencia esse processo de expansão. Em 1997, teve início sua atuação na área oncológica. Posteriormente, a instituição passou a contar com sede própria, inicialmente com aproximadamente 500 m². Em 2003, foi inaugurado o Instituto Sul Paranaense de Radioterapia (ISPAR), ampliando a oferta de serviços especializados. Em 2012, o ISPON deixou de atender pelo Sistema Único de Saúde (SUS), passando a atuar por meio de atendimentos particulares e convênios.

No ano de 2013, foi implantado o Sistema de Gestão da Qualidade, contribuindo para a organização e qualificação dos processos institucionais. Em 2014, a instituição recebeu a certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em nível 1 e iniciou a implantação de novas instalações. No ano seguinte, em 2015, foram concluídas novas estruturas, ampliando a área física para aproximadamente 2.890 m². Em 2016, ocorreu a implantação de um segundo acelerador linear no ISPAR, a reestruturação da manipulação de medicamentos antineoplásicos e a implantação da Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos (EMCP), além da realização de avaliações de desempenho clínico.

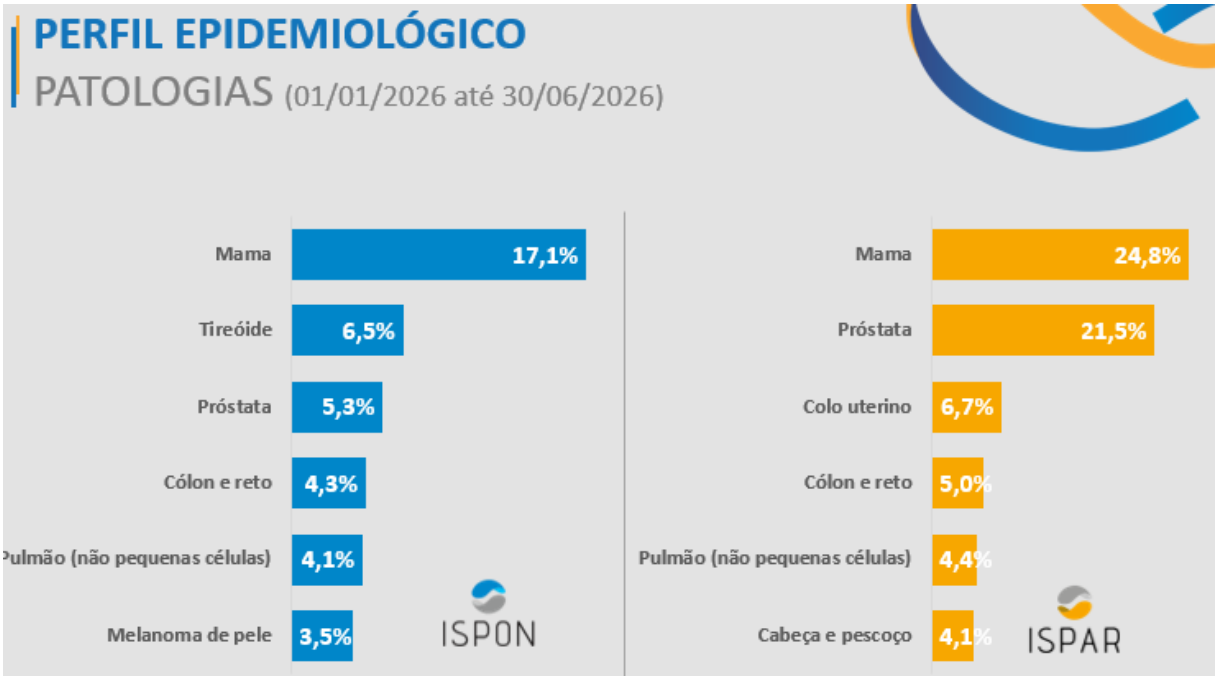
A trajetória de qualificação institucional teve continuidade nos anos seguintes. Em 2019, o Complexo ISPON alcançou a certificação ONA nível 2 e, em 2020, a

certificação ONA nível 3, associada à implementação do Monitoramento e Avaliação dos Processos ISPON/ISPAR (MAPI). Esses processos demonstram que o crescimento institucional esteve relacionado não apenas à ampliação da estrutura física e tecnológica, mas também ao desenvolvimento de mecanismos voltados à gestão, qualidade, segurança e organização da assistência (Complexo ISPON, 2026).

A localização do Complexo ISPON em Ponta Grossa constitui outro elemento importante para compreender sua inserção regional. O município está localizado na região Centro Oriental do Paraná e exerce papel de referência para diferentes municípios dos Campos Gerais. Material institucional elaborado pelo Complexo ISPON (2026) apresenta Ponta Grossa como um importante centro regional, destacando sua população e sua inserção na região dos Campos Gerais.

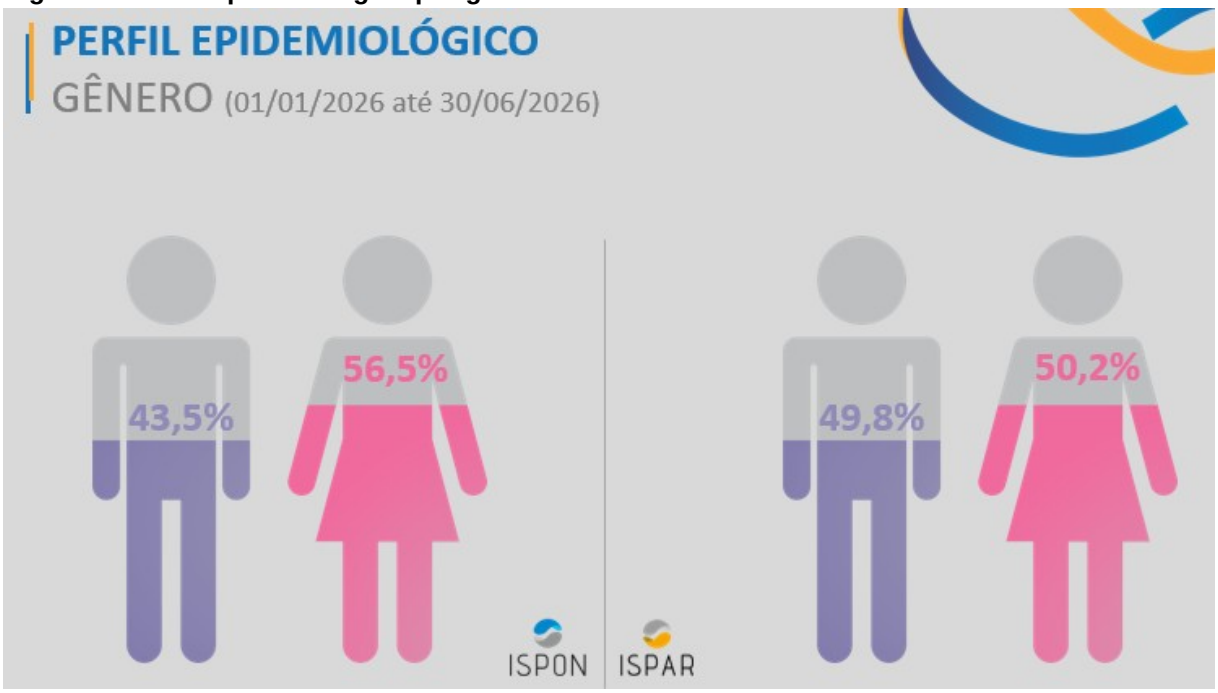
A abrangência da assistência prestada pelo Complexo ultrapassa os limites do município de Ponta Grossa. Dados institucionais disponibilizados pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) indicam que, em 2024, foram registrados 10.999 pacientes com diagnósticos de câncer e que havia pacientes atendidos provenientes de 93 municípios paranaenses (Complexo ISPON, 2026). Esses dados permitem observar a dimensão regional da instituição e sua participação na oferta de atenção especializada em oncologia para usuários provenientes de diferentes localidades do estado. O perfil epidemiológico dos casos atendidos, por patologia, gênero e região geográfica, é apresentado nas Figuras 2, 3 e 4.

Figura 2 – Perfil epidemiológico: patologias mais atendidas



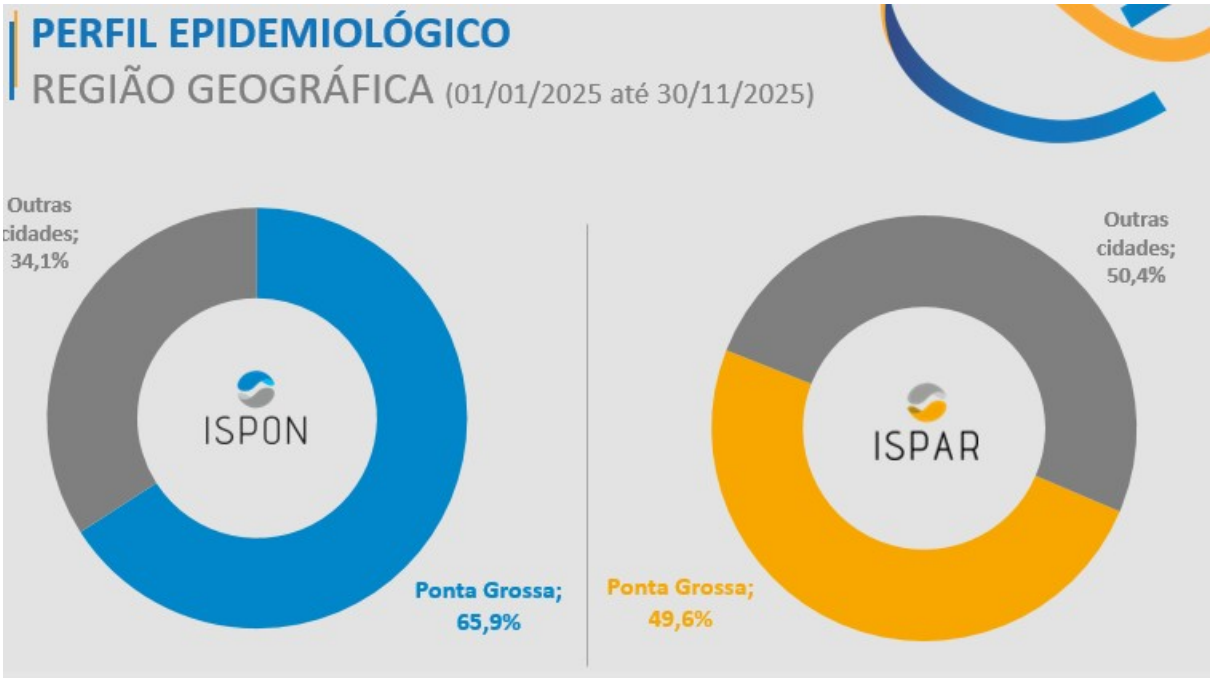
Fonte: Complexo ISPON (2026).

Figura 3 – Perfil epidemiológico por gênero



Fonte: Complexo ISPON (2026).

Figura 4 – Perfil epidemiológico por região geográfica



Fonte: Complexo ISPON (2026).

A presença de pacientes oriundos de diferentes municípios também permite considerar que o tratamento oncológico pode produzir impactos que ultrapassam a dimensão estritamente clínica. O deslocamento para consultas, exames, sessões de tratamento e acompanhamento pode interferir na organização familiar, no trabalho, na renda, no acesso a benefícios e serviços públicos, bem como na rede de apoio dos pacientes. Dessa forma, a abrangência territorial da instituição constitui um elemento relevante para compreender as condições concretas que podem acompanhar o processo de adoecimento e tratamento.

No que se refere ao perfil assistencial, o Complexo ISPON apresenta-se como serviço especializado no cuidado oncológico. Sua atuação está relacionada à prevenção, investigação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas com suspeita ou diagnóstico de neoplasias. Entretanto, os serviços ofertados não se restringem a uma única modalidade terapêutica, envolvendo diferentes especialidades médicas e profissionais de outras áreas da saúde. Assim, embora a oncologia constitua o eixo central da instituição, o percurso do usuário pode envolver diferentes profissionais e modalidades de atendimento de acordo com sua condição clínica e necessidades de cuidado.

A expansão da instituição também pode ser observada em sua estrutura e na

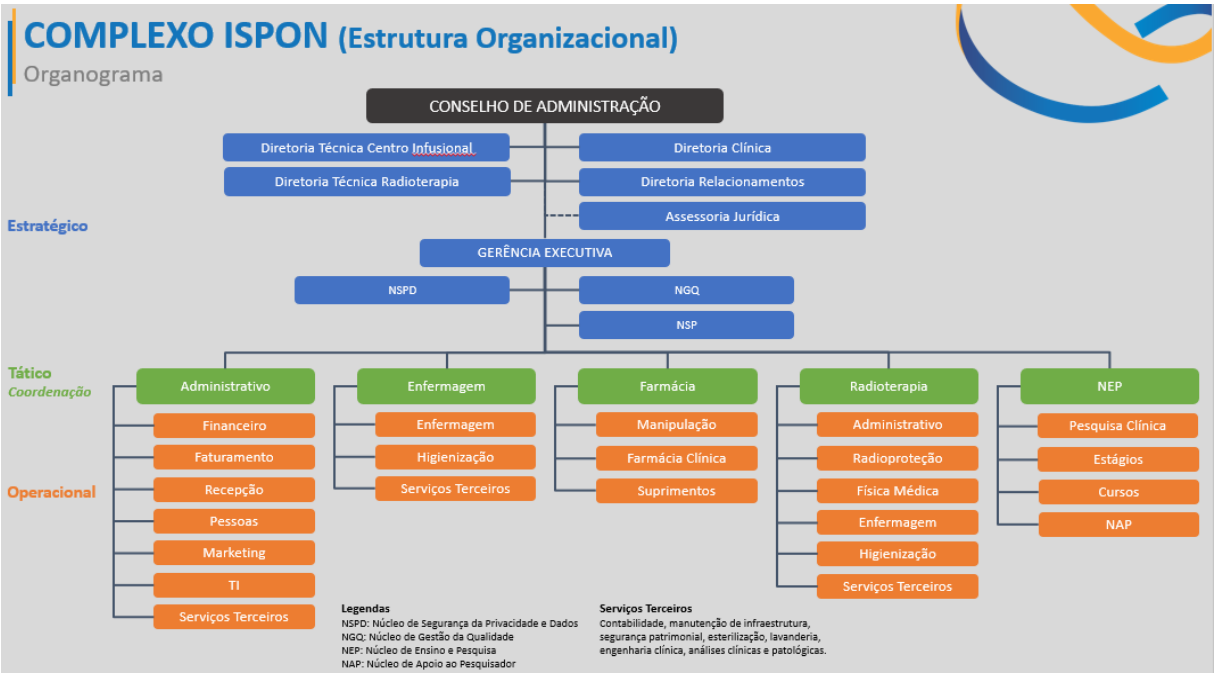
composição dos profissionais envolvidos na assistência. Material mais recente do NEP registra a existência de 44 colaboradores e 23 médicos, além dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional (Complexo ISPON, 2026). Considerando a existência de diferentes materiais institucionais produzidos em períodos distintos, os dados devem ser compreendidos de acordo com a data e a finalidade de cada documento, evitando a soma de números provenientes de fontes diferentes. Para a presente caracterização, considera-se o material do NEP como referência mais recente para a descrição do quadro apresentado pela instituição.

A equipe multiprofissional constitui elemento importante na organização do cuidado oncológico. Entre as especialidades e áreas profissionais apresentadas institucionalmente encontram-se Cancerologia Cirúrgica, Oncologia Clínica, Oncologia e Cirurgia Pediátrica, Radioterapia, Ginecologia e Mastologia, Hematologia e Hemoterapia, Hematologia e Hemoterapia Pediátrica, Fisioterapia Oncológica, Nutrição, Psicologia, Neurocirurgia e Anestesiologia (Complexo ISPON, 2026).

A diversidade de especialidades evidencia que o acompanhamento do paciente oncológico não ocorre de forma isolada por uma única área profissional. Dependendo da situação clínica, o usuário pode percorrer diferentes setores e ser acompanhado por profissionais com competências distintas. Essa organização favorece uma compreensão ampliada do processo de adoecimento, especialmente quando articulada a ações multiprofissionais voltadas ao controle de sintomas, à recuperação funcional, à alimentação, ao suporte psicológico e à qualidade de vida.

Além dos profissionais diretamente envolvidos na assistência, a organização institucional contempla diferentes setores administrativos, técnicos e de apoio. Nesse sentido, o organograma institucional (Figura 5) pode ser utilizado como recurso para demonstrar a estrutura organizacional do Complexo ISPON, evidenciando os diferentes níveis de gestão, diretorias, núcleos e setores que participam do funcionamento da instituição.

Figura 5 – Organograma do Complexo ISPON (2026)



Fonte: Complexo ISPON (2026).

A apresentação do organograma contribui para visualizar que o funcionamento de uma instituição especializada em oncologia depende da articulação entre diferentes áreas. A assistência direta ao paciente está relacionada às atividades de gestão, qualidade, segurança, pesquisa, ensino, tecnologia, administração e demais serviços de apoio. Dessa maneira, a organização institucional constitui uma rede de processos que ultrapassa a relação direta entre profissional de saúde e paciente.

Quanto à estrutura física, os documentos institucionais registram a existência de aproximadamente 2.900 m² de área construída (Complexo ISPON, 2026). O Complexo dispõe de consultórios, espaços destinados à quimioterapia, salas de radioterapia, sala de simulação e sala de planejamento. Material institucional anterior registra oito consultórios, três leitos destinados à quimioterapia de média e longa duração, duas salas para quimioterapia de curta duração, totalizando dez leitos, além de duas salas de radioterapia, uma sala de simulação e uma sala de planejamento.

Material mais recente do NEP apresenta uma estrutura composta por dez consultórios, dez leitos para quimioterapia de curta duração, três leitos para quimioterapia de média e longa duração e dois aceleradores lineares destinados à radioterapia, além de sala de reuniões e treinamento, auditório, farmácia, sala para coordenação de estudos, arquivo para materiais de pesquisa, salas de monitoria e salas de coleta laboratorial (Complexo ISPON, 2026). A diferença entre os

documentos institucionais permite observar o processo de ampliação e atualização da estrutura ao longo do tempo, sendo utilizado, para a caracterização atual, o material mais recente disponibilizado pelo NEP.

A assistência oncológica desenvolvida pelo Complexo envolve diferentes modalidades terapêuticas, sendo necessário compreender suas especificidades para analisar a dinâmica institucional. Entre os tratamentos realizados encontra-se a quimioterapia, que utiliza medicamentos capazes de atuar sobre células cancerígenas, podendo ser administrada por diferentes vias e em diferentes momentos do tratamento, conforme o diagnóstico e a indicação médica (Instituto Nacional De Câncer, 2022)

A radioterapia, por sua vez, utiliza radiação ionizante de forma localizada com a finalidade de destruir ou impedir a multiplicação de células tumorais. Diferentemente da quimioterapia, que geralmente possui ação sistêmica, a radioterapia é direcionada à região do corpo definida no planejamento terapêutico. As duas modalidades podem ser utilizadas isoladamente ou de maneira combinada, dependendo do tipo de câncer, estágio da doença e objetivos terapêuticos (Instituto Nacional De Câncer, 2010).

No Complexo ISPON, o serviço de radioterapia foi implantado em 2003, com a criação do ISPAR. Posteriormente, a estrutura foi ampliada com a implantação de um segundo acelerador linear, em 2016. Atualmente, a instituição dispõe de dois aceleradores lineares, além de espaços destinados aos atendimentos médicos, enfermagem, simulação e planejamento terapêutico (Complexo ISPON, 2026).

Os dados disponibilizados pelo NEP demonstram também a diversidade de tratamentos realizados no Complexo. No serviço de quimioterapia, são registradas 1.891 sessões por ano, enquanto a hormonioterapia apresenta 1.726 sessões anuais. Também são realizados outros tratamentos injetáveis, incluindo imunoterapia, inibidores de osteólise, aplicações externas e tratamentos associados ao estímulo da produção de granulócitos (Complexo ISPON, 2026). Esses dados demonstram a diversidade dos percursos terapêuticos vivenciados pelos pacientes e a necessidade de uma estrutura capaz de acompanhar diferentes necessidades clínicas ao longo do tratamento.

A farmácia constitui outro setor estratégico para a assistência oncológica. Segundo material institucional (Complexo ISPON, 2026), o serviço dispõe de área limpa certificada para a manipulação segura dos medicamentos antineoplásicos e realiza atividades relacionadas à farmacovigilância, acompanhamento dos pacientes

em uso de quimioterapia oral e orientação quanto aos medicamentos.

O material do NEP registra aproximadamente 800 manipulações mensais, envolvendo quimioterapia, imunoterapia e tratamentos coadjuvantes (Complexo ISPON, 2026). A complexidade dos tratamentos reforça que o cuidado oncológico não se limita à administração de medicamentos ou à realização de procedimentos. O paciente necessita de acompanhamento durante diferentes etapas do percurso terapêutico, podendo apresentar efeitos adversos, alterações físicas, emocionais, familiares e sociais. Por essa razão, a atuação integrada dos diferentes profissionais torna-se fundamental para a construção de um cuidado que considere o sujeito para além de seu diagnóstico.

Ao abordar a história do Complexo ISPON, o médico oncologista Dr. Rubens Adão da Silva, sócio-fundador da instituição, destaca que o principal propósito sempre foi proporcionar aos pacientes da região dos Campos Gerais acesso a tratamentos oncológicos com qualidade técnica e tecnológica equivalente àquela disponível nos grandes centros especializados do país. Em reportagem do Portal A Rede, o médico é apontado como um dos entrevistados ao tratar dos investimentos da instituição, os quais, segundo a matéria, buscam trazer mais segurança e novas tecnologias aos pacientes e permitir que procedimentos antes realizados em Curitiba, como a radiocirurgia, passem a ser feitos em Ponta Grossa, reduzindo o deslocamento para outras cidades (Magalhães, 2026).

Essa perspectiva demonstra que a expansão do Complexo ISPON esteve associada não apenas ao crescimento físico da instituição, mas à construção de um modelo assistencial fundamentado na integralidade do cuidado. Conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), a atenção às pessoas acometidas por doenças crônicas e ameaçadoras da vida exige serviços capazes de articular diferentes especialidades, tecnologias e profissionais em torno das necessidades dos usuários e de suas famílias.

Além da assistência oncológica especializada, o Complexo ISPON desenvolve atividades de ensino e pesquisa por meio do Centro de Estudos e Pesquisas (CEPe), setor responsável pela promoção de eventos científicos, incentivo à produção acadêmica e realização do Fórum de Cuidados Paliativos. Essas iniciativas demonstram o compromisso institucional com a qualificação permanente dos profissionais e com a disseminação do conhecimento na área da oncologia (Complexo ISPON, 2026).

No campo da humanização, a instituição também desenvolve iniciativas voltadas à aproximação com os pacientes e à valorização de suas experiências durante o tratamento. Entre elas, destaca-se a Corrida e Caminhada ISPON Contra o Câncer, além do projeto Jardim de Histórias, no qual a marca da impressão digital do paciente é utilizada como parte de uma flor ao final do tratamento. Essas ações expressam uma dimensão do cuidado que ultrapassa os procedimentos clínicos e busca reconhecer a trajetória vivenciada pelos pacientes no decorrer do tratamento.

É nesse contexto de organização da assistência oncológica que os Cuidados Paliativos passam a ocupar espaço específico na instituição. A consolidação dos Cuidados Paliativos como uma abordagem de assistência no Brasil é resultado de um processo histórico e reflete uma compreensão crescente sobre o cuidado em saúde, especialmente no contexto das doenças crônicas e potencialmente fatais. Como discutido no capítulo anterior, essa modalidade de atenção vai além do modelo que se foca apenas na cura da doença, reconhecendo a importância de um cuidado integral voltado à prevenção e ao alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes e de suas famílias (OMS, 2020; Brasil, 2024).

No campo da assistência oncológica, essa perspectiva assume importância diante da complexidade das demandas enfrentadas pelas pessoas com câncer. Além das consequências clínicas da doença, o adoecimento pode afetar as condições socioeconômicas, os laços familiares, a saúde mental, a autonomia e o acesso aos direitos sociais. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) e a Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, estabelecem a importância de uma assistência realizada por equipes multiprofissionais, de forma integrada e respeitando a dignidade, a autonomia e os valores de cada indivíduo (Brasil, 2024).

Essa compreensão também encontra respaldo na legislação brasileira. A Constituição Federal de 1988 afirma, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que promovam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (Brasil, 1988). Seguindo esse princípio, a Lei nº 8.080/1990 considera a integralidade da assistência como um dos pilares do Sistema Único de Saúde, abrangendo as necessidades de saúde em suas diferentes dimensões, para além do tratamento da doença (Brasil, 1990).

No Complexo ISPON, os Cuidados Paliativos foram incorporados à

organização institucional por meio de uma política específica e da constituição de uma equipe multiprofissional. A Política de Cuidados Paliativos e Terminalidade (PPI-472) estabelece diretrizes institucionais para o acompanhamento de pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos, definindo responsabilidades da equipe, organização dos atendimentos, instrumentos de registro e estratégias para o acompanhamento clínico (Complexo ISPON, 2016).

De acordo com a política institucional, as intervenções realizadas pela Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos devem ser registradas em formulário específico (RPI-459) e posteriormente inseridas no prontuário eletrônico do paciente. Esse procedimento contribui para a continuidade do cuidado e para a comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos. A periodicidade do acompanhamento, por sua vez, deve ser adaptada às necessidades clínicas e individuais de cada paciente, reforçando a importância de um cuidado personalizado (Complexo ISPON, 2016).

Essa organização também pode ser compreendida a partir da perspectiva da jornada do paciente dentro da instituição. O cuidado não se restringe a um procedimento específico, mas envolve diferentes momentos, desde o acompanhamento ambulatorial, a realização de consultas, exames e tratamentos, até o acompanhamento das necessidades apresentadas ao longo do processo de adoecimento. Nesse percurso, diferentes setores e profissionais participam da assistência, sendo necessário que as informações sejam compartilhadas e que os processos estejam organizados de modo a favorecer a continuidade do cuidado.

Essa lógica relaciona-se aos princípios de qualidade e segurança adotados institucionalmente e ao processo de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A organização dos processos, a definição de protocolos, o registro das intervenções e a articulação entre os diferentes setores constituem mecanismos que contribuem para que o paciente permaneça como centro da atenção. Assim, a qualidade da assistência não está relacionada apenas à realização correta de procedimentos, mas também à capacidade institucional de organizar os diferentes processos em torno das necessidades do paciente.

Outro aspecto importante refere-se ao acompanhamento dos familiares e cuidadores. A política institucional estabelece que o cuidado não se encerra com a morte do paciente, prevendo também ações direcionadas aos familiares e cuidadores após o óbito. Esse acompanhamento demonstra que a assistência paliativa considera a família como parte do processo de cuidado, reconhecendo que o adoecimento e a

morte produzem repercussões que alcançam as relações familiares e a rede de apoio.

Essa perspectiva aproxima-se da concepção de total pain desenvolvida por Cicely Saunders, segundo a qual o sofrimento não deve ser compreendido apenas em sua dimensão física, mas também a partir dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Dessa maneira, o acompanhamento de pacientes e familiares exige uma abordagem capaz de reconhecer diferentes dimensões da experiência do adoecimento, considerando as particularidades de cada trajetória (Saunders, 2006).

A inserção dos Cuidados Paliativos no Complexo ISPON constitui, portanto, um aspecto central para a compreensão do campo empírico desta pesquisa. A Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos (EMCP) foi implantada institucionalmente em 2016, como parte do processo de ampliação das ações voltadas ao cuidado dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos.

O Regimento Interno da EMCP estabelece que a equipe foi constituída para realizar o acompanhamento multiprofissional do paciente oncológico em Cuidados Paliativos na instituição (Complexo ISPON, 2016). O documento adota como referência a concepção de dor total, considerando que o sofrimento relacionado à doença envolve dimensões física, psicológica, espiritual e social. Entre os objetivos definidos estão a assistência ao paciente sem possibilidades de cura, a avaliação da dor e de seus impactos na qualidade de vida, a promoção da qualidade de vida durante o tratamento ambulatorial e a oferta de orientações aos pacientes, familiares e cuidadores (Complexo ISPON, 2016).

A composição registrada no Regimento demonstra a perspectiva multiprofissional adotada pela instituição. A equipe reúne profissionais de Enfermagem, incluindo enfermeiras e técnica de enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Medicina; Psicologia; Nutrição; além de representantes do Núcleo de Gestão da Qualidade, Marketing e apoio relacionado à dimensão espiritual (Complexo ISPON, 2016). A participação dessas diferentes áreas evidencia que os Cuidados Paliativos são compreendidos institucionalmente como uma prática que demanda diferentes saberes profissionais.

O próprio Regimento estabelece ações como a realização de reuniões mensais, discussão de casos, triagem de novos pacientes, acompanhamento dos usuários e encaminhamentos conforme as necessidades identificadas. Dessa maneira, a EMCP apresenta uma dinâmica de trabalho que ultrapassa a atuação individual de cada profissional, exigindo comunicação, discussão compartilhada e

construção coletiva das estratégias de cuidado.

A organização da equipe também contempla instrumentos destinados ao acompanhamento dos pacientes e à identificação de diferentes aspectos relacionados à experiência do adoecimento. Entre os indicadores utilizados estão informações relacionadas à condição clínica, idade, sexo, estado civil, existência de filhos, cuidador, religião ou crenças, modalidade de tratamento, suporte familiar, diagnóstico, presença de metástases, hospitalizações, acompanhamento domiciliar e intervenções realizadas pelos profissionais (Complexo ISPON, 2016). A presença desses diferentes elementos demonstra que o acompanhamento institucional considera aspectos que ultrapassam a condição clínica e alcançam dimensões da vida cotidiana do paciente e de sua família.

É justamente nesse contexto que se torna relevante observar a composição da equipe e os diferentes saberes profissionais que participam da organização dos Cuidados Paliativos. Embora o Regimento contemple diferentes áreas da saúde, observa-se a ausência do Serviço Social entre os serviços profissionais formalmente listados como integrantes da EMCP (Complexo ISPON, 2016).

Essa ausência constitui um elemento importante para a presente pesquisa, considerando que o processo de adoecimento por câncer e a experiência dos Cuidados Paliativos podem envolver demandas relacionadas aos direitos sociais, relações familiares, condições socioeconômicas, acesso a benefícios e políticas públicas, organização da rede de apoio e outras expressões da questão social. A identificação dessa realidade institucional não permite, por si só, estabelecer conclusões sobre a necessidade ou não da inserção profissional, mas constitui uma questão a ser analisada a partir das percepções dos profissionais que integram a equipe e da realidade observada no campo de pesquisa.

Assim, a caracterização do Complexo ISPON permite compreender uma instituição com trajetória consolidada na assistência oncológica, abrangência regional, estrutura especializada, recursos tecnológicos, diferentes especialidades profissionais e processos institucionais voltados à qualidade e à segurança do cuidado. Ao mesmo tempo, a organização da EMCP demonstra que os Cuidados Paliativos estão incorporados à dinâmica institucional por meio de equipe, política, regimento, protocolos, instrumentos de registro e acompanhamento dos pacientes e familiares.

A partir desses elementos, torna-se possível compreender que a assistência em Cuidados Paliativos se desenvolve em um espaço institucional marcado pela

articulação entre diferentes profissionais, setores e processos de trabalho, tendo o paciente e sua família como sujeitos que percorrem uma trajetória de cuidado atravessada por necessidades clínicas, emocionais, familiares e sociais. Nesse percurso, a composição da equipe e a forma como os diferentes saberes são articulados constituem aspectos relevantes para compreender a dinâmica da assistência.

Dessa forma, os elementos apresentados nesta caracterização a trajetória histórica do Complexo ISPON, sua abrangência regional, estrutura organizacional e física, diversidade dos tratamentos, perfil dos pacientes, ações de ensino e pesquisa, iniciativas de humanização e organização dos Cuidados Paliativos permitem delimitar o campo empírico no qual esta pesquisa foi desenvolvida. A partir dessa realidade institucional, o próximo capítulo dará continuidade à análise do objeto de estudo, aprofundando a discussão acerca dos Cuidados Paliativos, da atuação multiprofissional e das demandas que se apresentam nesse processo de cuidado, criando as bases para a análise do papel e das possibilidades de inserção do Serviço Social nesse contexto.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL

A inserção do Serviço Social no campo dos Cuidados Paliativos remonta à própria origem do movimento paliativista contemporâneo, uma vez que Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher's Hospice, atuou como Assistente Social antes de formar-se médica, reunindo em sua trajetória profissional o olhar sobre as dimensões física, psicológica, social e espiritual do sofrimento humano (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020). Essa origem interdisciplinar reforça que o cuidado paliativo, desde sua concepção, não se limita ao manejo clínico da dor, mas pressupõe a compreensão da chamada dor total, conceito que evidencia a impossibilidade de dissociar o sofrimento físico das condições sociais, econômicas e relacionais vivenciadas pelo paciente e por sua família (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020).

Nesse cenário, a atuação profissional do Assistente Social nos serviços de saúde é orientada pelos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (Cfess,2010) que delineia quatro eixos de intervenção: o atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; a investigação, o planejamento

e a gestão; e a assessoria, qualificação e formação profissional. No campo específico dos cuidados paliativos, esses eixos se traduzem em ações como a construção do perfil social do paciente e da família, a avaliação socioeconômica, a facilitação do acesso a direitos da seguridade social e a articulação com a rede de serviços, compondo um conjunto de competências que ultrapassam a formação profissional de base. Tal exigência reforça a necessidade de o profissional atuar, nas palavras de Iamamoto (2015 apud Rosa, 2022), como um “profissional propositivo e não só executivo”, capaz de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas diante das demandas emergentes no cotidiano institucional (Iamamoto 2015 apud Rosa, 2022).

Ao situar a prática profissional no cotidiano das equipes de cuidados paliativos, esclarece o alcance da atuação do Assistente Social nesse campo:

> 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 (Andrade 2015 apud Rosa, 2022, p. 11).

Essa perspectiva relacional reafirma que o cuidado paliativo não se restringe ao indivíduo adoecido, mas se estende à família e aos cuidadores, os quais frequentemente assumem sobrecarga física e emocional decorrente do processo de adoecimento, exigindo intervenções que fortaleçam vínculos e viabilizem o acesso a direitos e recursos necessários à continuidade do cuidado (Rosa, 2022).

Do ponto de vista instrumental, a literatura da área é unânime ao apontar o acolhimento e a escuta qualificada como ferramentas indispensáveis à prática do Assistente Social em cuidados paliativos, por possibilitarem a construção de vínculo, a compreensão da biografia social do paciente e a criação de um ambiente de comunicação franca entre a equipe, o paciente e seus familiares (Rosa, 2022).

A esse respeito, (Pessini 2006 apud Rosa, 2022) esclarece a amplitude do processo comunicativo em cuidados paliativos:

> A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde não é mero “opcional extra”, mas é um componente vital, inerente e necessário [...] A comunicação envolve muito mais que um processo de simplesmente dar uma informação. É um processo em que os objetivos incluem troca de informações, compreensão mútua e apoio, enfrentamento de questões difíceis e dolorosas, além de lidar com o estresse emocional. Isso exige tempo, compromisso e desejo sincero de ouvir e compreender as preocupações do outro (Pessini, 2006 apud Rosa, 2022, p. 29).

Essa exigência de sensibilidade e domínio técnico torna-se ainda mais evidente

diante de notícias difíceis, sobretudo no momento do óbito e nas demandas que emergem no período de luto, quando cabe ao Assistente Social mediar a relação entre a equipe e a família, favorecendo a compreensão mútua diante do sofrimento (Rosa, 2022).

No âmbito hospitalar, essa contribuição adquire relevância ainda maior, pois cabe ao Assistente Social negociar, junto à gestão institucional, estratégias que assegurem o acolhimento das famílias em sofrimento, mesmo diante de normas e rotinas que, por vezes, funcionam como formas de supressão de direitos (Silva; Braga, 2021).

> a organização abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para ter acesso a saúde, bem com exigem uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito (Mioto; Nogueira, 2009, p. 282 apud Silva; Braga, 2021).

Silva e Braga (2021) reforçam ainda que, na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, a articulação entre as diferentes categorias profissionais não elimina as especificidades de cada uma delas, mas as complementa, uma vez que, como afirma Martinelli (1994, p. 12 apud Silva; Braga, 2021), “o saber não é posse individual de cada profissão, é heterodoxo, é pleno, é encontro de signos”. Cabe, assim, ao Serviço Social o conhecimento da realidade socioeconômica das famílias, a construção de protocolos de intervenção e a defesa da integralidade do cuidado como direito humano e social.

Cabe destacar que a literatura internacional é enfática ao afirmar a indispensabilidade do Assistente Social na equipe básica de cuidados paliativos, e não sua substituição por outra categoria profissional. Autores como Henderson et al. (2019), Glajchen et al. (2018) e Gamondi, Larkin e Payne (2013) sustentam a base interdisciplinar da intervenção em cuidados paliativos, incluindo os Assistentes Sociais na equipe mínima de qualquer modelo assistencial (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020). Essa posição contrasta com parte da normativa nacional, que por vezes apresenta a inserção do Serviço Social como alternativa intercambiável com a Psicologia, “como se fosse possível a substituição de uma profissão pela outra” (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020).

Sobre a distinção entre atribuições privativas e competências compartilhadas, distinção fundamental para compreender a amplitude de atuação do Assistente Social nas equipes multiprofissionais, Raichelis (2020 apud Frossard; Schaeffer; Simões,

2020) pondera que:

> As atribuições privativas são aquelas designadas exclusivas do Serviço Social, as competências são compartilhadas com outras profissões, o que abre um leque de possibilidades de inserção em várias outras dimensões de trabalho, desde que nos qualifiquemos para isso, ao contrário do que muitas vezes se interpreta no debate profissional como redução de oportunidades de atuação para Assistentes Sociais (Raichelis, 2020, p.12 apud Frossard; Schaeffer; Simões, 2020).

Em consonância com essa amplitude de competências, Andrade (2017, p. 127 apud ROSA, 2022) sistematiza um conjunto de ações esperadas do Assistente Social em cuidados paliativos, que envolvem desde a discussão dos caminhos terapêuticos com a família até a verificação de documentos previdenciários, seguros e benefícios, além de orientações sobre regularização civil e reconhecimento de paternidade, sempre resguardando o cuidado para “evitar transtornos e deslocamentos desnecessários” às famílias já fragilizadas pelo processo de adoecimento.

Historicamente, a legitimação do Serviço Social no campo da saúde relaciona às próprias contradições da política setorial, fortalecendo, segundo Costa (2000 apud Matos, 2017 apud Rosa, 2022), como qualificação necessária diante das lacunas do Sistema Único de Saúde. Essa legitimidade é reafirmada pelo Código de Ética Profissional, que estabelece caber ao Assistente Social contribuir para a alteração da correlação de força institucional, com o apoio às legítimas demandas de interesse da população usuária (Cfess, 1993 apud Silva; Braga, 2021). No contexto hospitalar dos cuidados paliativos, essa atribuição situa o Serviço Social como o profissional responsável, dentre os membros da equipe, pela articulação com a gestão acerca do campo dos direitos dos pacientes e de seus familiares (Silva; Braga, 2021).

Por fim, ressalta-se que a ausência de formação específica sobre a finitude humana nas matrizes curriculares das profissões de saúde amplia a insegurança das equipes diante do processo de morte, constituindo-se, segundo Arantes (2019, p. 113 apud Silva; Braga, 2021), “um grande desafio para os médicos e profissionais de saúde compreender que não há fracasso quando acontece a morte”. Nesse sentido, a presença do Assistente Social pode contribuir para qualificar a comunicação de notícias difíceis e amenizar o sofrimento adicional decorrente de informações mal conduzidas junto a pacientes e familiares, uma vez que a clareza e a confiança constituem pilares desse processo comunicativo (Gomes; Othero, 2016 apud Silva; Braga, 2021).

Além da dimensão relacional e ético-política já discutida, a atuação do

Assistente Social em cuidados paliativos materializa-se por meio de um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional (Martinelli, 1994, p. 137 apud Almeida, 2010). Tais instrumentais não devem ser compreendidos como procedimentos mecânicos ou meramente burocráticos, mas como expressão de uma “unidade dialética” entre instrumental e técnica, na qual o uso criativo do primeiro se articula ao domínio da habilidade técnica do profissional, abrangendo não apenas o campo das técnicas, mas também dos conhecimentos e habilidades mobilizados no cotidiano de trabalho (Martinelli, 2000 apud Almeida, 2010).

Dentre os instrumentais técnico-operativos mais recorrentes na prática do Serviço Social em saúde, destacam-se a entrevista, a visita domiciliar, a observação, os encaminhamentos, os relatórios e pareceres sociais, o acompanhamento social e a elaboração de fichas de cadastro (Almeida, 2010). A entrevista, em particular, constitui-se como instrumento privilegiado de aproximação com a realidade do usuário, na medida em que possibilita levantar e registrar informações, compor a história de vida do paciente e subsidiar o diagnóstico social, ao mesmo tempo em que estabelece uma relação profissional na qual entrevistador e entrevistado saem transformados pelo intercâmbio de informações (Lewgoy, 2007 apud Almeida, 2010). Já a visita domiciliar, quando aplicável ao contexto dos cuidados paliativos, permite o conhecimento direto das condições de moradia, da dinâmica familiar e da rede de apoio disponível ao paciente, tratando-se de uma prática investigativa e de atendimento realizada junto aos indivíduos em seu próprio meio social ou familiar (Amaro, 2003 apud Almeida, 2010).

No campo específico dos cuidados paliativos, esses instrumentais assumem contornos próprios, voltados à complexidade do processo de adoecimento grave e finitude. Frossard, Schaeffer e Simões (2020) sistematizam, a partir do eixo de atendimento direto aos usuários, um conjunto de demandas técnico-operativas que incluem a construção do perfil social do paciente e da família, a avaliação socioeconômica com atenção à distinção entre estado de pobreza e estado de indigência, a realização de conferências familiares, a colaboração na identificação de objetivos e prioridades para o plano de cuidados, a facilitação do acesso à rede de seguridade social e o conhecimento de escalas de avaliação utilizadas pela equipe de saúde, a exemplo da Escala de Sintomas de Edmonton (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020). Somam-se a esses instrumentos as intervenções no momento do óbito e no

período pós-óbito, quando as famílias seguem demandando orientações relativas a registros civis, documentação previdenciária e inclusão dos cuidadores na rede básica de saúde (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020).

Cabe destacar que a sistematização e a instrumentalização da prática profissional constituem condição indispensável para que a intervenção do Serviço Social nas expressões da questão social se efetive, devendo estar ancoradas nas dimensões ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica que estruturam o exercício profissional (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020). Reforça-se, assim, o entendimento de que a dimensão técnico-operativa não pode ser dissociada das demais dimensões constitutivas da profissão, devendo ser assumida como foco de ações, debates e capacitações no espaço coletivo de trabalho, de modo a permitir que os profissionais exercitem mediações entre a singularidade do caso atendido, a particularidade da instituição e a universalidade dos direitos em disputa (Cfess, 2020, p. 77 apud Frossard; Schaeffer; Simões, 2020).

Um dos conceitos mais marcantes para compreender a especificidade da contribuição do Serviço Social nesse campo é o de dor social, dimensão do sofrimento humano relacionada às rupturas provocadas pelo adoecimento grave nos vínculos familiares, comunitários, laborais e identitários do sujeito (Santos; Macedo; Cabral, 2025). Diferentemente da dor física, cujo manejo é atribuição médica, a dor social exige uma leitura crítica das condições concretas de vida do paciente e de sua família, considerando aspectos como composição familiar, condições de moradia, renda, vínculo empregatício, religiosidade e rede de suporte social, elementos que subsidiam a construção de estratégias para viabilizar o acesso a direitos sociais e à rede de saúde, contribuindo para a redução dos impactos do adoecimento (Santos; Macedo; Cabral, 2025 apud Cavalcanti et al., 2020). Nesse sentido, a escuta qualificada e o acolhimento tornam-se instrumentos centrais do trabalho da/o Assistente Social, na medida em que possibilitam a expressão de sentimentos, dúvidas e angústias, além da construção de estratégias de cuidado que respeitem a singularidade de cada trajetória (Santos; Macedo; Cabral, 2025).

A qualificação da comunicação de notícias difíceis constitui-se em outro elemento marcante da atuação profissional, sobretudo em serviços hospitalares organizados em núcleos de cuidados paliativos. A experiência do Núcleo de Bioética e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) evidencia que, entre as atribuições da equipe multiprofissional, encontra-

se a elaboração de Protocolos Operacionais Padrão (POPs), a exemplo do Protocolo de Comunicação de Notícias Difíceis, instrumento que busca uniformizar e qualificar a forma como informações sensíveis sobre prognóstico, mudança de terapêutica ou óbito são compartilhadas com pacientes e familiares (Santos; Macedo; Cabral, 2025). A existência de tais protocolos demonstra que a comunicação, longe de ser uma habilidade espontânea ou intuitiva, deve ser objeto de sistematização, capacitação e revisão constante por parte das equipes de saúde, o que reforça a contribuição do Serviço Social na formulação de estratégias institucionais voltadas à humanização do cuidado.

A construção de Projetos Terapêuticos Individuais (PTI) representa, igualmente, uma das expressões mais relevantes do trabalho interdisciplinar em cuidados paliativos, uma vez que reúne, em um mesmo instrumento, as contribuições das diferentes áreas profissionais envolvidas no cuidado ao paciente. A participação do Serviço Social na formulação desses projetos assegura que as dimensões sociais e econômicas do adoecimento sejam consideradas na definição dos objetivos terapêuticos, ao lado das dimensões clínicas, psicológicas e espirituais (Santos; Macedo; Cabral, 2025). Reuniões clínicas semanais, com discussão de casos e planejamento terapêutico compartilhado, fortalecem a articulação entre as diversas especialidades e asseguram a centralidade do cuidado no paciente e em sua família ao longo de todo o processo terapêutico (Santos; Macedo; Cabral, 2025). Tal arranjo institucional corrobora o entendimento de que a atuação do Assistente Social não se dá de forma isolada, mas em constante diálogo com a equipe, exigindo, segundo Iamamoto (2001 apud Santos; Macedo; Cabral, 2025), a compreensão dos fatores que influenciam e condicionam as práticas profissionais no contexto institucional em que se inserem.

Outro tema marcante refere-se à defesa da autonomia do paciente diante do processo de adoecimento e finitude, expressa, entre outros instrumentos, pelas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), documento no qual a pessoa registra, ainda em condições de discernimento, suas vontades quanto a cuidados e tratamentos que deseja ou não receber caso venha a se tornar incapaz de manifestá-las. A atuação do Assistente Social nesse campo relaciona-se à comunicação sobre a existência desse direito e à socialização de informações sobre os direitos dos pacientes vigentes no país, de modo a fortalecer sua condição de sujeito de direitos até o fim da vida (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020). A Resolução nº 729/2023, que instituiu a Política

Nacional de Cuidados Paliativos, reforça esse compromisso ao determinar que os cuidados paliativos devem contemplar a dimensão social da existência humana, garantindo não apenas a continuidade do tratamento, mas também a preservação dos vínculos sociais, a autonomia e a inserção cidadã dos indivíduos (Brasil, 2023 apud Santos; Macedo; Cabral, 2025).

A atuação do Serviço Social em cuidados paliativos não pode ser dissociada da análise crítica dos determinantes sociais do processo saúde-doença, tampouco das profundas desigualdades que marcam o acesso a esse tipo de assistência no Brasil. Dados da Palliative Care Alliance World indicam que, das mais de cem milhões de pessoas que anualmente necessitam de cuidados paliativos entre pacientes, familiares e cuidadores, apenas oito por cento efetivamente têm acesso a esse serviço, situação atribuída à falta de investimento público em serviços especializados e ao desconhecimento social sobre essa abordagem (Santos; Macedo; Cabral, 2025).

No cenário nacional, estima-se que apenas 0,3% das pessoas que morrem anualmente recebem cuidados paliativos, o que evidencia a urgência de políticas públicas voltadas à ampliação de serviços especializados e à formação profissional (Santos; Macedo; Cabral, 2025). Diante desse quadro, compete ao Assistente Social, no exercício de sua competência crítico-investigativa, evidenciar como fatores de ordem política, econômica e social condicionam o acesso da população aos cuidados paliativos, contribuindo para o enfrentamento das desigualdades que atravessam o processo de adoecimento e morte (Santos; Macedo; Cabral, 2025).

O acompanhamento no processo de luto constitui-se em dimensão especialmente marcante da atuação profissional, por evidenciar que o cuidado paliativo não se encerra com o óbito do paciente, mas se estende ao suporte oferecido à família em seu processo de elaboração da perda. A filosofia paliativista, ao incluir pela primeira vez a espiritualidade entre as dimensões do ser humano a serem cuidadas, reconhece que a família deve ser assistida também após a morte do paciente, no período de luto (Ancp, 2012 apud Santos; Macedo; Cabral, 2025). Nesse sentido, a prática profissional do Assistente Social inclui o suporte em situações de luto e a articulação com a equipe de saúde na construção de estratégias que assegurem a continuidade do cuidado às famílias enlutadas (Santos; Macedo; Cabral, 2025), reafirmando que a atuação profissional se estende para além da vida do paciente, alcançando a rede familiar e de cuidadores em sua totalidade.

Por fim, cabe assinalar que a consolidação do Serviço Social nos cuidados

paliativos enfrenta desafios de ordem institucional e formativa. A escassez de literatura específica sobre a atuação da/o Assistente Social nesse campo, associada à baixa cobertura populacional dos serviços especializados e à fragilidade de algumas políticas públicas, reafirma a urgência da consolidação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, bem como do fortalecimento da formação profissional voltada à temática da finitude (Santos; Macedo; Cabral, 2025). Diante desse cenário, reafirma que a atuação do Serviço Social, ao integrar-se às práticas de cuidados paliativos, seu projeto ético-político e sua função social na defesa da vida, da dignidade e da justiça social, contribuindo para que o cuidado não seja apenas técnico, mas profundamente comprometido com a humanização das relações e com a valorização das singularidades que marcam o viver e o morrer (Santos; Macedo; Cabral, 2025).

Diante do exposto, observa-se que a literatura científica reconhece de forma consistente a relevância do Serviço Social como categoria profissional indispensável à composição das equipes de cuidados paliativos, tanto pela sua capacidade de articular direitos quanto pelo papel de mediação entre paciente, família e demais profissionais de saúde. Contudo, no caso da Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos (EMCP) do Complexo ISPON, verifica-se a ausência desse profissional em sua composição atual, aspecto que motiva a presente pesquisa e que será explorado, a partir da perspectiva dos profissionais entrevistados, no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3

POTENCIALIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS DO COMPLEXO ISPON: ANÁLISE DOS RELATOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Este capítulo apresenta e discute os dados obtidos por meio da pesquisa de campo realizada junto aos profissionais integrantes da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON. A investigação teve como objetivo compreender a percepção desses profissionais acerca da atuação multiprofissional nos cuidados paliativos e identificar as possíveis contribuições do Serviço Social para o cuidado integral de pacientes e familiares.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, instrumento que possibilita a obtenção de informações aprofundadas sobre experiências, percepções e significados atribuídos pelos participantes ao fenômeno investigado. Conforme destaca Minayo (2014), essa modalidade favorece o diálogo entre pesquisador e entrevistado, permitindo explorar aspectos previamente definidos e, ao mesmo tempo, acolher elementos emergentes da realidade estudada. O roteiro foi organizado em dois eixos: o primeiro voltado à percepção dos profissionais sobre os cuidados paliativos e o trabalho em equipe; o segundo, à atuação do Serviço Social na saúde e às possíveis contribuições da profissão para a equipe investigada.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DO CONTEXTO DA PESQUISA

As entrevistas foram realizadas nas dependências da própria instituição, entre 16 de julho e 4 de agosto de 2026, com profissionais de diferentes categorias que compõem a Comissão. Para preservar o anonimato dos participantes, em consonância com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, os depoimentos foram identificados por códigos alfanuméricos, e optou-se por não detalhar dados pessoais e funções de coordenação que pudessem favorecer a identificação dos entrevistados[2]

O Quadro 1 sintetiza a caracterização do grupo segundo categoria profissional, formação, tempo e área de atuação e relação com os cuidados paliativos.

A análise dos dados seguiu a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), em suas três etapas clássicas: a pré-análise, em que o material das entrevistas transcritas foi organizado e lido de forma flutuante; a exploração do

[2] Relatos obtidos em entrevistas semiestruturadas realizadas pela autora no Complexo ISPON, entre 16 de julho e 4 de agosto de 2026, identificados por códigos para preservar o anonimato dos participantes.

material, momento de codificação e de construção das categorias temáticas a partir dos relatos; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, em que as categorias foram articuladas ao referencial teórico construído ao longo deste trabalho. Buscou-se, assim, compreender como os profissionais percebem a inserção do Assistente Social nesse contexto e quais contribuições podem ser atribuídas à sua atuação para a efetivação do cuidado integral.

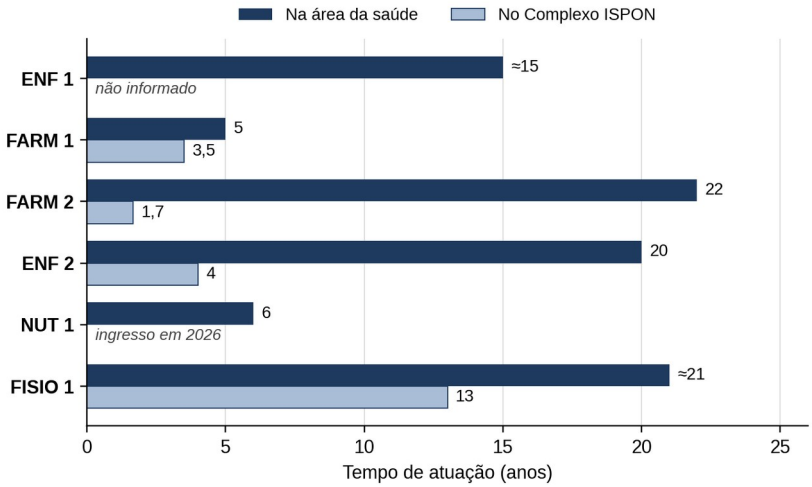
Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Código	Categoria profissional	Formação	Tempo e área de atuação	Relação com os cuidados paliativos
ENF 1	Enfermagem	Formação técnica em Enfermagem (2011); graduação em Enfermagem (2019)	Atua na saúde desde 2011; trajetória em internação, UTI e centro cirúrgico; oncologia iniciada no Complexo ISPON	Integra a Comissão; formação específica em cuidados paliativos não mencionada
FARM 1	Farmácia	Formação em Farmácia (2020); residência multiprofissional em Oncologia	Cerca de 5 anos na saúde; cerca de 3 anos e meio no Complexo ISPON	Atuação acompanha a trajetória na oncologia; formação específica na área, posterior à residência
FARM 2	Farmácia	Formação em Farmácia (atua desde 2004); especialização em Oncologia	Cerca de 22 anos na saúde; 1 ano e 8 meses no Complexo ISPON	Integra a Comissão há cerca de 1 ano; formação específica em cuidados paliativos não mencionada
ENF 2	Enfermagem	Formação em Enfermagem; especialização em Urgência, Emergência e UTI	Cerca de 20 anos na saúde; 4 anos no Complexo ISPON; trajetória anterior em urgência, emergência e UTI	Atua em cuidados paliativos há cerca de 4 anos; formação específica na área não mencionada
NUT 1	Nutrição	Formação em Nutrição; mestrado e doutorado	6 anos como nutricionista; ingresso no Complexo ISPON em 2026	Experiência prévia (cerca de 3 anos) em instituição de longa permanência; oncologia iniciada no Complexo ISPON
FISIO 1	Fisioterapia	Formação em Fisioterapia (2005); especialização em Fisioterapia e Oncologia; mestrado e doutorado em Oncologia; aperfeiçoamento em cuidados paliativos (2022)	Atua no Complexo ISPON desde 2013	Atua em cuidados paliativos desde 2009; integra a equipe desde sua implantação, em 2016

Fonte: Banco de dados das entrevistas realizadas com os profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON.
Organização: Rodrigues, 2026.

Observa-se que o tempo de atuação na área da saúde varia de aproximadamente cinco a vinte e dois anos (Gráfico 1), enquanto a inserção no Complexo ISPON abrange desde quem ingressou em 2026 (NUT 1) até quem atua desde 2013 e integra a equipe desde sua implantação, em 2016 (FISIO 1). Essa heterogeneidade reúne olhares de quem acompanhou a constituição da equipe e de quem a conhece a partir de uma inserção recente.

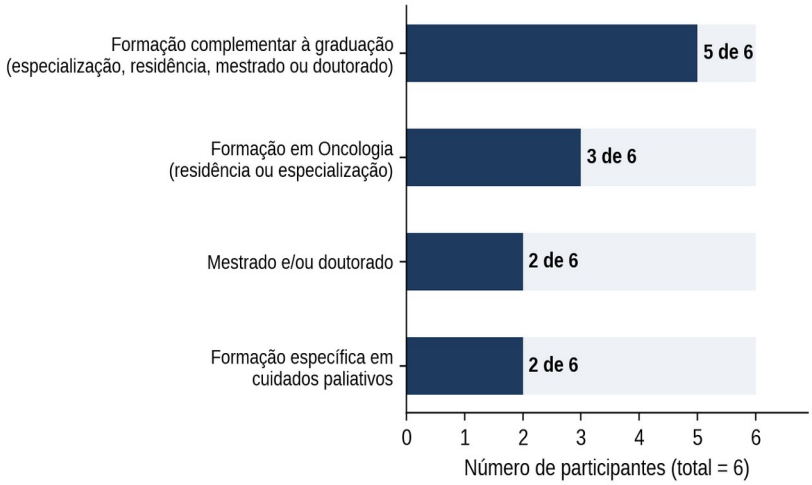
Gráfico 1 – Tempo de atuação dos participantes na área da saúde e no Complexo ISPON



Fonte: Banco de dados das entrevistas realizadas com os profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON.
Organização: Rodrigues, 2026.
Nota: Valores aproximados; para ENF 1, o tempo no Complexo ISPON não foi informado.

Quanto à qualificação, cinco dos seis participantes mencionaram formação complementar à graduação especialização, residência, mestrado ou doutorado, três delas específicas em Oncologia (FARM 1, FARM 2 e FISIO 1), como mostra o Gráfico 2. Apenas dois participantes (FARM 1 e FISIO 1), porém, relataram formação específica em cuidados paliativos; nos demais casos, a aproximação com a área vincula-se à prática cotidiana na oncologia e à participação na Comissão. Essa diferença de formação será retomada nas seções seguintes.

Gráfico 2 – Qualificação dos participantes



Fonte: Banco de dados das entrevistas realizadas com os profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON.
Organização: Rodrigues, 2026.
Nota: Os participantes podem se enquadrar em mais de uma categoria.

A entrada na oncologia ocorreu, para parte dos participantes, a partir de outros campos da saúde: ENF 1 e ENF 2 relatam trajetórias anteriores em internação, terapia intensiva e centro cirúrgico, e ENF 2 descreve a chegada à oncologia como um aprendizado *"precisei aprender uma nova forma de cuidar"* (ENF 2). FISIO 1 e NUT 1, por sua vez, já vinham de experiências em cuidados paliativos em outros contextos, enquanto FARM 1 destaca que sua prática na área acompanha a trajetória na oncologia.

Cinco dos seis participantes (todos exceto FARM 2) relataram contato prévio com o trabalho de Assistentes Sociais, seja em outras instituições, seja durante a residência multiprofissional. Esse dado indica que a maior parte dos entrevistados dispõe de referências concretas sobre a profissão, o que qualifica suas percepções sobre a ausência e as possíveis contribuições do Assistente Social, analisadas nas seções seguintes.

Quanto ao funcionamento da Comissão, os relatos indicam reuniões mensais, atendimentos multiprofissionais em dias e horários definidos e comunicação cotidiana por grupo de mensagens. Para ENF 2, a equipe *"ainda está em processo de construção e aperfeiçoamento"*; FISIO 1 acrescenta que o formato de atendimento conjunto, vigente entre 2016 e 2020, foi interrompido pela pandemia e ainda não foi plenamente retomado.

Cabe registrar que profissionais da Medicina e da Psicologia, embora integrem a Comissão, não compõem o conjunto de participantes desta pesquisa, pois, embora

convidados, não responderam ao contato da pesquisadora no período de coleta de dados; ainda assim, são mencionados nos relatos dos entrevistados ao descreverem o funcionamento da equipe. A partir dessa caracterização, as seções seguintes apresentam as categorias temáticas construídas por meio da análise de conteúdo, articulando os relatos dos participantes ao referencial teórico discutido nos capítulos anteriores.

Os relatos dos participantes são apresentados, ao longo da análise, em citações diretas destacadas em itálico: as mais extensas figuram em bloco, com recuo, de modo a distingui-las da análise da pesquisadora. As supressões são indicadas por colchetes e reticências ([...]).

3.2 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS E O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Esta seção corresponde ao primeiro eixo do roteiro de entrevista. A partir da exploração do material empírico, foram construídas duas categorias temáticas: a compreensão dos profissionais sobre os cuidados paliativos e o cuidado integral (3.2.1) e o trabalho multiprofissional, com suas formas de integração, comunicação e desafios (3.2.2). Em ambas, buscou-se apreender tanto os relatos que indicam proximidade com os princípios discutidos nos capítulos anteriores quanto aqueles que revelam limites e tensões no cotidiano da Comissão[3]

3.2.1 Compreensão dos cuidados paliativos e do cuidado integral

Os relatos indicam que os profissionais concebem os cuidados paliativos a partir de uma perspectiva ampliada, que não se restringe à terminalidade. ENF 1 afirma que a equipe busca deixar claro que *“os cuidados paliativos não significam que o paciente está em fase final de vida”* e que o propósito é *“oferecer uma melhor qualidade de vida, compreendendo suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas e familiares”* (ENF 1). Para FARM 1, o objetivo é *“permitir que o paciente viva com qualidade, conforto e dignidade até o fim da vida”* (FARM 1), e FISIO 1 destaca a necessidade de *“pensar no paciente como um todo, buscando trazer benefício, conforto e alívio”* (FISIO 1). ENF 2 considera a abordagem essencial à assistência oncológica: *“a oncologia não pode caminhar sem essa abordagem”* (ENF 2).

Essas concepções dialogam com a compreensão, discutida no Capítulo 1, dos cuidados paliativos como abordagem voltada à qualidade de vida do paciente e da

[3] O roteiro de entrevista está descrito no início deste capítulo e reproduzido no Apêndice A.

família, considerando as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do adoecimento (Matsumoto, 2012), que não busca antecipar nem prolongar o processo de morrer (Carvalho; Parsons, 2012) e que pode ser oferecida desde o diagnóstico (Matsumoto, 2012). Dialogam, ainda, com o princípio da integralidade previsto na Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) e com a Resolução nº 41/2018, segundo a qual os cuidados paliativos devem contemplar o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Brasil, 2018).

O relato de ENF 1 permite observar como essa concepção ampliada se traduz na organização do atendimento, em que o acolhimento conjunto é apresentado como condição para um cuidado mais integral:

> *Nós realizamos o acolhimento do paciente de forma conjunta, pois entendemos que esse modelo permite um cuidado mais integral e evita que o paciente precise responder às mesmas perguntas para diferentes profissionais. Durante esse atendimento, cada profissional observa aspectos específicos da sua área, mas todos compartilham as informações para construir uma visão ampliada do paciente. [...] Nosso objetivo é deixar claro que os cuidados paliativos não significam que o paciente está em fase final de vida. Pelo contrário, buscamos oferecer uma melhor qualidade de vida, compreendendo suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas e familiares. Também avaliamos aspectos como alimentação, sono, ansiedade, aceitação da doença, rotina diária, momentos de lazer e rede de apoio familiar. Entendemos que o paciente não deve ser visto apenas pela doença, mas como um indivíduo que possui uma história, vínculos familiares e necessidades que vão além do tratamento oncológico. [...] 'A pessoa não é a Doença mas sim um indivíduo com vontades, com tristezas, dúvidas e principalmente esperança.'* (ENF 1).

Nota-se, nesse relato, que a integralidade não aparece como princípio abstrato, mas como prática organizada: o paciente é acolhido por vários profissionais ao mesmo tempo, evitando a repetição de perguntas, e a família é ouvida em momentos específicos. Ao afirmar que o paciente *"não deve ser visto apenas pela doença"*, ENF 1 aproxima-se da compreensão de paciente e família como unidade de cuidado (Hermes; Lamarca, 2013) e da perspectiva ampliada de sofrimento que fundamenta os cuidados paliativos (Matsumoto, 2012). As dimensões avaliadas pela equipe (alimentação, sono, ansiedade, lazer e rede de apoio familiar) incluem aspectos da vida cotidiana do paciente, o que se articula, como será visto na seção 3.3, às condições sociais que atravessam o tratamento.

A noção de cuidado integral aparece associada ao reconhecimento de que o sofrimento ultrapassa a dimensão clínica. ENF 1 relata que a equipe avalia alimentação, sono, ansiedade, rotina, lazer e rede de apoio familiar, sintetizando: *"a*

pessoa não é a doença, mas sim um indivíduo com vontades, tristezas, dúvidas e, principalmente, esperança" (ENF 1). FARM 1 amplia: *"o câncer não afeta apenas a saúde física, mas também a condição emocional, financeira, familiar e social do indivíduo"* (FARM 1) reconhecimento que será retomado na seção 3.3. NUT 1, na Nutrição, explica que o objetivo nem sempre é recuperar peso corporal, mas proporcionar conforto, já que a alimentação *"ultrapassa a dimensão biológica"* e *"possui significado emocional, afetivo e social"* (NUT 1). Esses relatos expressam, no cotidiano de cada área, a concepção de dor total desenvolvida por Saunders (2006) o sofrimento como interação entre dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais (Matsumoto, 2012), também adotada pelo Regimento da EMCP como Total Pain (Complexo ISPON, 2016).

O relato de NUT 1 detalha como essa compreensão se expressa no campo da Nutrição:

> *A atuação da Nutrição nos Cuidados Paliativos possui características bastante específicas. Muitas vezes existe a ideia de que o nutricionista está presente apenas para recuperar peso corporal ou massa muscular. Entretanto, quando falamos de pacientes em cuidados paliativos, esse não é necessariamente o objetivo principal. [...] Contudo, nosso foco principal é proporcionar conforto ao paciente. [...] A alimentação, nesse contexto, ultrapassa a dimensão biológica. Ela possui significado emocional, afetivo e social. Muitas vezes buscamos resgatar memórias relacionadas aos alimentos, permitindo que o paciente mantenha vínculos afetivos por meio da alimentação. Quando determinado alimento já não pode ser consumido da forma habitual, procuramos adaptar sua textura ou apresentação para preservar seu sabor e seu significado para aquele paciente. Nosso objetivo é devolver ao paciente uma experiência alimentar mais humanizada, permitindo que ele continue sendo protagonista de suas escolhas* (NUT 1).

O relato desloca o objetivo da intervenção nutricional da recuperação de peso para o conforto e para o significado da alimentação, tratada como experiência emocional, afetiva e social. Ao falar em *"devolver ao paciente uma experiência alimentar mais humanizada"* e em preservar seu protagonismo, NUT 1 articula integralidade e autonomia, o que dialoga com a concepção de dor total (Saunders, 2006), em que o sofrimento resulta da interação entre dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais (Matsumoto, 2012).

Autonomia e dignidade emergem como elementos do cuidado integral. ENF 1 destaca o respeito à autonomia do paciente para não responder a uma pergunta ou não continuar o atendimento em determinado momento, decisão *"respeitada pela equipe"* (ENF 1). NUT 1 defende que *"o paciente precisa continuar sendo protagonista*

da sua própria alimentação" (NUT 1). FISIO 1 relata o caso de uma paciente que, ao final da vida, *"queria ter dignidade naquele último momento"* e optou por não realizar tratamentos invasivos nem ir para o hospital, morrendo em casa *"da maneira como queria"* (FISIO 1) — situação que se contrapõe ao modelo centrado na doença e na cura, cuja lógica pode conduzir à distanásia (Pessini, 2001), e reafirma o respeito às escolhas individuais discutido no Capítulo 1. As entrevistas não mencionam, porém, instrumentos formais de registro das vontades do paciente, como as diretivas antecipadas de vontade (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020); nos relatos, esse respeito aparece como prática cotidiana, sem procedimentos formais.

O relato de FISIO 1 sobre o acompanhamento de uma paciente com câncer de pulmão reúne, em sequência, o que a profissional considera um cuidado ideal e a decisão da paciente de permanecer em casa no fim da vida:

> *Recentemente, tive uma paciente com câncer de pulmão, que apresentou metástase cerebral e óssea. Quando recebeu o diagnóstico, ela já me procurou. Passei todas as orientações. Ela estava muito bem, jogava tênis todos os dias e fazia academia todos os dias. [...] Ela teve um acompanhamento que considero o ideal para todos os pacientes. Eu gostaria muito que todos tivessem essa realidade. Como ela tinha uma condição financeira muito boa, tudo foi mais fácil nesse sentido. [...] Eu atendi essa paciente em uma sexta-feira e ela faleceu na sexta-feira seguinte. Na semana em que faleceu, ela falou que não queria mais nada. Queria ficar quieta no canto dela, com a família, aproveitando aquele momento. Ela queria ter dignidade naquele último momento. Então, optou por não realizar tratamentos invasivos, não ir para o hospital e morrer em casa, da maneira como queria. [...] Ela ficou em casa durante aquela semana e acabou falecendo da forma como queria, em paz e sem grandes sofrimentos, porque estávamos tentando proporcionar o melhor conforto possível* (FISIO 1).

O relato evidencia duas dimensões do cuidado integral. De um lado, descreve o que seria um acompanhamento ideal, iniciado desde o diagnóstico e ajustado às necessidades da paciente com fisioterapia motora e respiratória, que a própria profissional reconhece não ser a realidade da maioria dos pacientes. De outro, a decisão da paciente de não realizar tratamentos invasivos e de morrer em casa demonstra o respeito à autonomia e à dignidade no fim da vida, em contraposição ao modelo centrado na doença e na cura, cuja lógica pode conduzir à distanásia (Pessini, 2001). Chama atenção, ainda, que a profissional associe o acompanhamento ideal à condição financeira da paciente (*"tudo foi mais fácil nesse sentido"*), o que antecipa a discussão, na seção 3.3, sobre a desigualdade de acesso ao cuidado.

A participação da família também é recorrente. ENF 1 descreve momentos de conversa com os familiares para compreender como enfrentam o adoecimento; ENF 2

observa que a atenção costuma se concentrar no paciente, embora *“exista toda uma família vivenciando o processo de adoecimento e que também necessita de acolhimento, orientação e suporte”* (ENF 2). Tais percepções aproximam-se da compreensão de paciente e família como unidade de cuidado (Hermes; Lamarca, 2013) e da importância atribuída por Kübler-Ross (1981) às reações familiares.

Ainda que a compreensão dos profissionais seja ampliada, as entrevistas revelam a permanência de concepções equivocadas entre pacientes, familiares e na própria instituição. ENF 2 observa que *“muitos pacientes ainda apresentam dificuldades para compreender o significado dos cuidados paliativos, frequentemente associando essa abordagem ao fim da vida”* (ENF 2), o que relaciona *“à cultura e ao desconhecimento sobre o tema”* (ENF 2). FARM 1 relata o caso de uma paciente que *“descobriu, sozinha, por meio da leitura de um laudo médico, que estava em cuidados paliativos”* e, ao ser questionada sobre o significado disso, respondeu chorando: *“é porque não tem mais o que fazer, não é?”* (FARM 1). Foi necessário explicar que *“ainda havia muito a ser feito por ela”* (FARM 1), sobretudo quanto à qualidade de vida, ao controle da dor e à dignidade.

O relato de FARM 1 permite compreender o contexto em que esse episódio emerge e a forma como a profissional o articula à integralidade do cuidado:

> *Além disso, considero fundamental que o paciente seja compreendido em sua integralidade. O câncer não afeta apenas a saúde física, mas também a condição emocional, financeira, familiar e social do indivíduo. Recentemente atendi uma paciente que descobriu, sozinha, por meio da leitura de um laudo médico, que estava em cuidados paliativos. Quando perguntei se ela sabia o significado disso, respondeu chorando: ‘É porque não tem mais o que fazer, não é?’. Expliquei que ainda havia muito a ser feito por ela, principalmente para garantir qualidade de vida, controle da dor e dignidade durante todo o tratamento. Acredito que esse seja o principal objetivo dos Cuidados Paliativos: permitir que o paciente viva com qualidade, conforto e dignidade até o fim da vida. Da mesma forma, compreendo que o Serviço Social fortalece esse cuidado ao contribuir para reduzir as vulnerabilidades sociais e garantir que o paciente e sua família tenham acesso aos recursos necessários para enfrentar esse processo* (FARM 1).

O relato articula, em um mesmo movimento, a integralidade (*“o câncer não afeta apenas a saúde física”*), a dificuldade de comunicação do diagnóstico paliativo e o objetivo dos cuidados paliativos como garantia de qualidade de vida, conforto e dignidade. A resposta da paciente (*“não tem mais o que fazer”*) expressa a associação, ainda corrente, entre cuidados paliativos e fim da vida, e a intervenção da profissional, ao reafirmar que *“ainda havia muito a ser feito”*, ilustra o princípio de que a

abordagem não busca antecipar nem prolongar o processo de morrer (Carvalho; Parsons, 2012). Destaca-se, por fim, que FARM 1 já vincula o fortalecimento desse cuidado ao Serviço Social, aspecto retomado nas seções 3.4 e 3.5.

O episódio sugere que a informação sobre a inclusão em cuidados paliativos nem sempre chega ao paciente acompanhada do acolhimento necessário, o que reforça a ideia de que a comunicação, nesse campo, envolve compreensão mútua e apoio, não apenas transmissão de informações (Pessini, 2006 apud Rosa, 2022). Essa associação entre cuidados paliativos e morte iminente dialoga com o processo histórico de medicalização e negação da morte discutido no Capítulo 1 (Menezes, 2004; Kovács, 2003) e com o silêncio em torno da gravidade do estado do paciente descrito por Ariès (2003) como traço da relação moderna com a morte.

Quanto à clareza dos próprios profissionais sobre os princípios dos cuidados paliativos, predomina a percepção de que a equipe compreende e atua de modo alinhado a eles. ENF 1 ressalta que se trata de profissionais capacitados, *“muitos deles com pós-graduação ou formação específica”* (ENF 1); FARM 1 pondera que, mesmo sem essa formação, *“a experiência acumulada e a atuação cotidiana fazem com que compreendam os objetivos dessa assistência”* (FARM 1). FISIO 1 apresenta leitura mais cautelosa: *“muitos profissionais ainda não entendem o cuidado paliativo da forma como deveriam ou não possuem formação em cuidados paliativos”*, o que, em sua avaliação, *“é algo que falta para podermos oferecer um atendimento melhor enquanto equipe”* (FISIO 1). Essa divergência dialoga com a diretriz de educação permanente prevista na Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2024) e com a discussão de Kovács (2003) sobre a formação médica tradicionalmente voltada à cura. O Complexo promove, pelo Centro de Estudos e Pesquisas, o Fórum de Cuidados Paliativos (Complexo ISPON, 2026), o que sugere investimento institucional em qualificação capaz de enfrentar essa heterogeneidade.

A distinção entre os profissionais que integram a Comissão e o conjunto da instituição aparece no relato de ENF 2:

> *Acredito que os profissionais que participam diretamente da Comissão compreendem a importância e os princípios dos Cuidados Paliativos. Enfermeiros, farmacêuticos, médicos e psicólogo atuam de forma alinhada aos objetivos da equipe. Entretanto, considero que esse entendimento ainda não está presente em toda a instituição. Muitas pessoas ainda associam os Cuidados Paliativos exclusivamente à terminalidade da vida, quando, na realidade, essa abordagem busca promover qualidade de vida e cuidado integral ao paciente. Entendo que essa dificuldade está relacionada*

> *principalmente à cultura e ao desconhecimento sobre o tema* (ENF 2).

ENF 2 reconhece o alinhamento da equipe aos princípios dos cuidados paliativos, mas atribui à cultura e ao desconhecimento a persistência da associação entre essa abordagem e a terminalidade fora da Comissão. FISIO 1, por sua vez, relaciona a heterogeneidade de compreensão ao momento de consolidação da equipe:

> *Eu acredito que, por ser uma equipe que ainda está se formando, tivemos a perda de vários profissionais que saíram para trabalhar em outros serviços ou foram embora da região. Nossa equipe ainda está se consolidando. Então, muitos profissionais ainda não entendem o cuidado paliativo da forma como deveriam ou não possuem formação em cuidados paliativos. Acho que isso é algo que falta para podermos oferecer um atendimento melhor enquanto equipe* (FISIO 1).

Os dois relatos não se contradizem: enquanto ENF 2 observa o limite na instituição como um todo, FISIO 1 o localiza na própria equipe, em razão da rotatividade e da ausência de formação específica de parte de seus integrantes. Em ambos, a qualificação aparece como condição para que os princípios sejam compartilhados, o que reforça a importância da educação permanente prevista na Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2024).

Outro limite, apontado por FISIO 1, refere-se ao momento em que os pacientes chegam à Comissão: atualmente *“só estão entrando pacientes em cuidados paliativos avançados, pacientes em terminalidade”* (FISIO 1), o que impede uma atuação *“de forma completa”* e faz com que o paciente paliativo *“geralmente só chegue à fisioterapia em casos mais complicados”* (FISIO 1). FARM 2 confirma que *“nem todos os pacientes em tratamento paliativo são automaticamente acompanhados pela equipe multiprofissional”* (FARM 2) o que retoma a ideia de que a atenção paliativa deveria ser oferecida desde o diagnóstico (Matsumoto, 2012).

Em conjunto, os relatos permitem organizar a noção de cuidado integral em quatro eixos. O primeiro é o olhar ampliado sobre o paciente, que não é reduzido à doença (ENF 1, FARM 1 e FISIO 1). O segundo é a atenção ao conforto, ao sentido e à autonomia, expressa na alimentação como experiência afetiva (NUT 1) e na escolha da forma e do local de morrer (FISIO 1). O terceiro é o cuidado à família, reconhecida como parte do processo de adoecimento (ENF 1 e ENF 2). O quarto é o acolhimento e a comunicação, que envolve explicar ao paciente o que significa estar em cuidados paliativos (FARM 1 e ENF 2). Esses eixos mostram que os participantes

compreendem a integralidade como princípio que ultrapassa a dimensão clínica; as seções seguintes examinam em que medida a equipe dispõe de condições para efetivá-lo no que se refere à dimensão social.

Em síntese, os participantes demonstram compreensão ampliada dos cuidados paliativos, ancorada em qualidade de vida, alívio do sofrimento, autonomia e cuidado à família, ao mesmo tempo em que identificam desafios que ultrapassam a atuação individual: equívocos persistentes entre pacientes e instituição, desigualdade de formação na equipe e chegada tardia dos pacientes ao acompanhamento.

3.2.2 Trabalho multiprofissional: integração, comunicação e desafios

Como observado no Capítulo 1, a existência de marcos normativos não garante uma organização uniforme entre instituições: é na concretização de cada serviço que os princípios da integralidade se realizam. No Complexo ISPON, essa concretização se dá pela Política de Cuidados Paliativos e Terminalidade (PPI-472) e pelo Regimento da EMCP (Complexo ISPON, 2016).

Os participantes descrevem uma equipe formada por diferentes profissionais, ainda que com percepções distintas sobre sua composição e organização. ENF 1 refere-se a médico, enfermeiros, nutricionista e psicólogo; ENF 2 afirma que enfermeiros, farmacêuticos, médicos e psicólogo *"atuam de forma alinhada aos objetivos da equipe"* (ENF 2); FISIO 1 descreve um fluxo em que *"o profissional médico e o psicólogo são os primeiros a conversar com o paciente"* (FISIO 1), sendo os demais acionados por encaminhamento. Essas descrições não são contraditórias, mas indicam que a organização dos atendimentos é percebida de formas diferentes dentro da própria equipe o que converge, de todo modo, com o que o Regimento estabelece: reuniões mensais, discussão de casos, triagem e encaminhamentos conforme as necessidades identificadas (Complexo ISPON, 2016), registrados em formulário específico (RPI-459) inserido no prontuário eletrônico.

A integração e a comunicação são avaliadas, em geral, de modo positivo. ENF 1 descreve o acolhimento conjunto como estratégia deliberada, que evita que o paciente precise *"responder às mesmas perguntas para diferentes profissionais"* (ENF 1); após o atendimento, *"continuamos reunidos para discutir cada caso"*, em uma troca que *"acontece de forma respeitosa e organizada"* (ENF 1). ENF 2 acrescenta que *"existe abertura para que todos os membros da equipe contribuam com suas percepções"* (ENF 2), e NUT 1 identifica na comunicação a principal facilidade do trabalho em equipe, comparando-a à experiência em outras instituições nas quais

“muitas vezes as equipes não conseguiam dialogar entre si” (NUT 1): no Complexo ISPON, *“existe um objetivo comum entre todos os profissionais”* (NUT 1). Esses relatos aproximam-se da compreensão de que a atuação multiprofissional exige diálogo e construção conjunta das estratégias de cuidado (Gomes; Othero, 2016), e de que a integralidade não elimina as especificidades de cada categoria, mas as complementa (Silva; Braga, 2021).

O relato de FARM 1 detalha os canais e a rotina que sustentam essa comunicação, bem como a principal dificuldade percebida:

> *Considero que a comunicação entre os profissionais acontece de maneira organizada e eficiente. Além das reuniões mensais da Comissão de Cuidados Paliativos, os atendimentos aos pacientes ocorrem semanalmente, permitindo uma troca constante de informações entre os membros da equipe. Grande parte da comunicação também acontece por meio do grupo institucional, onde os profissionais discutem os casos, identificam pacientes que podem se beneficiar do acompanhamento pela equipe e definem, de forma conjunta, os encaminhamentos necessários. A principal dificuldade está relacionada à disponibilidade de alguns profissionais que atuam de forma externa à instituição, como o nutricionista e o psicólogo. Em razão da agenda desses profissionais, algumas vezes torna-se mais difícil conciliar os horários para os atendimentos. Apesar disso, a equipe consegue organizar o trabalho de maneira satisfatória e manter uma boa comunicação entre todos os envolvidos. [...] Outro aspecto que considero positivo é a presença da médica paliativista na instituição. Além de atuar especificamente em Cuidados Paliativos, ela também é oncologista, o que facilita a identificação e o encaminhamento dos pacientes para a equipe* (FARM 1).

NUT 1 descreve o fluxo de informações entre os profissionais e oferece um exemplo concreto de complementaridade entre as áreas:

> *Além das reuniões presenciais, mantemos comunicação constante por meio de um grupo de WhatsApp. Também realizamos discussões antes e após cada atendimento para compartilhar informações relevantes e definir encaminhamentos necessários. Algumas demandas exigem atendimentos individuais. Em determinadas situações, por exemplo, identifico a necessidade de aprofundar aspectos relacionados à alimentação do paciente, enquanto o psicólogo pode perceber questões emocionais que necessitam de acompanhamento específico. Posteriormente, essas informações são compartilhadas com toda a equipe para que todos atuem de forma integrada. Na minha percepção, essa comunicação funciona muito bem. Apesar de eu estar há pouco tempo na instituição, percebo que existe um objetivo comum entre todos os profissionais, o que facilita bastante o trabalho interdisciplinar* (NUT 1).

Os relatos de FARM 1 e NUT 1 convergem na descrição de uma comunicação sustentada por reuniões mensais, grupo de mensagens e discussões antes e depois dos atendimentos. FARM 1 identifica, como limite, a agenda dos profissionais que

atuam de forma externa à instituição, enquanto NUT 1 exemplifica a integração ao relatar que o nutricionista identifica aspectos alimentares e o psicólogo, questões emocionais, e que essas informações são depois compartilhadas com toda a equipe. Esse movimento aproxima-se da compreensão de que a atuação multiprofissional exige diálogo e construção conjunta das estratégias de cuidado (Gomes; Othero, 2016).

Quanto aos encaminhamentos, os relatos evidenciam o papel central da Enfermagem na identificação dos pacientes que podem se beneficiar do acompanhamento. Segundo FARM 1, *"grande parte dessas indicações é realizada pelas enfermeiras, que possuem contato mais frequente com os pacientes durante o tratamento"* (FARM 1); ENF 2 confirma que, durante o atendimento de enfermagem, é possível perceber essa necessidade (ENF 2). A centralidade da Enfermagem decorre da proximidade cotidiana com o paciente e, como será discutido na seção 3.4, também se expressa no acolhimento e nas orientações que extrapolam o cuidado clínico.

Os limites mais recorrentes referem-se à disponibilidade e aos horários. FARM 1 aponta a *"disponibilidade de alguns profissionais que atuam de forma externa à instituição, como o nutricionista e o psicólogo"* (FARM 1); ENF 2 lembra que o paciente nem sempre consegue retornar em outro momento da semana, sobretudo após sessões de quimioterapia. Trata-se de limites organizacionais que, embora não inviabilizem o trabalho, condicionam a frequência e a completude dos encontros.

O relato de ENF 2 explicita como a organização dos atendimentos incide sobre a participação de pacientes e profissionais:

> *A comunicação entre os integrantes da Comissão acontece de maneira satisfatória. Utilizamos grupos de comunicação institucional, realizamos reuniões mensais e, após cada atendimento aos pacientes, a equipe permanece reunida para discutir os casos e definir as condutas necessárias. A principal dificuldade está relacionada à disponibilidade de horários tanto dos profissionais quanto dos pacientes. Como os atendimentos acontecem em dias e horários previamente definidos, nem sempre o paciente consegue retornar à instituição em outro momento da semana, principalmente após sessões de quimioterapia, quando apresenta maior cansaço ou limitações físicas. Também existem dificuldades para reunir todos os profissionais da equipe simultaneamente, considerando as diferentes agendas de trabalho* (ENF 2).

O relato mostra que a dificuldade de horários tem duas faces: a do paciente, cuja condição física após a quimioterapia limita o retorno à instituição, e a da equipe, composta por profissionais com agendas distintas. Trata-se de um limite que decorre

tanto da organização dos atendimentos em dias e horários definidos quanto da própria condição de saúde dos pacientes oncológicos, e que reforça a relevância do acompanhamento no intervalo entre os encontros, tema retomado na seção 3.4.

A Comissão, além disso, é percebida como equipe ainda em consolidação. ENF 2 reconhece que ela *"ainda está em processo de construção e aperfeiçoamento"*, mas *"vem evoluindo e fortalecendo sua atuação"* (ENF 2). FISIO 1, que integra a equipe desde sua implantação em 2016, faz leitura mais crítica:

> *O ideal seria que todos os profissionais atendessem juntos esse paciente, como já era feito anteriormente. De 2016 até 2020, quando começou a pandemia, era dessa forma. Todos os profissionais atuavam ao mesmo tempo, todos escutavam a história do paciente e, depois, cada profissional passava suas orientações. Com a pandemia, infelizmente, acabamos ficando um período sem essa equipe multidisciplinar. Agora ela está retornando, mas ainda não voltou da forma como era anteriormente* (FISIO 1).

FISIO 1 acrescenta que a equipe *"ainda está se formando"* e que perdeu *"vários profissionais que saíram para trabalhar em outros serviços ou foram embora da região"* (FISIO 1), resumindo, ao final da entrevista: *"a equipe ainda está engrenando, mas acredito que existe um objetivo e um propósito"* (FISIO 1). Essa leitura mais crítica não invalida as percepções positivas dos demais participantes; antes, reflete a posição que cada um ocupa no fluxo de atendimento FISIO 1 possui a trajetória mais longa na Comissão (Quadro 1), o que lhe oferece parâmetro histórico de comparação, enquanto a Fisioterapia, segundo a própria participante, tem acesso mais limitado aos pacientes paliativos do que a Enfermagem.

A percepção de FISIO 1 sobre a comunicação da equipe e o momento de entrada dos pacientes na Comissão é desenvolvida em outro trecho de seu relato:

> *Temos um grupo de WhatsApp e reuniões mensais. Porém, acredito que ainda falta uma conversa mais efetiva antes e depois dos atendimentos. Atualmente, estamos em uma fase em que só estão entrando pacientes em cuidados paliativos avançados, pacientes em terminalidade. É um momento em que, muitas vezes, a equipe não consegue atuar de forma completa. Se tivéssemos pacientes em fases iniciais dos cuidados paliativos, desde o recebimento do diagnóstico de uma doença incurável, para orientar esse paciente, acredito que seria o ideal, inclusive em relação à família. Sinto falta de uma união maior da equipe. [...] Eu acho que naquela época funcionava melhor. Infelizmente, agora ainda não conseguimos fazer a equipe engrenar completamente* (FISIO 1).

Esse relato contrasta com a avaliação predominantemente positiva dos demais participantes ao apontar que a comunicação existe, por meio do grupo de mensagens e das reuniões mensais, mas ainda carece de espaços de conversa antes e depois

dos atendimentos. Além disso, relaciona o funcionamento da equipe ao perfil dos pacientes que chegam à Comissão: quando o acompanhamento começa apenas na terminalidade, a equipe tem menos condições de atuar de forma completa, ao passo que o acompanhamento desde o diagnóstico, mencionado por FISIO 1, permitiria orientar o paciente e a família desde o início, em consonância com a compreensão de que os cuidados paliativos podem ser oferecidos desde o diagnóstico (Matsumoto, 2012).

A discussão sobre a composição da equipe aparece, ainda, em relatos sobre possíveis ampliações: ENF 2 sente falta do Assistente Social, *"assim como de outras categorias importantes para os cuidados paliativos"* (ENF 2); NUT 1 vislumbra uma equipe ampliada com outros profissionais, como educadores físicos; e FISIO 1 observa que não daria conta de acompanhar todos os pacientes que poderiam se beneficiar da fisioterapia.

Em síntese, o trabalho multiprofissional é percebido como espaço de diálogo e de objetivo comum, sustentado por reuniões e discussões de casos, mas ainda marcado por limites de disponibilidade, por uma consolidação em curso e por uma composição que os próprios integrantes reconhecem incompleta. Nesse cenário em que a equipe reconhece a integralidade do cuidado, inclusive em suas dimensões sociais e familiares, mas enfrenta dificuldades para efetivá-la, ganham relevo as demandas sociais apresentadas a seguir e, na sequência, os relatos sobre a ausência do Serviço Social, que correspondem ao segundo eixo do roteiro.

3.3 DIMENSÃO SOCIAL, FAMILIAR E PROCESSO DE ADOECIMENTO

Esta seção corresponde ao segundo eixo do roteiro de entrevista e dá início à categoria temática que constitui o núcleo desta pesquisa: a percepção dos profissionais sobre a ausência do Serviço Social na Comissão. Antes de tratar diretamente dessa ausência (seção 3.4) e das contribuições que os participantes atribuem à profissão (seção 3.5), é necessário apresentar as demandas sociais e familiares que os próprios profissionais identificam no cotidiano do cuidado oncológico, pois são elas que dão concretude a essa discussão.

O Quadro 2 sintetiza as demandas mencionadas por cada participante. Elas configuram expressões da questão social que se manifestam no campo da saúde e constituem objeto de intervenção do Serviço Social (Iamamoto, 2015; Frossard; Schaeffer; Simões, 2020), confirmando, no campo empírico, que o adoecimento oncológico produz repercussões que ultrapassam a dimensão clínica.

Quadro 2 – Demandas sociais mencionadas pelos participantes

Demanda	ENF 1	FARM 1	FARM 2	ENF 2	NUT 1	FISIO 1
Desconhecimento de direitos e de como acessá-los		●			●	●
Acesso a serviços e encaminhamentos além da equipe	●	●				
Acesso a medicamentos, suplementos e dietas		●			●	●
Transporte e deslocamento até o serviço		●	●		●	
Custos do tratamento e dificuldades financeiras		●	●		●	●
Repercussões no trabalho e na renda					●	●
Baixa escolaridade e dificuldade de compreensão		●				
Fragilidades no apoio familiar	●	●	●	●	●	●

Fonte: Banco de dados das entrevistas realizadas com os profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON.

Organização: Rodrigues, 2026.

Nota: ● indica que o participante mencionou a demanda em sua entrevista.

O desconhecimento de direitos e as dificuldades de acesso a medicamentos, suplementos e dietas estão entre as demandas mais recorrentes. NUT 1 relata que precisa orientar pacientes *“sobre obtenção de fórmulas nutricionais ou medicamentos que poderiam ser fornecidos pelo Sistema Único de Saúde”*, orientação que *“poderia ser realizada de forma muito mais adequada por um Assistente Social”* (NUT 1), já que *“muitos pacientes desconhecem seus próprios direitos”* (NUT 1). FISIO 1 confirma que os pacientes *“sabem pouco”* e cita, como exemplos, o suplemento gratuito para pacientes oncológicos no SUS e questões relacionadas ao imposto de renda: *“tem muitas coisas que os pacientes não sabem”* (FISIO 1). O desconhecimento desses direitos limita sua efetivação, o que é relevante diante da saúde como direito assegurado pela Constituição Federal (Brasil, 1988) e pela Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), e remete à ideia de consciência sanitária ações operativas na concretização do direito (Mioto; Nogueira, 2009 apud Silva; Braga, 2021).

O relato de NUT 1 sobre o desconhecimento de direitos, que atinge pacientes com e sem plano de saúde, é desenvolvido nos seguintes termos:

> *Embora o Complexo ISPON atenda predominantemente pacientes particulares e de convênios, isso não significa que esses usuários não apresentem necessidades sociais. Muito pelo contrário. Diversos pacientes necessitam de orientações relacionadas ao acesso a medicamentos, fórmulas nutricionais, benefícios e demais recursos disponíveis na rede pública. Em muitas situações, eu preciso orientar pacientes sobre obtenção de fórmulas nutricionais ou medicamentos que poderiam ser fornecidos pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, percebo que essa orientação poderia ser realizada de forma muito mais adequada por um Assistente Social. Além disso, muitos pacientes desconhecem seus próprios direitos. Mesmo aqueles que possuem plano de saúde frequentemente não sabem que determinados*

> *medicamentos ou procedimentos podem ser solicitados junto à operadora. Na minha percepção, o Assistente Social contribuiria significativamente para orientar esses pacientes, reduzindo inseguranças e facilitando o acesso aos seus direitos* (NUT 1).

O relato afasta a ideia de que o acesso a direitos seria questão restrita aos usuários do SUS: pacientes de convênio também desconhecem possibilidades de acesso a medicamentos e procedimentos junto à operadora e à rede pública. A observação de NUT 1 de que orientar sobre esses recursos *"poderia ser realizada de forma muito mais adequada por um Assistente Social"* sugere que o profissional reconhece o limite de sua própria atuação, o que se relaciona à distinção entre atribuições privativas e competências compartilhadas discutida no Capítulo 2 e retomada na seção 3.4.

As dificuldades de transporte aparecem nos relatos de FARM 1, FARM 2 e NUT 1: a instituição atende pacientes de diferentes municípios, inclusive rurais, e NUT 1 já acompanhou pacientes que *"deixaram de comparecer às consultas simplesmente porque não possuíam transporte"* (NUT 1) dado que dialoga com a caracterização do Capítulo 2, segundo a qual a instituição recebe pacientes de 93 municípios paranaenses (Complexo ISPON, 2026).

As repercussões financeiras e laborais são descritas com destaque. FISIO 1 afirma que *"o tratamento oncológico é caro"*, envolvendo suplementos e, por vezes, a perda de parte da renda (FISIO 1); NUT 1 relata pacientes que *"venderam bens, mudaram de residência para reduzir despesas ou enfrentaram dificuldades financeiras importantes para manter o tratamento"* (NUT 1); FARM 1 conta ter acompanhado pacientes que *"chegavam para realizar quimioterapia sem terem conseguido se alimentar por falta de recursos financeiros"* (FARM 1). Esses relatos materializam o conceito de dor social discutido no Capítulo 2 o sofrimento decorrente das rupturas que o adoecimento provoca nos vínculos familiares, comunitários e laborais (Santos; Macedo; Cabral, 2025).

A dimensão familiar é a única demanda mencionada pelos seis participantes (Quadro 2). NUT 1 relata que muitos pacientes *"relatam medo de deixar filhos desamparados, preocupação com a organização financeira da família e até mesmo dúvidas sobre questões patrimoniais"* (NUT 1); FISIO 1 cita o caso de filhos de um paciente que apresentavam problemas escolares em razão do estresse com a doença do pai.

O relato de NUT 1 detalha as preocupações sociais e familiares que os

pacientes levam ao atendimento:

> *Sim. Isso acontece com frequência. Muitos pacientes demonstram preocupação com o futuro de seus familiares. Alguns relatam medo de deixar filhos desamparados, preocupação com a organização financeira da família e até mesmo dúvidas sobre questões patrimoniais. Já acompanhei pacientes que organizaram seus bens pensando em garantir segurança aos filhos após sua morte. Também existem relatos relacionados aos custos do tratamento. Alguns pacientes venderam bens, mudaram de residência para reduzir despesas ou enfrentaram dificuldades financeiras importantes para manter o tratamento. Outro aspecto bastante presente refere-se ao trabalho. Alguns pacientes acabam perdendo o emprego durante o tratamento e passam a enfrentar ainda mais dificuldades econômicas. Essas situações geram sofrimento emocional, aumentam o estresse e repercutem diretamente na qualidade de vida do paciente e de sua família. Por isso considero que o acompanhamento do Assistente Social seria extremamente importante para orientar essas pessoas e auxiliá-las no acesso aos direitos sociais disponíveis* (NUT 1).

O relato reúne, em um mesmo conjunto, preocupações de natureza familiar (o futuro dos filhos), patrimonial (a organização dos bens), financeira (custos do tratamento, venda de bens, mudança de residência) e laboral (perda do emprego), todas associadas pelo profissional ao aumento do estresse e do sofrimento emocional. Essa articulação confirma, no campo empírico, a noção de dor social discutida no Capítulo 2, entendida como o sofrimento decorrente das rupturas nos vínculos familiares, comunitários e laborais (Santos; Macedo; Cabral, 2025).

Um caso relatado por FISIO 1 ilustra, com particular clareza, como as condições de moradia e a insuficiência de renda atravessam o tratamento. Trata-se de um paciente de 28 anos, com câncer de intestino, atendido pela equipe por volta de 2017: tinha convênio pelo emprego, mas *"uma condição financeira muito complicada"*, filho pequeno, e a esposa complementava a renda vendendo pão em casa; fazia todo o tratamento pelo convênio, mas *"precisava de suplemento e não tinha dinheiro para comprar"* (FISIO 1). FISIO 1 havia orientado o paciente a subir e descer com cuidado a escada de casa e só compreendeu, em visita domiciliar, que a escada era *"totalmente irregular"*, em uma moradia *"muito humilde"*, e que o paciente, já com metástase óssea e muita dor, não poderia usá-la sozinho: *"eu me senti muito mal por ter orientado uma coisa para o paciente sem conhecer a realidade dele"* (FISIO 1). O caso mostra como um plano de saúde vinculado ao emprego não protegeu o paciente das dificuldades materiais relacionadas à moradia, à alimentação e à aquisição de insumos e será retomado na seção seguinte.

O relato integral de FISIO 1, em resposta à pergunta sobre sentir a ausência do

Assistente Social, permite acompanhar o caso em seus próprios termos:

> *Eu acredito que sim. Apesar de termos pacientes de convênio, existem pacientes muito carentes e nós não imaginamos toda a dificuldade que eles enfrentam. Vou dar um exemplo. Na nossa equipe de cuidados paliativos, acredito que isso tenha acontecido em 2017, havia um rapaz que tinha convênio, mas era por causa da empresa em que trabalhava e ele tinha uma condição financeira muito complicada. Ele tinha filho pequeno e a esposa também fazia pão para vender em casa. Ele passava pela clínica e pela equipe de cuidados paliativos, fazia todo o tratamento pelo convênio, mas precisava de suplemento e não tinha dinheiro para comprar. Ele tinha 28 anos e câncer de intestino. Chegou a um ponto em que fomos fazer uma visita na casa dele. Eu sempre orientava que ele fizesse exercícios e se movimentasse. Ele falou que tinha uma escada e eu disse: 'Você pode subir e descer a escada com cuidado.' Depois ele ficou muito mal e não conseguia mais sair de casa. Quando fomos fazer a visita, percebi que ele tinha metástase óssea e muita dor. Ele nem poderia andar sozinho naquela escada, porque ela era totalmente irregular. Eu me senti muito mal por ter orientado uma coisa para o paciente sem conhecer a realidade dele. Hoje, quando preciso orientar um paciente, às vezes peço até que ele tire uma foto da escada que tem em casa, para eu conseguir entender a realidade. Eu imaginava uma escada convencional, com corrimão, em que ele pudesse se apoiar. Mas a realidade dele era bem mais complexa. A casa era muito humilde. Na verdade, era um barranco com alguns degraus perdidos no meio. Então, acho que isso é algo que faz muita falta: o profissional Assistente Social consegue conhecer e compreender a realidade desses pacientes* (FISIO 1).

No relato, a profissional não apenas descreve a situação do paciente, mas reconhece o limite de uma orientação formulada sem conhecimento de sua realidade (*"eu imaginava uma escada convencional, com corrimão"*) e relaciona essa lacuna à falta do Assistente Social. A mudança de prática relatada, que consiste em pedir a fotografia da escada, mostra que a equipe busca alternativas para conhecer o contexto domiciliar, o que dialoga com a construção do perfil social do paciente e da família por meio da entrevista e da visita domiciliar (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020; Almeida, 2010).

Um achado que atravessa as entrevistas é a crítica à ideia de que pacientes de convênio ou particulares não teriam demandas sociais presente nos relatos de FARM 1, FARM 2, ENF 2, NUT 1 e FISIO 1 e, de forma mais geral, em ENF 1, para quem, *"independentemente da condição financeira"*, a pessoa necessita de acolhimento, orientação e apoio (ENF 1). FARM 1 explica:

> *Muitas vezes existe a percepção de que pacientes atendidos por convênios ou de forma particular não apresentam demandas sociais. Entretanto, essa realidade não corresponde ao que vivenciamos na prática: grande parte dos nossos pacientes possui plano de saúde vinculado ao trabalho em indústrias e apresenta baixa escolaridade, dificuldades financeiras e limitações para*

> *compreender as orientações relacionadas ao tratamento* (FARM 1).

Segundo FISIO 1, essa ideia talvez remonte à trajetória da instituição: em contato anterior com o Complexo havia uma Assistente Social que fazia o encaminhamento de pacientes, em um período com *"muitos atendimentos pelo SUS"*; após a retirada do SUS para quimioterapia, essa profissional *"acabou não continuando na instituição"* (FISIO 1). A associação entre Serviço Social e atendimento pelo SUS dialoga com a discussão do Capítulo 2 sobre a legitimação histórica da profissão na saúde, ligada às lacunas do sistema público (Costa, 2000 apud Matos, 2017 apud Rosa, 2022). Os relatos, contudo, indicam o contrário: as necessidades sociais persistem independentemente da forma de financiamento do cuidado.

FARM 2, que não teve contato anterior com a profissão, apresenta argumento semelhante ao discutir as demandas de pacientes de convênio e particulares:

> *Considero que o Serviço Social teria um papel importante no acompanhamento do paciente e de sua família, independentemente de ele ser atendido por convênio, de forma particular ou pelo Sistema Único de Saúde. Muitas vezes existe a percepção de que pacientes particulares ou conveniados não apresentam demandas sociais. No entanto, essa realidade nem sempre corresponde ao que observamos. Mesmo quando há familiares com melhores condições financeiras, nem sempre o paciente recebe o suporte necessário em seu ambiente familiar. Além disso, pacientes conveniados também podem enfrentar dificuldades econômicas, relacionadas à alimentação, transporte e continuidade do tratamento. Durante minha atuação, já observei pacientes que chegavam desacompanhados, sem apoio familiar ou apresentando necessidades básicas que não eram percebidas pela equipe durante o atendimento na instituição. Como não realizamos acompanhamento domiciliar, muitas dessas situações permanecem desconhecidas pelos profissionais de saúde. Acredito que o Assistente Social contribuiria justamente para ampliar esse olhar sobre a realidade vivenciada pelo paciente, permitindo uma assistência mais integral e articulada com sua rede de apoio familiar e social* (FARM 2).

O relato de FARM 2 reforça que a presença de familiares com melhores condições financeiras não garante apoio ao paciente e que dificuldades econômicas, relacionadas à alimentação, ao transporte e à continuidade do tratamento, também atingem usuários de convênio. Ao afirmar que, sem acompanhamento domiciliar, muitas situações *"permanecem desconhecidas"* pelos profissionais, FARM 2 antecipa o limite discutido na seção 3.4: o desconhecimento, pela equipe, da realidade vivida pelo paciente fora da instituição.

Em síntese, a análise das entrevistas mostra que o adoecimento oncológico produz demandas sociais e familiares diversas moradia, renda, trabalho, transporte,

acesso a medicamentos e a direitos, dinâmica familiar e alimentação que independem da modalidade de atendimento do paciente. A seção seguinte discute como a equipe, na ausência de um Assistente Social, percebe e enfrenta essas demandas em seu cotidiano de trabalho.

3.4 A AUSÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE E SUAS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO

Esta seção corresponde à categoria central desta pesquisa e ao objetivo de identificar as possíveis contribuições do Serviço Social para o cuidado integral. A partir dos relatos dos participantes, analisa-se como a ausência do Assistente Social é percebida pela própria equipe e quais demandas, entre as apresentadas na seção 3.3, acabam sendo absorvidas por outros profissionais.

Como observado no Capítulo 2, o Regimento Interno da EMCP não lista o Assistente Social entre as categorias que a compõem, embora adote a concepção de Total Pain, que reconhece a dimensão social do sofrimento (Complexo ISPON, 2016). Cabe reiterar que se trata da leitura de profissionais de outras áreas, e não de Assistentes Sociais: os relatos expressam o que a equipe observa e projeta como contribuição da profissão, e não uma avaliação da atuação do Serviço Social na instituição.

Ao serem questionados se essa ausência interfere no trabalho da equipe, os seis participantes reconhecem a relevância da profissão, ainda que com ênfases distintas. ENF 1 responde que a ausência interfere *“significativamente”* e *“faz muita falta”* (ENF 1); ENF 2 acredita que *“faria grande diferença contar com um Assistente Social na equipe”* (ENF 2); FISIO 1 avalia que *“faz falta o profissional Assistente Social aqui no nosso serviço e, principalmente, na equipe de cuidados paliativos”* (FISIO 1); NUT 1 entende que a ausência *“interfere diretamente na qualidade da assistência prestada”* (NUT 1). FARM 2 também responde de forma afirmativa, embora nunca tenha tido contato direto com a profissão o que sugere que a percepção da lacuna não depende apenas de experiência anterior com a categoria, mas do que a equipe observa em seu cotidiano.

FARM 1 apresenta posição mais matizada: *“não considero que a ausência do Serviço Social impeça o funcionamento da equipe, porque buscamos alternativas para atender às demandas dos pacientes”*, mas reconhece que *“sua presença agregaria muito à assistência”* (FARM 1). Segundo FARM 1, muitas situações *“acabam sendo absorvidas por outros profissionais, o que exige mais tempo e dificulta que cada*

membro da equipe se dedique exclusivamente às atribuições da sua área" (FARM 1), relato que desloca a discussão da ideia de que a equipe não funcionaria sem o Serviço Social para a de que ela funciona a partir de arranjos que redistribuem demandas entre categorias, com custos para o tempo e para a especificidade do trabalho de cada uma.

O relato de FARM 1 é o que melhor expressa essa posição matizada:

> *Não considero que a ausência do Serviço Social impeça o funcionamento da equipe, porque buscamos alternativas para atender às demandas dos pacientes. No entanto, acredito que sua presença agregaria muito à assistência. Hoje conseguimos contornar diversas situações, mas muitas delas acabam sendo absorvidas por outros profissionais, o que exige mais tempo e dificulta que cada membro da equipe se dedique exclusivamente às atribuições da sua área. A presença do Assistente Social contribuiria para otimizar os processos, agilizar encaminhamentos e ampliar o número de pacientes atendidos pela equipe. Portanto, embora o trabalho aconteça na ausência desse profissional, entendo que sua inserção qualificaria significativamente a assistência prestada* (FARM 1).

O relato afasta tanto a tese de que a equipe não funcionaria sem o Serviço Social quanto a de que a ausência seria irrelevante: o trabalho acontece, mas por meio de arranjos que redistribuem demandas, com custos para o tempo e para a especificidade de cada categoria. Ao mencionar a otimização de processos, a agilização de encaminhamentos e a ampliação do número de pacientes atendidos, FARM 1 projeta a inserção do Assistente Social como ganho para a organização do trabalho da equipe, e não apenas para o paciente.

A Enfermagem é a categoria que mais explicitamente descreve esse deslocamento de demandas. ENF 1 relata:

> *Sim. Em outras instituições onde trabalhei existia o Serviço Social e pude acompanhar sua atuação. Na instituição em que atuo atualmente não contamos com esse profissional, e considero que essa ausência faz muita falta. O Assistente Social possui um papel importante não apenas nos cuidados paliativos, mas em toda a assistência ao paciente. Muitas vezes, independentemente da condição financeira, a pessoa necessita de acolhimento, orientação e apoio para enfrentar as dificuldades decorrentes do tratamento. Também existem situações em que o paciente necessita de encaminhamentos ou de acesso a serviços que extrapolam as atribuições da equipe de enfermagem. [...] Na ausência do Assistente Social, parte desse acolhimento acaba sendo assumida pela equipe de enfermagem. Entretanto, devido à elevada demanda assistencial, nem sempre conseguimos atender todas essas necessidades da forma como gostaríamos. As enfermeiras frequentemente relatam que muitos pacientes apresentam demandas sociais, familiares e emocionais que exigiriam um acompanhamento mais específico. Contudo, nossa prioridade acaba sendo a assistência direta, como consultas de enfermagem, administração de medicamentos e resolução das intercorrências do tratamento. Falta o olhar crítico do Serviço Social para com os pacientes e familiares* (ENF 1).

Como visto na seção 3.2.2, a Enfermagem ocupa posição central na identificação dos pacientes e no acolhimento inicial. A ausência do Assistente Social faz com que essa proximidade se converta também em responsabilidade por demandas que excedem sua função. ENF 1 relata que *“parte desse acolhimento acaba sendo assumida pela equipe de enfermagem”*, que percebe *“demandas sociais, familiares e emocionais que exigiriam um acompanhamento mais específico”*, mas, devido à elevada demanda assistencial, *“nem sempre conseguimos atender todas essas necessidades da forma como gostaríamos”* (ENF 1). ENF 2 confirma que o acolhimento inicial inclui *“orientações que, muitas vezes, ultrapassam as atribuições específicas da profissão”* (ENF 2). Esse deslocamento remete à distinção, discutida no Capítulo 2, entre atribuições privativas e competências compartilhadas (Raichelis, 2020 apud Frossard; Schaeffer; Simões, 2020): acolher e orientar podem ser competências partilhadas, mas a construção do perfil social do paciente e da família, o acesso a direitos e a articulação com a rede de serviços compõem um conjunto de ações que a literatura atribui especificamente ao Assistente Social (Cfess, 2010; Frossard; Schaeffer; Simões, 2020). É nessa direção que ENF 1 aponta que *“falta o olhar crítico do Serviço Social para com os pacientes e familiares”* (ENF 1).

O relato de ENF 2 converge com essa percepção:

> *Sim. Acredito que faria grande diferença contar com um Assistente Social na equipe. Atualmente o acolhimento inicial do paciente é realizado pela enfermagem, incluindo orientações que, muitas vezes, ultrapassam as atribuições específicas da profissão. Sempre buscamos oferecer todas as informações necessárias ao paciente, pois não podemos deixá-lo sem orientação. Entretanto, compreendo que parte dessas demandas poderia ser acompanhada de forma mais adequada pelo Serviço Social. Também observo que muitos pacientes atendidos na instituição, embora possuam convênio ou atendimento particular, apresentam necessidades sociais importantes e poderiam se beneficiar desse acompanhamento* (ENF 2).

Os relatos de ENF 1 e ENF 2 coincidem em um ponto central: o acolhimento inicial e as orientações sociais passam a ser assumidos pela Enfermagem não por definição de suas atribuições, mas pela ausência de outro profissional que o faça. ENF 2 explicita que *“não podemos deixá-lo sem orientação”*, o que revela compromisso com o paciente e, ao mesmo tempo, sobrecarrega a categoria com demandas que, em sua própria avaliação, poderiam ser acompanhadas de forma mais adequada pelo Serviço Social.

A orientação sobre direitos sociais é outro efeito atribuído à ausência do Assistente Social. Além do suplemento gratuito, das fórmulas nutricionais e das

questões relacionadas ao imposto de renda já mencionados, somam-se outros direitos assegurados a pessoas com neoplasia maligna que integram o conjunto de garantias frequentemente mobilizado pelo Serviço Social na saúde: a isenção do imposto de renda sobre proventos de aposentadoria ou pensão (Lei nº 7.713/1988), o saque do FGTS pelo titular ou dependente com neoplasia maligna (Lei nº 8.036/1990), a isenção de carência para benefícios por incapacidade (Lei nº 8.213/1991, regulamentada pela Portaria Interministerial MTP/MS nº 22/2022) e a cobertura, pelos planos de saúde, de tratamentos antineoplásicos de uso oral (Lei nº 12.880/2013).

Outro efeito recorrente é o desconhecimento, pela equipe, da realidade social vivida pelos pacientes fora da instituição. NUT 1 descreve esse limite com clareza:

> *[...] quando recebo um paciente apenas com o prontuário clínico, tenho acesso aos exames, ao diagnóstico e ao histórico da doença, mas desconheço completamente sua realidade de vida. Não sei onde mora, com quem vive, quais são suas condições financeiras ou quais dificuldades enfrenta diariamente* (NUT 1).

O caso do paciente de 28 anos relatado por FISIO 1 (seção 3.3) é exemplar desse limite e resultou em mudança de prática: hoje, ao orientar pacientes, FISIO 1 chega a pedir fotografias do ambiente doméstico. FISIO 1 conclui que *“o profissional Assistente Social consegue conhecer e compreender a realidade desses pacientes”* (FISIO 1) compreensão que dialoga com a construção do perfil social do paciente e da família por meio da entrevista e da visita domiciliar (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020; Almeida, 2010). O Regimento da EMCP prevê, entre os instrumentos de acompanhamento, indicadores como suporte familiar e acompanhamento domiciliar (Complexo ISPON, 2016), mas as entrevistas não permitem apreender em que medida essas informações são de fato produzidas e compartilhadas: questionada sobre registros a respeito da vida social do paciente no prontuário, FISIO 1 responde: *“eu desconheço, não sei dizer se existe isso no prontuário”* (FISIO 1).

FARM 2 expressa percepção semelhante ao descrever o alcance da atuação da equipe e o que o Assistente Social poderia acompanhar fora da instituição:

> *Entendo que o Assistente Social poderia realizar um acompanhamento mais próximo do paciente fora da instituição, acompanhando aspectos relacionados ao ambiente familiar, às condições sociais e às necessidades apresentadas após o término dos atendimentos. Nossa atuação acontece principalmente durante as consultas e o tratamento realizado no Complexo ISPON. Entretanto, conhecemos apenas uma pequena parte da realidade vivenciada pelo paciente em seu cotidiano* (FARM 2).

O relato delimita o espaço de atuação da equipe, as consultas e o tratamento no Complexo ISPON, e reconhece que, nele, se conhece apenas *“uma pequena parte da realidade vivenciada pelo paciente”*. A convergência entre FARM 2, NUT 1 e FISIO 1 sugere que o desconhecimento da realidade social do paciente não é percepção isolada, mas limite compartilhado por profissionais de diferentes categorias.

O intervalo entre os atendimentos também aparece como período sem acompanhamento. ENF 2 percebe que, após os encontros da Comissão, *“existe um intervalo relativamente longo até o próximo atendimento”*, no qual *“muitas dúvidas, dificuldades e necessidades podem surgir sem que a equipe tenha conhecimento”* (ENF 2). A Resolução nº 41/2018 prevê que os cuidados paliativos estejam articulados aos diferentes pontos da rede, incluindo a atenção domiciliar (Brasil, 2018), o que ajuda a situar essa lacuna como um limite do modelo de atendimento ambulatorial em encontros pontuais.

Em conjunto, os relatos indicam que a ausência do Serviço Social não paralisa o trabalho da Comissão, mas produz três deslocamentos: as demandas sociais são absorvidas por outras categorias, sobretudo pela Enfermagem; a realidade social do paciente permanece parcialmente desconhecida da equipe; e os intervalos entre os atendimentos ficam sem acompanhamento. Esses efeitos incidem justamente sobre o cuidado integral que os participantes afirmam defender, o que permite compreender a ausência do Serviço Social como uma limitação à própria efetivação desse princípio.

3.5 O SERVIÇO SOCIAL COMO POSSIBILIDADE DE FORTALECIMENTO DA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Esta seção discute, a partir das percepções dos entrevistados, as possibilidades de inserção do Serviço Social na equipe multiprofissional. A análise não se limita a verificar se a profissão é considerada importante o que já foi demonstrado nas seções anteriores, mas busca compreender qual espaço o Assistente Social poderia ocupar e quais contribuições específicas poderia oferecer, relacionando essas possibilidades às competências discutidas no Capítulo 2.

Ao descrever o que esperam do Serviço Social, os participantes atribuem-lhe sobretudo as funções de conhecer a realidade social do paciente e da família, orientar sobre direitos e articular o cuidado (Quadro 3). FARM 1 entende que o Assistente Social atuaria como *“um importante articulador entre o paciente, sua família e os demais profissionais da equipe”* (FARM 1). NUT 1 concorda e faz uma ressalva importante: *“muitas vezes não é o próprio Assistente Social quem resolve diretamente*

todas essas questões, mas ele conhece os caminhos, orienta os pacientes e articula a rede de atendimento" (NUT 1).

Quadro 3 – Contribuições atribuídas ao Serviço Social pelos participantes

Contribuição	ENF 1	FARM 1	FARM 2	ENF 2	NUT 1	FISIO 1
Conhecer e compreender a realidade social do paciente e da família		●	●		●	●
Orientar sobre direitos, benefícios e acesso a recursos e serviços		●			●	
Articular paciente, família, equipe e rede de apoio e de serviços		●	●	●	●	
Acompanhar paciente e família de forma contínua			●	●		
Ampliar a integralidade do cuidado ao paciente e à família	●	●	●	●	●	
Reduzir a sobrecarga e a absorção de demandas por outras categorias	●	●		●		
Articular a instituição com universidades e projetos de extensão					●	

Fonte: Banco de dados das entrevistas realizadas com os profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON.

Organização: Rodrigues, 2026.

Nota: ● indica que o participante atribuiu a contribuição ao Serviço Social em sua entrevista.

Essa compreensão coincide com o que a literatura discutida no Capítulo 2 atribui ao Assistente Social nos cuidados paliativos: a construção do perfil social do paciente e da família, a avaliação socioeconômica, a facilitação do acesso à rede de seguridade social e a articulação com a rede de serviços (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020), além da mediação entre equipe, paciente e família (Rosa, 2022). A ressalva de NUT 1 aproxima-se da concepção de um profissional propositivo, e não apenas executivo (Iamamoto, 2015 apud Rosa, 2022).

O relato de FARM 1 é o mais detalhado quanto às funções esperadas do Assistente Social e à persistência das necessidades sociais entre pacientes de convênio:

> *Compreendo que o Assistente Social atuaria como um importante articulador entre o paciente, sua família e os demais profissionais da equipe, auxiliando na identificação das necessidades sociais, econômicas e familiares que interferem diretamente no tratamento. Também teria um papel fundamental na orientação sobre direitos sociais, acesso aos serviços públicos, benefícios, transporte, aquisição de medicamentos e encaminhamentos necessários para garantir a continuidade do cuidado. [...] Essas experiências demonstram que as necessidades sociais estão presentes independentemente da modalidade de atendimento e reforçam a importância da atuação do Serviço Social na equipe* (FARM 1).

ENF 1, por sua vez, associa a inserção do Assistente Social à ampliação do cuidado oferecido ao paciente e à família:

> *Sim, interfere significativamente. A presença do Assistente Social permitiria que o paciente fosse acompanhado de maneira mais ampla, considerando não apenas o tratamento da doença, mas também suas necessidades sociais, familiares e emocionais. Atualmente, muitas dessas demandas acabam não sendo atendidas de forma adequada, justamente porque os demais profissionais possuem atribuições específicas e uma rotina bastante intensa. Acredito que, se houvesse um Assistente Social na instituição, conseguiríamos oferecer um cuidado muito mais completo, tanto ao paciente quanto aos seus familiares. Na oncologia, os pacientes costumam apresentar maior vulnerabilidade emocional em razão do diagnóstico e do tratamento. Por isso, surgem diversas necessidades que vão além do cuidado clínico, tornando o trabalho do Serviço Social extremamente importante. Na minha percepção, trata-se de uma atuação complexa e indispensável, cuja necessidade tende a crescer cada vez mais* (ENF 1).

Os dois relatos atribuem ao Serviço Social uma contribuição que se estende do paciente à equipe: para FARM 1, articular paciente, família e demais profissionais e orientar sobre direitos e acesso a serviços, de modo a garantir a continuidade do cuidado; para ENF 1, permitir um acompanhamento mais amplo, que considere as necessidades sociais, familiares e emocionais além do tratamento da doença. Em ambos, a presença da profissão é vinculada à integralidade do cuidado, e não à substituição de outras categorias.

A experiência anterior de FARM 1, durante a residência multiprofissional, ilustra essa mediação: o caso de um paciente com deficiência visual, em uso contínuo de anticoagulante, cuja familiar responsável tinha dificuldade de compreender as orientações da equipe. Nessa situação, o Assistente Social *"auxiliou no contato com outros familiares, articulou alternativas para o cuidado e, inclusive, orientou quanto à possibilidade de adoção de medidas judiciais para assegurar o suporte necessário ao paciente"*, o que levou FARM 1 a concluir que *"sem a atuação do Serviço Social, dificilmente conseguiríamos garantir a continuidade adequada do tratamento"* (FARM 1) intervenção que dificilmente seria assumida por outra categoria da equipe.

O caso vivenciado por FARM 1 durante a residência multiprofissional é descrito, em seus próprios termos, da seguinte forma:

> *Sim. Durante minha residência multiprofissional em outra instituição tive contato direto com a atuação do Serviço Social e pude compreender sua importância dentro da equipe multiprofissional. Lembro de um caso que marcou minha trajetória profissional. Tratava-se de um paciente com deficiência visual que fazia uso contínuo de um medicamento anticoagulante. A familiar responsável por acompanhá-lo apresentava um transtorno psiquiátrico, o que dificultava significativamente a compreensão das orientações fornecidas pela equipe. Mesmo utilizando diferentes estratégias para facilitar o tratamento, como separar os medicamentos por cores e adaptar a forma de orientação, percebemos que essas medidas não eram*

> *suficientes para garantir a adesão ao tratamento. Nesse momento, a participação do Serviço Social foi essencial. O Assistente Social auxiliou no contato com outros familiares, articulou alternativas para o cuidado e, inclusive, orientou quanto à possibilidade de adoção de medidas judiciais para assegurar o suporte necessário ao paciente. Essa experiência demonstrou que, sem a atuação do Serviço Social, dificilmente conseguiríamos garantir a continuidade adequada do tratamento. Além desse caso, percebo que muitos pacientes apresentam dificuldades relacionadas ao acesso aos medicamentos, ao transporte e aos serviços públicos de saúde. Frequentemente eles não sabem como acessar esses direitos e necessitam de orientação especializada, atribuição que poderia ser desempenhada pelo Assistente Social* (FARM 1).

No relato, a intervenção do Serviço Social aparece em três movimentos: o contato com outros familiares, a articulação de alternativas de cuidado e a orientação sobre medidas judiciais para assegurar o suporte ao paciente. Esses movimentos evidenciam a dimensão de mediação e de garantia de direitos que a literatura atribui ao Assistente Social (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020; Rosa, 2022) e que, na avaliação da participante, condicionou a continuidade do tratamento. Ao final, FARM 1 generaliza o caso para as dificuldades de acesso a medicamentos, transporte e serviços públicos de saúde, que os pacientes frequentemente não sabem como acessar.

Embora nenhum participante atribua explicitamente ao Serviço Social a comunicação de notícias difíceis, o caso da paciente que descobriu sozinha, por um laudo, que estava em cuidados paliativos (seção 3.2.1) dialoga com a literatura discutida no Capítulo 2, segundo a qual a presença do Assistente Social pode contribuir para qualificar essa comunicação (Gomes; Othero, 2016 apud Silva; Braga, 2021) e mediar a relação entre equipe e família (Rosa, 2022) possibilidade que emerge da articulação entre os dados e o referencial, e não dos relatos dos participantes.

A atenção à família e a continuidade do cuidado são outras contribuições esperadas. ENF 2 considera que o Serviço Social teria *“um papel fundamental tanto no acompanhamento do paciente quanto de sua família”* (ENF 2) e imagina um acompanhamento mais próximo no intervalo entre os encontros da Comissão, de modo que o paciente *“não se sentisse acolhido apenas no dia da consulta, mas durante todo o percurso do tratamento”* (ENF 2) expectativa que se estende a momentos como o óbito e o luto (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020; Santos; Macedo; Cabral, 2025).

O relato de ENF 2 sobre o papel do Serviço Social no acompanhamento da

família e na continuidade do cuidado é o seguinte:

> *Considero que o Serviço Social possui um papel fundamental tanto no acompanhamento do paciente quanto de sua família. Frequentemente concentramos nossa atenção no paciente, mas existe toda uma família vivenciando o processo de adoecimento e que também necessita de acolhimento, orientação e suporte. Percebo que, após os encontros da Comissão, existe um intervalo relativamente longo até o próximo atendimento. Nesse período, muitas dúvidas, dificuldades e necessidades podem surgir sem que a equipe tenha conhecimento. Acredito que o Assistente Social poderia realizar um acompanhamento mais próximo durante esse intervalo, fortalecendo o vínculo com o paciente e seus familiares, oferecendo suporte contínuo e articulando os recursos necessários para garantir uma assistência mais integral. Esse acompanhamento permitiria que o paciente não se sentisse acolhido apenas no dia da consulta, mas durante todo o percurso do tratamento* (ENF 2).

O relato desloca o foco do dia do atendimento para o percurso do tratamento: o vínculo com o paciente e a família, segundo ENF 2, não deveria se restringir ao momento da consulta, e o Assistente Social poderia ocupar o intervalo entre os encontros articulando os recursos necessários. Essa expectativa converge com a ideia de cuidado integral discutida ao longo deste capítulo, em que a atenção à família é parte constitutiva do cuidado paliativo (Hermes; Lamarca, 2013).

Para NUT 1, os cuidados paliativos exigem *“um olhar verdadeiramente interdisciplinar”*, e a inclusão do Assistente Social fortaleceria a orientação sobre direitos, a articulação da rede de apoio e a compreensão das condições sociais dos pacientes (NUT 1) entendimento que dialoga com a construção de projetos terapêuticos que integram as dimensões clínicas, psicológicas, espirituais, sociais e econômicas do adoecimento (Santos; Macedo; Cabral, 2025). NUT 1 vislumbra, ainda, articulações com universidades e projetos de extensão, ampliando o acesso dos pacientes a diferentes formas de acompanhamento. Ao considerar os quatro eixos que o CFESS (2010) delineia para a atuação do Assistente Social na saúde atendimento direto; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional, observa-se que as expectativas dos participantes se concentram sobretudo no atendimento direto, o que reforça a importância de que uma eventual inserção da profissão seja acompanhada da explicitação de suas atribuições e competências.

Em suas considerações finais, NUT 1 sintetiza a contribuição que atribui ao Serviço Social:

> *Acredito que os Cuidados Paliativos exigem um olhar verdadeiramente*

> *interdisciplinar. Cada profissional possui uma contribuição específica, mas todos precisam atuar de forma integrada. Na minha percepção, a inclusão do Assistente Social fortaleceria significativamente o trabalho da equipe, principalmente no que se refere à orientação sobre direitos, articulação da rede de apoio e compreensão das condições sociais dos pacientes e de suas famílias. O cuidado paliativo não deve estar voltado apenas para a doença, mas para toda a realidade vivida pelo paciente* (NUT 1).

O relato situa o Serviço Social no interior da concepção interdisciplinar dos cuidados paliativos: cada profissional contribui com sua especificidade, mas todos atuam de forma integrada. A formulação de que o cuidado paliativo *"não deve estar voltado apenas para a doença, mas para toda a realidade vivida pelo paciente"* retoma, em outros termos, a concepção de integralidade que os participantes afirmam defender e que depende, segundo o próprio NUT 1, de orientação sobre direitos, articulação da rede de apoio e compreensão das condições sociais dos pacientes e de suas famílias.

Cabe ponderar o alcance desses dados: em alguns momentos, as perguntas da entrevista já indicavam o tema em discussão, de modo que parte dos relatos corresponde a confirmações e desenvolvimentos de aspectos propostos, e não a menções espontâneas. Ainda assim, a quantidade de exemplos concretos trazidos pelos participantes indica que as situações descritas fazem parte de sua experiência cotidiana. Além disso, as percepções analisadas são de profissionais de outras áreas e não equivalem a uma avaliação da atuação do Serviço Social na instituição, que não ocorreu.

Feitas essas ressalvas, a convergência entre participantes de diferentes categorias, tempos de atuação e experiências prévias inclusive FARM 2, que não teve contato anterior com a categoria indica que a ausência do Assistente Social é percebida como uma lacuna concreta, que se manifesta na sobrecarga de outros profissionais, no desconhecimento da realidade social dos pacientes e na dificuldade de responder a demandas relacionadas a direitos, recursos e vínculos familiares. Tais achados retomam a discussão do Capítulo 2: a própria origem dos cuidados paliativos está ligada ao Serviço Social, já que Cicely Saunders atuou como Assistente Social antes de se formar médica, e a literatura internacional inclui o Assistente Social na equipe básica, não como substituto de outra categoria (Frossard; Schaeffer; Simões, 2020).

Em síntese, a análise de conteúdo das entrevistas permite responder ao objetivo desta pesquisa: os profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do

Complexo ISPON reconhecem, a partir de sua própria prática, que o cuidado integral pressupõe uma dimensão social que hoje é absorvida, de forma parcial e não especializada, por outras categorias sobretudo pela Enfermagem, e atribuem ao Serviço Social um papel de articulação entre paciente, família, equipe e rede de proteção social que nenhuma outra profissão da equipe assume de forma equivalente. Esses achados oferecem elementos concretos para a reflexão, na Conclusão deste trabalho, sobre as possibilidades e os caminhos para a inserção da profissão na Comissão.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo geral compreender a relevância do Serviço Social para os Cuidados Paliativos no Complexo ISPON, a partir da perspectiva da equipe multiprofissional, e como problemática o papel que essa equipe atribui ao Assistente Social. A pesquisa partiu da constatação de que a Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos (EMCP) da instituição, embora adotasse uma concepção ampliada de sofrimento, não contava com Assistente Social em sua composição. Para investigar essa realidade, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, na modalidade de estudo de caso, que articulou pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com seis profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos (dois da Enfermagem, dois da Farmácia, um da Nutrição e um da Fisioterapia), cujos relatos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo.

Quanto ao primeiro objetivo específico, refletir sobre a concepção dos Cuidados Paliativos a partir das legislações em cuidado com a saúde, o Capítulo 1 evidenciou que a forma contemporânea de lidar com a morte resultou de um processo histórico de medicalização e institucionalização do morrer, ao qual os cuidados paliativos modernos, a partir de Cicely Saunders e do conceito de dor total, responderam propondo um cuidado que considera as dimensões física, emocional, social e espiritual. No Brasil, essa perspectiva foi incorporada por meio do Sistema Único de Saúde e de marcos normativos como a Resolução nº 41/2018 e a Política Nacional de Cuidados Paliativos (Portaria GM/MS nº 3.681/2024), embora a existência de normas não tenha garantido, por si só, organização uniforme dos serviços nem a inserção de todas as categorias profissionais nas equipes.

O segundo objetivo específico, descrever a estrutura, a organização e os serviços ofertados pelo Complexo ISPON, foi atendido no Capítulo 2, que apresentou uma instituição com atuação consolidada na assistência oncológica e abrangência regional, na qual os cuidados paliativos foram incorporados por meio de equipe multiprofissional, política institucional, regimento e protocolos. Verificou-se que o Regimento Interno da EMCP, embora reconheça a dimensão social do sofrimento, não lista o Assistente Social entre as categorias que a compõem, ainda que a literatura discutida no mesmo capítulo reconheça o Assistente Social como integrante da equipe básica, com atribuições ligadas à garantia de direitos, à mediação entre paciente, família e equipe, à qualificação da comunicação e ao acompanhamento no luto.

No Capítulo 3, os participantes demonstraram compreensão ampliada dos cuidados paliativos, associada à qualidade de vida, ao alívio do sofrimento, à autonomia, à dignidade e ao cuidado com a família, e apontaram desafios como equívocos persistentes entre pacientes e na própria instituição, desigualdade de formação na equipe e chegada tardia dos pacientes ao acompanhamento. O trabalho multiprofissional foi descrito como espaço de diálogo e de objetivo comum, sustentado por reuniões e discussões de casos, mas limitado pela disponibilidade de horários, por uma consolidação em curso e por uma composição que os próprios integrantes reconheceram como incompleta.

Em relação ao terceiro objetivo específico, verificar a importância dos Cuidados Paliativos para a garantia de direitos dos pacientes atendidos pela instituição, os relatos revelaram demandas sociais diversas, como moradia, renda, trabalho, transporte, acesso a medicamentos, suplementos e dietas, desconhecimento de direitos e dinâmica familiar, que se apresentaram independentemente da modalidade de atendimento do paciente, inclusive entre usuários de convênio e particulares. Os participantes associaram o cuidado integral ao acesso a recursos como alimentação, transporte e medicamentos, o que indica que a abordagem paliativa, ao reconhecer o sofrimento social, abre espaço para a garantia de direitos, mas que a orientação sobre eles era assumida, no cotidiano, por profissionais de outras áreas, de modo parcial e não especializado.

No que se refere ao quarto objetivo específico, compreender como o Assistente Social pode contribuir para o cuidado integral, e à categoria central da pesquisa, os dados indicaram que a ausência do Serviço Social não paralisou o trabalho da Comissão, mas produziu efeitos concretos sobre o cuidado integral que a equipe afirmou defender: as demandas sociais foram absorvidas por outras categorias, sobretudo pela Enfermagem, de forma parcial e não especializada; a realidade social do paciente permaneceu parcialmente desconhecida da equipe; e os intervalos entre os atendimentos ficaram sem acompanhamento. A convergência dessa percepção entre profissionais de diferentes categorias, tempos de atuação e experiências prévias, inclusive de uma participante sem contato anterior com a profissão, sugeriu que a ausência é percebida como lacuna concreta. Ao Serviço Social, os participantes atribuíram sobretudo as funções de conhecer a realidade social do paciente e da família, orientar sobre direitos, articular a rede de apoio e de serviços, acompanhar o paciente e a família de forma contínua e ampliar a integralidade do cuidado, o que

coincide com as competências da profissão apontadas pela literatura discutida ao longo do trabalho.

Responde-se, assim, ao objetivo geral e à problemática: a relevância do Serviço Social, na perspectiva da equipe, esteve em assumir a mediação entre paciente, família, equipe e rede de proteção social e em dar concretude à dimensão social do cuidado, que a equipe reconhece como parte do cuidado integral, mas que, segundo os relatos, era atendida de modo parcial na ausência desse profissional.

É necessário, porém, reconhecer os limites deste estudo. As perguntas da entrevista, em alguns momentos, já indicavam o tema em discussão, de modo que parte dos relatos confirmou aspectos propostos e não correspondeu a menções espontâneas. As percepções analisadas são de profissionais de outras áreas e não equivalem a uma avaliação da atuação do Serviço Social, que não ocorreu na instituição. Além disso, o grupo de participantes foi reduzido e não incluiu profissionais da Medicina e da Psicologia que integram a Comissão, convidados que não responderam ao contato da pesquisadora no período de coleta de dados, e a natureza de estudo de caso impede generalizações para outras instituições.

Esses limites indicam caminhos para novas investigações, como ouvir médicos, psicólogos, pacientes e familiares, e comparar a realidade do Complexo ISPON com a de equipes de cuidados paliativos que contam com Assistente Social.

Os achados oferecem, ainda, elementos para que a instituição avalie a inserção da profissão na Comissão, desde que acompanhada da explicitação de suas atribuições e competências. Entre as possibilidades que emergiram da articulação entre os relatos e o referencial teórico, destacam-se a inclusão do Assistente Social na composição da EMCP; a incorporação de informações sobre a realidade social do paciente e da família aos registros da equipe, como o formulário específico inserido no prontuário eletrônico (RPI-459) e os indicadores de suporte familiar e acompanhamento domiciliar previstos no Regimento; e a definição de um fluxo de orientação sobre direitos sociais, acesso a medicamentos, suplementos e transporte.

Conclui-se, por fim, que, segundo os relatos, o cuidado integral que os Cuidados Paliativos se propõem a oferecer pressupõe a dimensão social do adoecimento, hoje atendida de forma parcial e não especializada pela equipe. Para o Serviço Social, os resultados reafirmam a importância de ocupar esse espaço sócio-ocupacional em defesa dos direitos dos usuários e da dignidade de pacientes e familiares até o fim da vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lívia. **Os instrumentais técnico-operativos na prática profissional do Serviço Social**. WebArtigos, 28 abr. 2010. Disponível em: https://www.webartigos.com/artigos/os-instrumentais-tecnico-operativos-na-pratica-profissional-do-servico-social/36921. Acesso em: 7 jun. 2026.

ANTHROPIC. Claude: modelo de linguagem de inteligência artificial generativa. São Francisco: Anthropic, 2026. Utilizado para elaboração da Figura 1. Disponível em: https://claude.ai. Acesso em: 19 out. 2026.

ARIÈS, Philippe. **A história da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.880, de 12 nov. 2013. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2013. Edição extra, Seção 1, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12880.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 dez. 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1988. Seção 1, p. 25283. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.036, de 11 maio 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 maio 1990. Seção 1, p. 8965. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8036consol.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 jul. 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Seção 1, p. 14809. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 out. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Seção 1, p. 276. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 maio 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 maio 2024. Seção 1, p. 215. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: PNH. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MTP/MS nº 22, de 31 ago. 2022. Estabelece a lista de doenças e afecções que isentam de carência a concessão de benefícios por incapacidade, conforme disposto no inciso II do art. 26 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 set. 2022. Seção 1, p. 156.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais**: Revista Interinstitucional de Psicologia, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. 592 p.

COMPLEXO ISPON. **Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos (EMCP)**. Ponta Grossa: Complexo ISPON, 2016. Documento institucional não publicado.

COMPLEXO ISPON. **Oncoclinic**: sistema de gestão do Complexo ISPON. Dados institucionais disponibilizados pelo Núcleo de Educação Permanente. Ponta Grossa: Complexo ISPON, 2026. Sistema de uso interno, não publicado.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 28 jul. 2026.

FROSSARD, Andrea Georgia de Souza; SCHAEFFER, Marli; SIMÕES, Alessandra Gomes. **Competências do serviço social em cuidados paliativos**: notas preliminares. [S. l.]: SciELO Preprints, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1071.

Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1071. Acesso em: 28 jul. 2026.

GAMONDI, Claudia; LARKIN, Philip; PAYNE, Sheila. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education - part 2. **European Journal of Palliative Care**, v. 20, n. 3, p. 140-145, 2013.

GLAJCHEN, Myra et al. Defining core competencies for generalist-level palliative social work. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 56, n. 6, p. 886-892, dez. 2018. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.09.002.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.

HENDERSON, J. D. et al. Staffing a specialist palliative care service, a team-based approach: expert consensus white paper. **Journal of Palliative Medicine**, v. 22, n. 11, p. 1318-1323, nov. 2019. DOI: 10.1089/jpm.2019.0314.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2015.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1981. Publicado originalmente em 1969.

MAGALHÃES, Lilian. Complexo Ispon destina R$ 12 milhões à radioterapia em Ponta Grossa. **aRede**, Ponta Grossa, 22 jul. 2026. Disponível em: https://arede.info/pg-competitiva/662481/complexo-ispon-destina-r-12-milhoes-a-radioterapia-em-ponta-grossa. Acesso em: 28 jul. 2026.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. **Anais** [...]. Bauru: USC, 2004. 1 CD-ROM.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23-30.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. 180 p. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/42494. Acesso em: 28 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Palliative care**. Geneva: WHO, 5 ago. 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 28 jul. 2026.

PESSINI, Leocir. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.

ROSA, Andressa da Silva. **Social Work and Palliative Care**: contributions of Social Work to palliative interventions. 2022. 36 f. Monografia (Especialização em Oncologia) – Hospital Central do Exército, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/13674/1/TCR_Andressa%20Rosa_HCE.pdf. Acesso em: 28 jul. 2026.

SANTOS, Viviane Dias Cavalcanti; MACEDO, Erica Fernanda Torres; CABRAL, Laura Miranda da Silva. Serviço Social nos cuidados paliativos: a experiência do Núcleo de Bioética e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da UFPE/EBSERH. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 18., 2025, Salvador. **Anais** [...]. Brasília, DF: CFESS, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1286395_13_08_2025_22-29-57_1827_v4.pdf. Acesso em: 28 jul. 2026.

SAUNDERS, Cicely. **Cicely Saunders: selected writings 1958–2004**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

SILVA, Márcia Helena Ferreira da; BRAGA, Iracilda Alves. Atuação do assistente social em equipe multidisciplinar de cuidados paliativos no âmbito hospitalar. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 10., 2021, São Luís. **Anais** [...]. São Luís: UFMA, 2021. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/upload/anais/trabalho_submissaoId_334_334610d8c3bbd040.pdf. Acesso em: 7 jun. 2026.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: A relevância do Serviço Social nos cuidados paliativos: um estudo sobre a perspectiva multiprofissional no Complexo ISPON em Ponta Grossa/PR.

Participantes: profissionais integrantes da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON.

Instrumento: entrevista semiestruturada, com perguntas complementares conforme os relatos de cada participante.

Objetivo da entrevista: investigar a percepção dos profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos do Complexo ISPON sobre a atuação da equipe multiprofissional e a importância do Serviço Social nesse contexto.

Identificação e caracterização do participante

Para iniciar, peço que se apresente, informando sua categoria profissional, sua formação, sua trajetória profissional e as atividades que desenvolve no Complexo ISPON.

Há quanto tempo atua na área da saúde? E especificamente na área de Cuidados Paliativos? Como ocorreu sua inserção nessa área?

Eixo 1 – Percepção dos profissionais sobre os cuidados paliativos e o trabalho multiprofissional

1. Como você compreende os cuidados paliativos no seu contexto de atuação profissional?
2. Como você compreende a sua atuação dentro da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos?
3. Na sua percepção, os profissionais da equipe possuem clareza sobre os princípios dos Cuidados Paliativos? Como isso se manifesta na prática?
4. Você percebe integração e colaboração entre os diferentes profissionais da equipe? De que forma isso acontece?
5. Como você avalia a comunicação entre as diferentes áreas da equipe? Quais são as principais facilidades e dificuldades encontradas nesse processo?

Eixo 2 – O Serviço Social na saúde e suas possíveis contribuições para a equipe

6. Você já teve contato ou trabalhou com Assistentes Sociais em outras instituições de saúde? Como foi essa experiência?

7. Na sua percepção, a ausência do Assistente Social interfere no desenvolvimento do trabalho da equipe? De que maneira?

8. Como você compreende o papel do Serviço Social dentro da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, especialmente no atendimento ao paciente e à família?

9. Existem demandas sociais e familiares apresentadas pelos pacientes que poderiam ser acompanhadas por esse profissional?

Encerramento

Gostaria de acrescentar alguma consideração que julgue importante?

Nota: o roteiro foi conduzido de forma flexível, e perguntas complementares foram acrescentadas conforme os relatos de cada participante, o que explica pequenas variações na redação das perguntas entre as entrevistas transcritas nos Apêndices B a G.

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA PLATAFORMA BRASIL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel do Serviço Social na equipe multiprofissional de cuidados paliativos.
Pesquisador: Jussara Ayres Bourguignon
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 97279226.7.0000.0105
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.468.277

Apresentação do Projeto:
O presente projeto investiga a importância do Serviço Social nos cuidados paliativos desenvolvidos no Complexo Ispon, em Ponta Grossa (PR), buscando compreender como a presença do assistente social pode fortalecer a integralidade e a humanização do cuidado ofertado aos pacientes. A pesquisa parte do reconhecimento de que os cuidados paliativos envolvem dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, exigindo práticas
interdisciplinares capazes de responder às múltiplas necessidades dos usuários e de suas famílias. Nesse contexto, compreender as contribuições específicas do Serviço Social torna-se fundamental para ampliar o acesso a direitos, qualificar os vínculos familiares e assegurar suporte diante das situações de sofrimento e finitude. O estudo utiliza uma abordagem qualitativa, tendo o estudo de caso, Pesquisa Bibliográfica e Documental como
procedimentos metodológicos para analisar a realidade da instituição. Serão entrevistados profissionais que integram a Comissão de Cuidados Paliativos, buscando identificar percepções, práticas,



desafios e
possibilidades relacionadas à ausência do assistente social na equipe. A análise dosdados coletados em pesquisa de campo será desenvolvida através de analise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Compreender a relevância do Serviço Social para os cuidados paliativos no Complexo Ispon, considerando a perspectiva da equipe multiprofissional.
Objetivo Secundário:
- Refletir sobre a concepção dos cuidados paliativos a partir da legislação em cuidado com a saúde.Descrever a estrutura, organização e serviços do Complexo Ispon de Ponta Grossa/PR.- Verificar a importância dos cuidados paliativos para garantia de direitos no campo da saúde dentro do Complexo Ispon para os seus pacientes.- Compreender como o profissional de Serviço Social pode participar de processos de cuidado integral,
considerando as dimensões éticas, sociais, emocionais e familiares envolvidas na atenção a pacientes no contexto dos cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
O principal risco que o participante pode ter é em relação a sua identificação. Para sanar esse risco os participantes da pesquisa serão identificados a partir de códigos numéricos, precedidos da letra P correspondente ao termo Profissional, ficando portanto: P1,P2,P3,etc.Também, será utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido conforme preve a resolução
Benefícios:
O trabalho pode contribuir para subsidiar o comitê em relação ao trabalho do Assistente Social, após a devolução dos resultados das análises.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa acadêmica vinculada ao curso de Serviço Social, relevante e executável.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Adequadamente preenchida e assinada.

TCLE: Adequadamente preenchida.

Roteiro de Entrevista: adequado sob a perspectiva ética.

Anuência do responsável pelo cenário do estudo: anexado.

Recomendações:

vide Conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2774142.pdf	11/05/2026 16:56:30		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/04/2026 08:52:48	TANUELLEN CHRISTINE RODRIGUES	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_Aceite.pdf	13/04/2026 16:49:15	TANUELLEN CHRISTINE RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	09/04/2026 18:29:47	TANUELLEN CHRISTINE RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/04/2026 18:29:24	TANUELLEN CHRISTINE RODRIGUES	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista.pdf	09/04/2026 18:29:01	TANUELLEN CHRISTINE RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

Continuação do Parecer: 8.468.277

PONTA GROSSA, 28 de Maio de 2026

Assinado por:
Maria Marta Loddi
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br

ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMPLEXO ISPON

COMPLEXO ISPON | ISPON ISPAR

Ponta Grossa, 13 de abril de 2026.

Ao Comitê de Ética,

DECLARAÇÃO

Eu, Larissa Louise Campanholi, Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Complexo ISPON, declaro para os devidos fins, que autorizo as coletas de dados necessárias à execução da Pesquisa intitulada: **"O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS"** da acadêmica Tanuellen Christine Rodrigues, orientada por Jussara Ayres Bourguignon, docente na Universidade Estadual de Ponta Grossa, sejam realizadas no Complexo ISPON.

Atenciosamente,

Dra. Larissa Louise Campanholi
Coordenadora do NEP Complexo ISPON

Rua Coronel Francisco Ribas, nº 638 – Centro. CEP: 84010-260 | ☎ 3026-5400 | ✉ ispon@ispon.com.br
CNPJ: 01.751.584/0001-08 I.E: Isento

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO

ANEXO III do Regulamento de TCC do Curso de Serviço Social.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Departamento de Serviço Social
Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO

Responsabilizo-me pela redação deste Trabalho de Conclusão de Curso, atestando que todos os trechos que tenham sido transcritos de outros documentos (publicados ou não) e que não sejam de minha autoria estão citados entre aspas e está identificada a fonte e a página de que foram extraídos (se transcritos literalmente) ou somente indicadas fonte e página (se apenas utilizada a idéia do autor citado). Declaro, outrossim, ter conhecimento de que posso ser responsabilizado(a) legalmente caso infrinja tais disposições.

Ponta Grossa, 19 de outubro de 2026.

Nome do acadêmico(a)

Tamuellen Christine Rodrigues

R.A: 23058765