



A Produção do  
Conhecimento  
**nas Ciências  
da Saúde 3**

---

**Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)**

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

**Benedito Rodrigues da Silva Neto**  
(Organizador)

**A Produção do Conhecimento nas Ciências  
da Saúde**  
**3**

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

#### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P964 A produção do conhecimento nas ciências da saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (A Produção do Conhecimento nas Ciências da Saúde; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-300-2

DOI 10.22533/at.ed.002190304

1. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 2. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.

CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

O terceiro volume da coleção “A Produção do Conhecimento nas Ciências da Saúde”, é fruto de atividades de pesquisa desenvolvidas em diversas regiões do Brasil. Composto por trinta e cinco capítulos enriquecedores altamente informativos.

Neste volume o leitor será capaz de obter informações categorizadas e apresentadas sob forma de trabalhos científicos na interface de estudos ligados à educação em saúde.

Os trabalhos aqui apresentados demonstram de forma ampla conceitos atuais relativos aos temas da saúde da família, cuidados paliativos, atenção primária, práticas integrativas, inovações em pesquisa médica, perfil de grupos de risco, promoção e educação em saúde dentre outros diversos temas que poderão contribuir com o público de graduação e pós graduação das áreas da saúde.

O conhecimento sobre saúde hoje, na contemporaneidade, é multifatorial, deste modo, entender o indivíduo na sua integralidade é importante, assim conhecimento embasado e contextualizado aos temas transversais são fundamentais.

O profissional da saúde atual precisa cada vez mais estar conectado com as evoluções e avanços tecnológicos. Descobertas e publicações de alto impacto são diárias e fazem com que o profissional se atualize e aprimore cada vez mais suas atividades ligadas à linha de atuação na saúde. Portanto a leitura íntegra e crítica de material bibliográfico substancial torna-se necessária.

A integração de cada capítulo permitirá ao leitor ampliar seus conhecimentos e observar diferentes metodologias de pesquisa e revisões relevantes para atualização dos seus conhecimentos.

Deste modo, o conteúdo de todos os volumes é significativo não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Desejamos que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
“EFEITOS DO SILÍCIO ORGÂNICO NO REJUVENESCIMENTO FACIAL EM PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER”	
Cristiane Rissatto Jettar Lima Claudia Letícia Rodrigues Amadeu José Alexandre Curiacos de Almeida Leme Luciana Marcatto Fernandes Lhamas Ednéia Nunes Macedo Suélen Moura Zanquim Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0021903041</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>10</b>
A COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPES MÉDICAS E FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS	
Silvana Vasque Nunes Natália Aparecida Santana Bitencourt Jéssica Aires da Silva Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0021903042</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>23</b>
ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Fabiana Ferreira Koopmans Caroline Medeiros Souza Freitas Carolina Lopes Fernanda Araújo de Lima Patrícia Ferraccioli Siqueira Lemos Lúcia Helena Garcia Penna	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0021903043</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>36</b>
ANÁLISE DA FORÇA DA MUSCULATURA RESPIRATÓRIA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM TEIXEIRA DE FREITAS – BAHIA	
Darlei Pereira Moura Mallu Mendes e Silva Santos Jéssica Ramos Pereira Sérgio Gomes da Silva José Gustavo Padrão Tavares	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0021903044</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>42</b>
ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL	
Sabina Borges da Costa Renata Alessandra Evangelista Alexandre de Assis Bueno Rayrane Clarah Chaveiro Moraes Raissa Cristina Pereira Ivone Rodrigues Lima	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0021903045</b>	

**CAPÍTULO 6 ..... 54**

**APLICAÇÃO DO TESTE DE FIGURAS PARA DISCRIMINAÇÃO FONÊMICA EM CRIANÇAS DO PRIMEIRO ANO DE ESCOLAS PÚBLICAS**

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa  
Mirna Rossi Barbosa-Medeiros  
Marise Fagundes Silveira  
Antônio Prates Caldeira

**DOI 10.22533/at.ed.0021903046**

**CAPÍTULO 7 ..... 64**

**APRESENTAÇÃO INCOMUM DA SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT SEM PARALISIA DO NERVO FACIAL**

Leonardo Nascimento de Sousa Batista  
Willian da Silva Lopes  
Caroline Braga Barroso  
Fábio Pimenta de Melo  
Karla Linhares Pinto

**DOI 10.22533/at.ed.0021903047**

**CAPÍTULO 8 ..... 69**

**AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA TRANSVERSALIDADE DAS AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Larissa de Oliveira Vieira  
Josiane Moreira Germano  
Ismar Eduardo Martins Filho  
Adriana Alves Nery  
Alba Benemérta Alves Vilela  
Eduardo Nagib Boery

**DOI 10.22533/at.ed.0021903048**

**CAPÍTULO 9 ..... 80**

**CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO SUL DO BRASIL**

Lídia Gielow  
Mônica Cristina Cambrussi

**DOI 10.22533/at.ed.0021903049**

**CAPÍTULO 10 ..... 91**

**CUIDADOS PALIATIVOS: O CUIDAR DO SERVIÇO SOCIAL**

Andrea Frossard  
Jeane Alves da Silva  
Aline Baptista  
Rafaela Rodrigues

**DOI 10.22533/at.ed.00219030410**

**CAPÍTULO 11 ..... 109**

**DESENVOLVIMENTO DE BIONANOCOMPÓSITOS (POLÍMERO BIODEGRADÁVEL/HIDROXIAPATITA) PARA USO EM ENXERTOS ÓSSEOS**

Tayná Martins Ramos  
Kaline Melo de Souto Viana  
Cíntia Maciel Mesquita

Amanda Melissa Damiano Leite

Thalles Rafael Silva

**DOI 10.22533/at.ed.00219030411**

**CAPÍTULO 12 ..... 126**

EFEITO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UNIJUÍ/FUMSSAR EM RELAÇÃO A PRODUTIVIDADE DO NASF DE SANTA ROSA

Renan Daniel Bueno Basso

Julia Da Rosa Tolazzi

Elisiane Bisognin

**DOI 10.22533/at.ed.00219030412**

**CAPÍTULO 13 ..... 132**

FERRAMENTAS E TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS APLICADAS NA GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO NA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO CIVIL

Ana Lúcia Andrade Tomich Ottoni

Altamir Fernandes de Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.00219030413**

**CAPÍTULO 14 ..... 150**

FRAGILIDADE E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Déborah da Silva Ramos

Thaís Santos Contenções

**DOI 10.22533/at.ed.00219030414**

**CAPÍTULO 15 ..... 160**

GERENCIAMENTO MEDICAMENTOSO DO RISCO DE QUEDA NA CLÍNICA ONCOLÓGICA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS – DR WALDEMAR PENNA

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz

Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa

Daniel Vicente Jennings Aguiar

Kalysta de Oliveira Resende Borges

Thais Riker da Rocha

Anderson da Silva Oliveira

Juliana Petry

Luriane Melo de Aguiar Araújo

Anderson Silva Sousa

Gabriela Kalata Soares

Caroline Pantoja dos Reis

**DOI 10.22533/at.ed.00219030415**

**CAPÍTULO 16 ..... 170**

GRUPO DE PESQUISA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO QUE TANGE AS HEPATITES VIRAIS NA AMAZÔNIA: TRABALHANDO A PREVENÇÃO COM GESTANTES

Andréa Cecília Coelho Lira

Vitória Carvalho Cardoso

Márcia Andrea da Silva Nunes

Ezequias Paes Lopes  
Eimar Neri de Oliveira Junior  
Driene de Nazaré Silva Sampaio  
Myrla Cristina Gomes Soares  
Sabrina Monteiro de Souza  
Samantha Sam Lobato de Oliveira  
Silviane Helen Ribeiro da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.00219030416**

**CAPÍTULO 17 ..... 176**

MICROAGULHAMENTO E A ASSOCIAÇÃO AO *DRUG DELIVERY* COMO RECURSO TERAPÊUTICO À CICATRIZES DE ACNE

Maria Letícia Ribeiro Lousada

**DOI 10.22533/at.ed.00219030417**

**CAPÍTULO 18 ..... 188**

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM DOCENTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Pedro Iago de Almeida Bernardes  
Fabiana Maluf Rabacow

**DOI 10.22533/at.ed.00219030418**

**CAPÍTULO 19 ..... 199**

PERCEPÇÃO SOBRE SUPORTE E APOIO À SAÚDE DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI E EM OUTROS SETORES HOSPITALARES

Camila Zanesco  
Diego de Lima Moreira e Silva  
Melina Lopes Lima  
Luciane Patrícia Andreoni Cabral  
Danielle Bordin  
Cristina Berger Fadel

**DOI 10.22533/at.ed.00219030419**

**CAPÍTULO 20 ..... 210**

PERFIL DO PACIENTE INFANTO-JUVENIL ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE PSICOLOGIA

Silvana Vasque Nunes  
Jéssica Aires da Silva Oliveira  
Hélida Silva Marques  
Duzolina Adhara de Oliveira Barnabé Marques

**DOI 10.22533/at.ed.00219030420**

**CAPÍTULO 21 ..... 220**

PERFIL DOS RISCOS CARDIOVASCULARES EM MOTORISTAS PROFISSIONAIS DE TRANSPORTE DE CARGA QUE TRAFEGAM NA RODOVIA BR-116 NO TRECHO DE TEÓFILO OTONI – MG

Rodrigo de Carvalho Hott  
Daniel de Azevedo Teixeira  
Leslie Aparecida Vieira de Jesus Teixeira  
Hélio Vinicius Valeriano Furtado  
Leandro Almeida de Castro  
Frederico Cerqueira Barbosa



**CAPÍTULO 22 ..... 227**

PERFIL NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES RELACIONADOS À  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM DIAMANTINA, MG

Paola Aparecida Alves Ferreira

Emerson Cotta Bodevan

Leida Calegário de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.00219030422

**CAPÍTULO 23 ..... 242**

PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (PRM'S) EVITADOS MEDIANTE  
VALIDAÇÃO FARMACÊUTICA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA EM UM HOSPITAL  
PÚBLICO DO OESTE DO PARÁ

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz

Juliana Petry

Luriane Melo de Aguiar Araújo

Thais Riker da Rocha

Anderson da Silva Oliveira

Kalysta de Oliveira Resende Borges

Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa

Daniel Vicente Jennings Aguiar

Anderson Silva Sousa

Fábio Augusto Meneses Sousa

Gabriela Kalata Soares

Caroline Pantoja dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.00219030423

**CAPÍTULO 24 ..... 252**

PROJETO DE EXTENSÃO: GRUPO MENTORING: RESSIGNIFICANDO OS  
DESCOMPASSOS ACADÊMICOS DURANTE O ENSINO MÉDICO

Jéssica Ferreira de Andrade

Michelle Rocha Parise

Adriana Assis Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.00219030424

**CAPÍTULO 25 ..... 258**

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS

Danielle Feijó de Moura

Tamiris Alves Rocha

Dayane de Melo Barros

Marton Kaique de Andrade Cavalcante

Gisele Priscilla de Barros Alves Silva

José André Carneiro da Silva

Silvio Assis de Oliveira Ferreira

Isla Ariadny Amaral de Souza Gonzaga

Marllyn Marques da Silva

DOI 10.22533/at.ed.00219030425

**CAPÍTULO 26 ..... 264**

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA:  
PERSPECTIVAS EDUCATIVAS DE MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS**

Juliana Nogueira Pontes Nobre  
Paulo Filipe de Mello  
Marcos Adriano da Cunha  
Angelina do Carmo Lessa  
Endi Lanza Galvão  
Cláudia Mara Niquini

**DOI 10.22533/at.ed.00219030426**

**CAPÍTULO 27 ..... 272**

**PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO E SUAS  
PERSPECTIVAS DE PREVENÇÃO**

Luciana de Carvalho Pieri  
Maria Zaú

**DOI 10.22533/at.ed.00219030427**

**CAPÍTULO 28 ..... 284**

**PUBLIC HEALTH MANAGEMENT: A PHYSIOTHERAPY PERSPECTIVE**

Priscila Daniele de Oliveira Perrucini  
Larissa Dragonetti Bertin  
Stheace Kelly Fernandes Szezerbaty  
Flavia Beltrão Pires  
Ana Flávia Spadaccini Silva  
Regina Célia Poli-Frederico

**DOI 10.22533/at.ed.00219030428**

**CAPÍTULO 29 ..... 294**

**RECRUTAS DA ALEGRIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

Ana Luisa Canova Ogliari  
Marilice Magroski Gomes da Costa  
Thiago Lopes Silva  
Gabriela do Rosário Paloski  
Shirley Jensen Lima da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.00219030429**

**CAPÍTULO 30 ..... 300**

**REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O USO DA ARNICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE  
CIRURGIAS**

Paula Oliveira Dutra  
Antonio Carlos Victor Canettieri  
Renata Amadei Nicolau

**DOI 10.22533/at.ed.0021903045**

**CAPÍTULO 31 ..... 308**

**RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA: BENEFÍCIOS ATRAVÉS DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE**

Francisca Moreira Dantas  
Carlos Eduardo Bezerra Monteiro

Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque  
Priscilla Mendes Cordeiro  
Thiago Dos Santos Maciel  
Abel Santiago Muri Gama

**DOI 10.22533/at.ed.00219030431**

**CAPÍTULO 32 ..... 313**

**SÍNTESE DE FILMES DE PHB (*Polihidroxibutirato*) PARA APLICAÇÃO EM TRATAMENTO DE QUEIMADOS**

Thalles Rafael Silva Rêgo  
Amanda Melissa Damiano Leite  
Kaline Melo de Souto Viana  
Thaís Salamoni Bastos  
Tayná Martins Ramos

**DOI 10.22533/at.ed.00219030432**

**CAPÍTULO 33 ..... 322**

**SENSOR DE MUDANÇA DE DECÚBITO COMO FERRAMENTA PARA AUXILIO NA PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO**

Adriana Medeiros Monteiro da Cruz  
Aline Aparecida Ribeiro Fernandes  
Lidinalva do Nascimento Barreiros  
Márcio Antonio de Assis  
Viviane Francisca dos Santos Prismic  
Danilo Freitas Viana

**DOI 10.22533/at.ed.00219030433**

**CAPÍTULO 34 ..... 335**

**SPINAL POSTURE OF CLASSICAL BALLET DANCERS: A SYSTEMATIC REVIEW**

Jéssica Gaspar Rangel  
Ricardo Borges Viana  
Maria Sebastiana Silva  
Claudio Andre Barbosa de Lira  
Carlos Alexandre Vieira  
Mário Hebling Campos

**DOI 10.22533/at.ed.00219030434**

**CAPÍTULO 35 ..... 349**

**SUICÍDIOS NOTICIADOS EM JORNAIS ANTIGOS DA REGIÃO DE DIAMANTINA - MINAS GERAIS**

Lenniara Pereira Mendes Santana  
Lucas Carvalho Santana  
Marivaldo Aparecido de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.00219030435**

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 364**

## CUIDADOS PALIATIVOS: O CUIDAR DO SERVIÇO SOCIAL

### **Andrea Frossard**

Pós-doutorado em Ciências Humanas, Doutora em Serviço Social. Docente INCA, Pesquisadora Produtividade da UNESA.

### **Jeane Alves da Silva**

Mestre da Fundação Antônio Prudente-FAP (A C Camargo Câncer Center) e Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina. Assistente Social da Secretaria Municipal de Assistência Social do Município de Petrolina.

### **Aline Baptista**

Aluna de Iniciação Científica da UNESA do curso de Serviço Social.

### **Rafaela Rodrigues**

Aluna de Iniciação Científica da UNESA do curso de Serviço Social.

**RESUMO:** Disserta-se sobre o processo de cuidado no final da vida, tendo como parâmetro a intensa troca de saberes entre os membros das equipes de paliativistas e, em especial, o Serviço Social tendo como lócus privilegiado o cotidiano onde circulam todos os dias milhares de pessoas anônimas com suas dúvidas e dores. Considera-se, a partir da delimitação do campo específico de intervenção do assistente social, o atendimento as requisições por parte dos usuários e suas famílias, da equipe e do processo de integração da rede de suporte

em Cuidados Paliativos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica entremeando o uso de revisão integrativa com a análise temática de conteúdo, com ênfase na literatura dos últimos cinco anos. Realizou-se uma busca ativa no Portal de Periódicos da CAPES, BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Detectou-se a necessidade de atenção especial às populações em estado de pobreza ou de indigência. Alerta-se, ainda, para o necessário desenvolvimento de pesquisas estratégicas que tem como finalidade atingir e manter níveis adequados de efetividade nos serviços ofertados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos. Cuidar. Terminalidade

**ABSTRACT:** The process of care at the end of life is discussed, having as a parameter the intense exchange of knowledge between the members of the palliative teams and, in particular, the Social Service as a privileged locus the daily life where thousands of anonymous people circulate every day with their doubts and pains. It is considered, based on the delimitation of the specific field of intervention of the social worker, the attendance to requests by the users and their families, the team and the process of integration of the support network in Palliative Care.

It is a bibliographic research, interspersing

the use of integrative revision with thematic analysis of content, with emphasis in the literature of the last five years. An active search was carried out in the Portal of Periodicals of CAPES, BIREME (Virtual Health Library) and MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). The need for special attention was detected for populations in a state of poverty or indigence. Suggested is to the necessary development of strategic research that aims to achieve and maintain adequate levels of effectiveness in the services offered.

**KEYWORDS:** Palliative Care. Care. Terminality

## 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Siqueira (ANCP, 2012), baseado em estimativas da Organização Mundial de Saúde que indicam que ocorrem 56 milhões de mortes por ano no mundo, das quais 85% em países em desenvolvimento, afirma que os Cuidados Paliativos e, em especial, a fase dos cuidados no fim da vida, ganham cada vez mais notoriedade em âmbito mundial.

Os Cuidados Paliativos devem ser ofertados ao usuário e seus familiares desde o início dos cuidados com a enfermidade visando à qualidade de vida, controle da dor e dos sintomas, dentre outros. Contudo, pelos dados expostos em epígrafe, é necessária uma atenção especial a uma dimensão dos Cuidados Paliativos, qual seja, os Cuidados no Fim da Vida.

Ressalte-se, que os Cuidados no Fim da Vida correspondem às providências tomadas nas últimas horas de vida, onde o paciente se encontra em “estado de declínio progressivo e inexorável” (SBGG, 2015).

Sobre os Cuidados no Fim da Vida, Américo (2012) afirma:

À conceituação precisa do início das últimas horas não é exata na literatura. Entretanto, esta definição transcende a necessidade real, que é a identificação deste momento cercado de sintomas exacerbados e que exige alteração do planejamento de tratamento e cuidados contínuos. Tal confusão dos termos acaba por reforçar o estigma em torno destas práticas e isola as iniciativas progressistas que compromete a resolutividade no atendimento a demanda dos usuários e seus familiares, em um processo repleto de dor e sofrimento.

Considerando o exposto anteriormente, a partir da prática interdisciplinar nos Cuidados Paliativos em Oncologia, se buscou os nexos cooperativos do Serviço Social no cuidado em questão.

Recorde-se, que desde os anos 30, por exemplo, a história das profissões de Serviço Social e de Enfermagem no Brasil – cujo processo de profissionalização se iniciou na Escola Ana Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - esteve presente a preocupação com a questão social onde não havia uma demarcação de fronteiras em relação à formação acadêmica, sendo delimitada por influência de Mary Richmond, em âmbito mundial, impulsionando o nascimento do Serviço Social como

profissão cuja regulamentação no país se deu nos anos 50 (Ver: APERIBENSE & BARREIRA, 2008).

Sabe-se que a interdisciplinaridade é o eixo estruturador das práticas organizacionais e se constitui num tema determinante para o desenvolvimento de boas práticas em cuidados paliativos. Neste sentido, ressalte-se um dos princípios dos Cuidados Paliativos (ANCP, 2012), qual seja: “usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto”.

Um dos fatores que pode contribuir para o afastamento de tensões no cotidiano das unidades de atenção à saúde é a definição explícita das ações específicas de cada área de conhecimento que facilitará, conseqüentemente, as ações dos núcleos comuns (próprios do processo de interdisciplinaridade).

Desse modo, nesse espaço pretende-se dar destaque ao processo de cuidado no final da vida disponibilizado tanto no nível básico de rotina quanto no intensivo (SBGG, 2015), a partir do cotidiano das equipes de paliativistas considerando a intensidade das trocas entre os referidos saberes com a preocupação de delimitar o campo específico de intervenção do assistente social.

## **2 | MÉTODO**

Esse estudo apoia-se na pesquisa bibliográfica entremeando o uso de revisão integrativa com a análise temática de conteúdo. Desse modo, realizou-se uma análise de documentos impressos e digitais por meio de procura ativa no Portal de Periódicos da CAPES, BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online).

## **3 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **3.1 As Práticas Assistenciais do Serviço Social nos Cuidados no Fim da Vida**

O ser humano ao vivenciar situações de doenças onde não há, a partir do diagnóstico clínico, chances de cura inicia uma fase onde todos os sujeitos envolvidos e próximos aos pacientes passam a ter que lidar com dificuldades, independente se for de cunho social, emocional, financeiro, dentre outras.

Assim, é primordial que durante o último ano de vida do paciente, que o cuidado clínico disponibilizado se encontre alinhado com a ótica de benefícios do próprio paciente, considerando os múltiplos sintomas e qualidade de vida.

A perspectiva de contribuir no processo de qualidade de vida e de morte digna aos pacientes oncológicos em fim da vida, no contexto de situação de vulnerabilidade é atribuição pertinente a toda a equipe de saúde envolvida no processo.

Considerando que a prática do assistente social neste campo ainda é recente,

torna-se primordial ressaltar algumas questões relativas ao papel do mesmo junto ao paciente e sua família incluindo sua participação no processo de finitude visando a assegurar uma condição de boa morte, ou seja, colaborar para que o paciente tenha uma morte digna.

O paciente oncológico em fase de final de vida pode apresentar um quadro de sofrimento sendo necessário que a equipe de paliativistas desenvolva seu trabalho de maneira articulada por meio de um trabalho de cuidado na perspectiva da dor total.

Nesse contexto, os profissionais de saúde desenvolvem suas competências para que o paciente oncológico em fase final de vida possa ser assistido em sua totalidade e ter qualidade no suporte assistencial. O essencial não é simplesmente apoiar o paciente para que este morra em paz, mas proporcionar meios para que ele, juntamente com sua família, seja capaz de viver da melhor forma possível todo o tempo que lhe resta, até que a morte ocorra.

Nesta perspectiva, a participação ativa do paciente pressupõe que o mesmo retenha conhecimento suficiente e relevante da doença e das opções de tratamento. Essa quantidade de conhecimento só pode ser apreendida com a provisão contínua de informações realistas centradas no paciente. Daí, a importância de adequada habilidade de comunicação entre oncologistas e especialistas em cuidados paliativos, e a identificação das necessidades e desejos dos pacientes e familiares que devem ser avaliados sistematicamente e considerados nos processos de tomada de decisão. (KAASA, STEIN et al., 2018).

Desse modo, cuidar paliativamente de alguém requer impreterivelmente um trabalho interdisciplinar que prime pela contemplação dos saberes, pelo compartilhamento de responsabilidades, de tarefas, de cuidados, e pela negação da simples sobreposição entre as áreas envolvidas.

É evidente que lidar com situações difíceis nos processos de tratamentos de pacientes doentes sem possibilidades de tratamento curativo e muitos com prognósticos de morte próxima requer um suporte adequado de todos os sujeitos envolvidos nesse contexto, não só dos familiares, mas da equipe multidisciplinar, e especificamente, do assistente social.

Segundo Andrade (2015, p.18):

É perceptível notar que o cuidado denominado paliativo se apresenta muito mais do que a única alternativa para quem já não possui mais indicação de tratamentos curativos, mas constitui-se em uma proposta de atenção ampla, consciente e organizada, na qual os profissionais de diferentes áreas unem-se com o objetivo de oferecer ao paciente e a família a atenção que requerem em momento tão especial. Tal proposta perpassa, sim, o tratamento clínico, mas abrange uma gama de ações que busca oferecer conforto, esperança, escuta efetiva, atenção às “dores” emocionais e sociais, resolução para causas prementes e a certeza sempre presente de que o homem é um ser único, com necessidades, desejos, possibilidades e limites que o fazem sempre e a cada vez especial.

Cabe enfatizar que a atenção profissional do assistente social pressupõe a

associação do saber técnico e práticas humanizadas. O ato de cuidar do ser humano envolve o entendimento da autonomia e responsabilidade com o paciente em situação de fim da vida, família e coletividade, e isso independe da sua condição de saúde, socioeconômica, de suas crenças ou opções religiosas e raça.

O Assistente Social no exercício de suas práticas assistenciais no campo em questão recorrentemente elabora seu plano de cuidado considerando uma realidade desconhecida e, portanto, com prejuízos em relação aos direitos dos pacientes. Portanto, no momento em que o conhecimento de seus direitos é apropriado, se torna possível o estabelecimento de uma relação que os levem a obtenção de adequado nível de qualidade de vida.

Nesta direção, o Assistente Social como membro da equipe realiza seu trabalho dando respostas aos pacientes assistidos, seus familiares e rede de apoio. O profissional de Serviço Social desenvolve sua prática assistencial ao paciente oncológico em fase final de vida em diversos espaços ocupacionais, seja no ambiente hospitalar (enfermaria, ambulatório, emergência/urgência) seja no domicílio, em conjunto a equipe inteprofissional desenvolvendo um trabalho que prime pela complementação de saberes, partilha de responsabilidades, de tarefas e de cuidados.

Em cada processo inerente ao campo em foco são desenvolvidas intervenções que envolvem o Serviço Social. Observe alguns exemplos, a partir dos quadros a seguir.

Modalidade: internação hospitalar	Intervenção
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar entrevista social individual, orientando sobre os seus direitos sociais devido ao diagnóstico do câncer;</li> <li>-Informar sobre as regras e normas da instituição de saúde onde estão inseridos;</li> <li>-Realizar o acolhimento</li> <li>-Visita de apoio ao leito aos pacientes internados;</li> <li>- Realizar reuniões com a família; equipe interdisciplinar;</li> <li>- Disponibilizar boa comunicação com a equipe de saúde e com paciente</li> <li>-Articular com as demais políticas públicas e redes de apoio disponíveis</li> <li>-Orientar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade</li> <li>-Orientar os familiares e cuidadores sobre questões burocráticas em casos de morte iminente na enfermaria, dando assistência no pré e pós-óbito.</li> </ul>

Quadro 1. Espaços ocupacionais do Assistente Social

Fonte: Com base nos estudos de Andrade (2015)



<b>Modalidade: Ambulatório</b>	<b>Intervenção</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acolher o paciente após encaminhamento direcionado pelo médico que o assiste;</li> <li>-Realizar avaliação social do paciente;</li> <li>-Articular e acionar a rede de apoio disponível, como os recursos institucionais (serviços públicos sociais e de saúde) e os recursos particulares (amigos, vizinhos, comunidade);</li> </ul>

Quadro 2. Espaços ocupacionais do Assistente Social  
Fonte: Com base nos estudos de Andrade (2015)

<b>Modalidades: emergência/urgência</b>	<b>Intervenção</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza o acolhimento e faz uma avaliação social do paciente de maneira restrita;</li> <li>- Contribui na realização da transferência do paciente para outra modalidade de atendimento;</li> </ul>

Quadro 3. Espaços ocupacionais do Assistente Social  
Fonte: Com base nos estudos de Andrade (2015)

<b>Unidade Especializada</b>	<b>Atividades centrais desenvolvidas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecer o paciente, família e cuidadores nos seus aspectos socioeconômicos;</li> <li>-Realizar escuta e acolhida, sempre respeitando o momento do paciente;</li> <li>-Avaliar a rede de suporte social de todos os envolvidos, para acioná-las quando necessário;</li> <li>-Constituir uma rede intrainstitucional, com o objetivo de garantir atendimento essencial ao paciente;</li> <li>-Exercer o papel de interlocutor entre equipe, paciente/família em demandas referentes aos aspectos sociais e culturais que implicam no cuidado;</li> <li>-Oferecer orientações e informações legais.</li> </ul>

Quadro 4. Espaços ocupacionais do Assistente Social  
Fonte: Com base nos estudos de Andrade (2015)

<b>Atendimento Domiciliar</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realiza visitas domiciliares;</li> <li>- Discute os casos dos pacientes com a equipe multiprofissional;</li> <li>-Traça ações de cunho socioeducativo voltado à qualidade de vida dos pacientes e / ou família e cuidadores;</li> <li>-Trabalha com os sujeitos envolvidos enfatizando direitos e deveres;</li> </ul>

Quadro 5 . Espaços ocupacionais do Assistente Social  
Fonte: Com base nos estudos de Andrade (2015)

Ressalte-se que de acordo com o Ministério da Saúde (2013), a atenção domiciliar é definida como ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação por uma equipe multiprofissional, administrado em domicílio, a partir do diagnóstico da realidade de saúde em que o paciente se encontra inserido. Envolvem-se não apenas os diferentes profissionais da área, mas também o paciente e sua família, objetivando o estabelecimento da saúde como um todo.

Essa modalidade proporciona o desenvolvimento de atividades de modo que o paciente apreenda a importância da sua participação no processo saúde-doença, acarretando a diminuição ou eliminação dos riscos à sua saúde. Nela os profissionais não ficam limitados apenas à veiculação das informações. Busca-se, portanto, a redução dos riscos de as pessoas adoecerem por meio da execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas por meio do desenvolvimento e prática de políticas econômicas, sociais e de saúde. Ela está presente em todas as outras modalidades, pois influencia o processo saúde-doença das pessoas (BRASIL, 2012b, p. 21-22). No caso dos pacientes em Cuidados Paliativos Oncológicos, o objetivo é promover a continuidade dos cuidados integrais.

A assistência domiciliar é um dos mecanismos criados pelo SUS no intuito de ofertar uma abordagem diferenciada na assistência, objetivando modificar a fragmentação existente nos processos de cuidar. O atual modelo de atenção à saúde no país ainda é caracterizado por um trabalho isolado e desarticulado, apesar dos esforços empreendidos em direção à sua integralidade. Desconsideram-se a grande diversidade e as marcantes diferenças socioeconômicas.

A prática do atendimento na assistência domiciliar para pacientes oncológicos em cuidados paliativos constitui um desafio a ser enfrentado, considerando os determinantes sociais, tais como: desigualdade social, falta de estrutura e segurança urbana (impossibilitando a equipe de saúde de acessar determinados locais), necessidade de inserção da maioria dos membros da família do paciente no mercado de trabalho para prover sua sobrevivência, precarização dos serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade, assim como o despreparo e a insegurança de suas equipes em lidar com determinadas patologias e, sobretudo, o fator cultural.

Para que esse cuidado ao paciente seja eficaz, são necessárias algumas condições, tais como: plano terapêutico previamente estabelecido; possuir o acompanhamento da equipe de Cuidados Paliativos; residir em domicílio que ofereça as condições mínimas para higiene e alimentação; ter um ou mais cuidadores responsáveis e capazes de compreender e executar as orientações dadas pela equipe; além do desejo e permissão do paciente e cuidador para permanecer no domicílio (RODRIGUES, 2009, p.58-62).

A fase de cuidados no fim da vida - CFV é considerada um momento adequado para que o paciente busque a solução de conflitos anteriormente negligenciados, o que implica numa maior aproximação com os familiares e entes queridos. Essa fase de proximidade com o processo de morte, especificamente, dos mais familiarizados deve ser reconhecida. Nesse caso, o profissional de serviço social deve estar atento

aos acontecimentos futuros, antevendo potenciais demandas e se organizando para atendê-las.

As questões de ordem práticas identificadas pelo assistente social exigem que o profissional reconheça os limites da família na provisão de cuidados ao paciente devido a sua grande fragilidade, articulando os possíveis recursos concretos para o alívio e conforto do paciente.

O conhecimento do assistente social sobre legislação protetiva faz com que ele reconheça quais situações devem ser encaminhadas para instituições e/ou para profissionais habilitados nessas questões e, essas são especificadas no quadro a seguir.

Benefícios	Orientações básicas
Dependentes menores de idade	Orientar sobre a importância do reconhecimento de filhos, caso o paciente tenha interesse, para que eles não fiquem desamparados, após o seu óbito.
Pensão por Morte	Orientar sobre esse benefício, que é pago aos dependentes habilitados após a morte do paciente, que mantinha a qualidade de segurado da Previdência Social: cônjuges, companheiro (a), filhos menores de 21 anos, não emancipados ou inválidos.
Afastamento do trabalho e vínculo empregatício:	É importante destacar que desde o encaminhamento do médico que assiste o paciente para acompanhamento dos Cuidados Paliativos, normalmente o paciente e/ou familiar responsável já estão cientes com relação ao seu afastamento do trabalho. O Assistente social orienta sobre a necessidade de se apresentar ao empregador, relatório médico no prazo de um mês da data do paciente do trabalho, para que dessa forma lhe seja concedida a licença médica, para que não tenha o risco de ser desvinculado por abandono de emprego;
Orientações quanto à atenção especial à documentação:	Para que futuros problemas relacionados à concessão de benefícios, é importante que o paciente e a família possam ser orientados sobre a regularização de documentos, porque, caso exista alguma pendência, como informações incorretas ou diferenças entre documentos, é necessário que a retificação seja feita, a regularização no documento se houve mudança de estado civil;
Seguro de vida em grupo ou individual	Realizar abordagem observando o momento mais adequado, indicando um familiar que tenha maior habilidade e apresente condições emocionais tranquilas, porque normalmente os familiares não tocam no assunto da morte próxima do paciente, por ser delicado. Após ter a pessoa indicada, orientar para devida averiguação dos beneficiários informados pelo paciente nas apólices de seguro de vida de vida.

<p>.Documento de representação civil (procuração, curatela (procuração e tutela)</p>	<p>Regularização de bens; orientar sobre os devidos cuidados de regularização de imóveis que tenham pendências documentais e ao registro em cartório; prestações de financiamentos de casa própria; quitação de imóveis. É importante agilizar essas questões porque se há intenção do paciente deixar aos seus dependentes testamentos ou doações problemas futuros podem ser minimizados</p>
<p>Benefícios</p>	<p>Realizar o devido encaminhamento quanto a solicitação de Auxílio- Doença e Benefício de Prestação Continuada (BPC/ LOAS), orientando o paciente e/ou seu familiar/ cuidador sobre todo o percurso que deve ser feito, quais as documentações necessárias para concessão desses benefícios</p>
<p>Orientar sobre alternativas de aquisição de recursos por meio da solicitação de PIS/ PASEP e FGTS;</p>	<p>Se a documentação estiver regularizada é importante informar ao paciente e a família que podem solicitar recursos financeiros a partir do saque de PIS; PASEP e FGTS, caso tenham o direito, pois com a aquisição desses recursos, os mesmos poderão contribuir para minimizar dificuldades financeiras surgidas no processo.</p>
<p>Questões sobre processo de pré e pós- óbito</p>	<p>Orientar aos familiares sobre questões referentes ao sepultamento, traslado, procedimentos burocráticos relacionados a documentações, se tem plano funerário, etc. Quanto ao pós- óbito assistir aos familiares e pacientes contribuindo com informações e apoio referentes a reorganização do formato familiar com uma abordagem cuidadosa devida a delicadeza da vivência familiar no luto.</p>
<p>Rede de apoio familiar e comunitário.</p>	<p>Buscar na rede de apoio do paciente para que os vínculos sejam ainda mais fortalecidos nesse contexto, respeitando o momento e o espaço de cada um e sua relação com o paciente.</p>
<p>Questões relacionadas ao óbito institucional e/ou domiciliar.</p>	<p>Nessa fase em que o paciente oncológico em fase final de vida vivencia, além das orientações dadas pelo assistente social nas questões de ordem legal, também devem ser dadas as devidas atenções para o alívio da dor, a palição de sintomas e o acolhimento, considerando suas queixas de maneira integral para que sejam realizadas as intervenções adequadas considerando que sejam desenvolvidas atribuições articuladas a um acolhimento e atendimento humanizado.</p>
<p>Assistência religiosa e espiritual</p>	<p>Orientar a partir do diálogo e entendimento da vivência e opções do paciente e de seus familiares sobre a o fortalecimento da fé, como estratégia de suporte e apoio na situação de fase final de vida.</p>

Aposentadoria por invalidez	Orientando o paciente e/ou seu familiar/cuidador sobre como deve solicitar esse tipo de aposentadoria, quais as documentações necessárias para concessão. Informando que este é uma conversão do auxílio-doença, caso o paciente não terá mais chances de tratamento curativo.
Reuniões de Famílias	.Realização de reunião junto à equipe interprofissional ou não com os familiares do paciente para saber deles o que compreendem a respeito da situação vivenciada do cuidado paliativo e outras questões, orientando-os e fazendo os encaminhamentos necessários para a resolução de dificuldades que surgirem.
Redução de danos e organização prática	Refere-se à análise de conjuntura societária e subjetiva de todos os envolvidos no processo dos cuidados paliativos, sendo agente potencial na redução de danos do processo de luto e na prevenção do luto crônico/complicado, realizando orientações burocráticas e objetivas quanto ao acolhimento e a escuta.

Quadro 6. Panorama com as principais demandas apresentadas pelo Serviço Social na assistência na fase de cuidados no final da vida  
Fonte: Com base INCA (2018)

Com a possibilidade de morte próxima, o Serviço Social intervêm por meio do acolhimento, colaborando para a liberação de visitas, onde poderá acionar o suporte religioso, levando em consideração a opção religiosa do paciente já conhecida (por meio da coleta de informações registradas e informadas por ele e/ou familiar e/ou cuidador responsável); orientar familiares/cuidador sobre questões relacionadas ao óbito, cremação, jazigo, traslado e declaração ou certidão de óbito.

Na situação de luto, é importante e indispensável que o assistente social oriente quanto às questões de reorganização da dinâmica familiar, no acolhimento a família, acionamento da rede suporte social e da psicologia.

A partir do aparato legal disponível, o assistente social se embasa para orientar adequadamente essas questões referidas acima, desenvolvendo suas atividades com os pacientes e familiares respeitando, preservando e fomentando a obtenção dos seus direitos, levando em consideração sua liberdade de escolha e autonomia. Portanto, como paliativista o assistente social deve desenvolver suas ações colaborando para que o paciente se sinta respeitado, amado e valorizado.

Desse modo, a humanização dos cuidados de saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. O pressuposto subjacente a todo o processo de atendimento humanizado é facilitar que a pessoa vulnerável esteja preparada para superar os seus desafios. (PESSINI, 2004).

### 3.2 Estado de Pobreza e Estado de Indigência

Antes de tudo, faz-se necessária o entendimento do termo eutanásia social ou mistanásia (ZAGANELLI et al., 2016), como uma morte lenta, cruel e miserável decorrente do estado de abandono em que se encontram grande parte da população brasileira.

Desse modo, face ao quadro exposto anteriormente, os autores Zaganelli et al (2016), referindo-se a mistanásia situam que:

O grande problema é o desrespeito do poder público pela dignidade da pessoa humana, uma vez que o mesmo deveria propiciar não somente a “morte digna”, mas a vida com qualidade, bem-estar e saúde. Assim, a mistanásia está relacionada às políticas públicas de saúde e à qualidade de vida que deve fazer parte do planejamento do governo em busca de justiça social.

Nessa direção, pensa-se que uma das estratégias para eliminar a judicialização do sofrimento humano é a integração dos cuidados paliativos ao sistema de saúde. Assim, se compreende os Cuidados Paliativos na perspectiva da garantia de direitos, dando-se destaque ao planejamento de ações de prevenção de situações- limite, por exemplo: pacientes abandonados pelas famílias, famílias em disputas por patrimônio e herança, disputas por pensão por morte (casos de pacientes com mais de uma família), pacientes que falecem e deixam menores sem definição de guarda, pacientes oriundos das ruas que morrem como indigentes e as instituições de saúde enfrentam uma burocracia que obstaculiza a realização do funeral de forma mais ágil, etc. (FROSSARD, 2016).

No país, o Instituto nacional de Câncer – INCA afirma que as neoplasias malignas são a segunda causa de morte no Brasil. Para 2018/2019, a estimativa é de 600 mil casos de câncer no país (INCA, 2018).

A assertiva em epígrafe traduz a importância da intervenção profissional no óbito e no pós-óbito- às famílias continuam necessitando de orientações (registros, dúvidas em relação a seguros e outros) ou no que diz respeito às recordações, no caso de familiares de crianças. (LIMA E SOUZA, 2012).

Sabe-se que o trabalho interdisciplinar em programas de atenção em cuidado paliativo é primordial para a garantia de ações integradas, criativas e transparentes. Portanto, a cooperação entre Enfermagem e Serviço Social gira em torno das respostas que podem ser requeridas pelos pacientes em cuidados no fim da vida- CFV considerando (SBGG, ANCP, 2015): o respeito à sua vontade e às suas preferências; o estímulo à presença de familiares e amigos; a facilitação das reconciliações; a resolução de pendências e a assistência espiritual.

Para Jorge Pontes (2017), a interdisciplinaridade abre para as profissões a possibilidade de um diálogo aprofundado culminando em convergência e complementaridade entre as mesmas e, conseqüentemente, uma integração de conhecimentos específicos para uma intervenção na realidade.

Assim posto, compreende-se que o cotidiano é o lócus onde se expressam experiências de vida e as relações sociais que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições (HELLER, 2008).

Desse modo, a reflexão sobre a intervenção interdisciplinar em Cuidados Paliativos se dá a partir dos microespaços, pois é neles que circulam todos os dias milhares de pessoas anônimas com suas dúvidas e dores.

Nesta perspectiva, Oliveira (2012, p. 544), salienta a necessidade de orientar os familiares/responsáveis (pessoa física ou jurídica), para o atendimento as “demandas de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos, a fim de contribuir para a organização da família frente à difícil situação que se avizinha”.

Neste sentido, pode-se afirmar que a enfermagem e o Serviço Social fortalecem os seus elos de intervenção por meio do trabalho com as famílias ou redes de apoio, em conformidade com as diretrizes postas nos processos de humanização e nos parâmetros éticos e legais vigentes.

Assim, faz-se pertinente à capacitação das equipes para lidar com condições tão adversas inerentes a atual realidade brasileira e que requerem respostas além da esfera clínica.

Recorrendo, a Pereira (2000) enfatiza-se que os mínimos sociais são definidos de acordo com cada realidade nacional, pois expressam valores e assumem características próprias que se adequam aos diferentes momentos históricos pelos quais passa uma determinada sociedade em seu desenvolvimento. Infelizmente, no Brasil, a questão social encontra-se restrita a perspectiva de mínimos sociais.

A palavra indigência (do latim *indigentia*) significa falta de meios para satisfazer as necessidades básicas (alimentação, roupa e outros). Está intimamente associada à palavra pobreza em sua acepção de inóxia. Assim, é pertinente essa diferenciação, uma vez que ser pobre não significa estar necessariamente na condição de indigente (extrema pobreza em associação com total abandono da família residindo em albergues; indigentes com transtornos mentais e sem documentação; pessoa sem familiares vivos com moradia fixa; mendigos e outros).

De acordo, com estudo de Natalino publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016), o Brasil tem cerca de 100 mil pessoas morando nas ruas. Na cidade do Rio de Janeiro, registrou-se um significativo aumento no número de moradores de rua (o equivalente a população de 15 municípios do estado), bem como a presença de diferentes características apresentadas por essa população.

De acordo, com estudo da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (2017), publicado em diversas mídias, o número total de moradores de rua foi de 5.580, em 2013, para quase 15 mil em 2016. O principal motivo apresentado pelo grupo estudado para esse deslocamento (moradia fixa- rua) foi o conflito familiar que está associado à escolaridade elevada (superior completo) - registrou um aumento de 70% entre os anos de 2015 a 2016-, o que reflete a grave crise econômica que o estado vem atravessando desde 2015.

Apesar da inexistência de estatística nacional com medição precisa sobre a população de rua, é certo que o seu tamanho tem relação com pobreza, com a desigualdade social e a infraestrutura urbana (NATALINO, 2016). Assim, torna-se uma população em potencial para requisições inerentes ao campo dos cuidados paliativos.

Assim posto, enfatiza-se a importância da direção à ação profissional do assistente social voltada à garantia de direitos, associando direitos humanos e saúde, a partir da vital distinção entre estado de pobreza (carência material e de bens e serviços essenciais) e estado de indigência (inexistência de bens materiais e acesso aos serviços essenciais).

Observe os quadros 7 e 8, a seguir.

<b>Estado de Pobreza</b>		
<b>Nível</b>	<b>Básico de Rotina</b>	<b>Intensivo</b>
<b>Antes</b>	<b>Avaliação social e, em caso, de falta da documentação civil, ou irregularidade da mesma: orientação para regularização da documentação civil (retirada de registro tardio; regularização do estado civil e, retirada de segunda via de documentação), verificar a existência de representação legal e, nos casos específicos, se há definição de guarda dos seus dependentes.</b>	
<b>CFV</b>		
<b>Durante</b>	<b>Em caso de falta da documentação civil e pendência de guarda dos seus dependentes, atentar-se para a realização de encaminhamento para os órgãos específicos, com laudos e relatórios (quando for o caso), para a resolução e notificação dos casos.</b>	
<b>CFV</b>	<b>Identificação e orientação quanto ao benefício assistencial para o sepultamento, na localidade de origem do usuário, conforme preconiza a Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS nº 12.435/2011.</b>	
<b>Óbito</b>	<b>Encaminhamento para a rede socioassistencial e na ausência desta encaminhar para a judicialização. Enterro comum</b>	<b>Orientação quanto à retirada do atestado de óbito junto à unidade hospitalar, e encaminhamento urgente para a rede socioassistencial ou judicialização para a retirada do corpo em domicílio.</b>

Quadro 7 Estado de Pobreza

<b>Estado de Indigência</b>		
<b>Antes</b>	<b>do</b>	<b>Avaliação Social e abordagem na busca de referências e identificação</b>
<b>CFV</b>		
<b>Durante</b>	<b>o</b>	<b>Ausência da rede familiar – O Estado é responsável pelo indivíduo de acordo com a legislação vigente.</b>
<b>CFV</b>		
<b>Óbito</b>		<b>O Serviço Social notifica a instituição (Defensoria Pública- DPU), que por meio de seus processos jurídico e administrativo deve notificar o Ministério Público. Enterro – Vala Pública.</b>

Quadro 8. Estado de Indigência

Nos quadros dispostos em epígrafe, faz-se pertinente explicitar o que se compreende como nível básico em Cuidados Paliativos (SBGG, ANCP, 2015), ou seja, é quando se considera o cotidiano das equipes ao prestar assistência ao paciente em domicílio (sendo própria ou provisória) ou em uma instituição de longa permanência. Já



o nível intensivo é entendido como a assistência prestada na residência (sendo própria ou provisória), no hospital ou instituição de longa permanência requerendo cuidado em tempo integral visando o gerenciamento de dor e sintomas ou intercorrências inerentes à fase final da doença, bem como, prover cuidados durante as últimas horas de vida.

Recorde-se que nas últimas horas de vida, o paciente deve se sentir “acolhido em seu ambiente, com presença contínua de alguém querido ao seu lado, suficientemente capaz de cuidar de detalhes do conforto e, ao mesmo tempo, permitir partida serena e digna” (AMÉRICO, 2012, p.542).

Os cuidados durante a morte e o morrer estão relacionados, por exemplo, às abordagens práticas relacionadas aos cuidados físicos pelo corpo de enfermagem; as orientações funerárias e as orientações sociais envolvendo o óbito e o pós-óbito.

No Quadro 9, disposto na sequência, se destacam alguns procedimentos práticos relacionados à intervenção do Serviço Social.

PROCEDIMENTOS GERAIS	
<b>Óbito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Orientação quanto aos trâmites legais para o sepultamento</li><li>◆ <b>Perda de documentação</b> Retirada de segunda via da documentação civil no cartório da origem. Na ausência de familiar e/ou responsável à instituição poderá efetuar a retirada do documento. Sem referência de origem: comunicar à delegacia da circunscrição para a identificação por meio de papiloscopia.</li><li>◆ <b>Ausência de documentação</b> Comunicar à instituição que notificará o Ministério Público.</li></ul>

<b>Pós-óbito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Fornecimento de orientações e declarações para a aquisição dos direitos previdenciários aos familiares.</li> <li>◆ Relatórios para definição de segurados e guarda de dependentes, e/ou outras questões de heranças, quando solicitado (verificar comprovação da vinculação do solicitante ao falecido).</li> <li>◆ Orientação quanto aos direitos sociais e previdenciários (pertinentes às questões de identificação, sepultamento, assistência e pensões), de acordo com as legislações vigentes nas esferas municipal, estadual e federal.</li> <li>◆ Após a avaliação médica, e diante da comunicação do profissional (verbal e descrita em prontuário), à equipe multiprofissional; a atuação do Serviço Social será direcionada às necessidades sociais inerentes a morte.</li> <li>◆ Realizar a identificação prévia do familiar e/ou responsável e o cuidador principal para a avaliação da necessidade de facilitar ou não o processo de comunicação com os demais familiares.</li> <li>◆ Identificação de necessidades para suporte psicológico e/ou espiritual das famílias.</li> </ul>
------------------	--

Quadro 9. Cuidados no óbito e no pós-óbito

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se focou na compreensão da intervenção profissional do assistente social, nos Cuidados Paliativos em Oncologia, com ênfase nos Cuidados no Fim da Vida - CFV.

No decorrer da investigação tornou-se explícito os desafios do campo em questão na realidade nacional. Assim, pode-se afirmar que o Serviço Social visa a ofertar medidas de conforto ao paciente que sem possibilidade de cura vivencia os múltiplos fenômenos da questão social que impactam diretamente no cotidiano de sua vida.

O Serviço Social tem por base a garantia dos direitos dos pacientes. Para esse profissional, a sua intervenção vai além das necessidades dos mesmos, pois inclui as famílias com o objetivo de identificar as dificuldades e possibilidades postas na realidade considerando os recursos disponíveis para o suporte necessário para a promoção da qualidade de vida.

Entende-se a qualidade de vida inserida na filosofia dos Cuidados Paliativos como sinônimos de controle da dor e alívio dos sintomas. Dessa forma, garantir qualidade de vida das pessoas em Cuidados Paliativos implica em ir além do aparato de métodos e técnicas restritas ao âmbito clínico; se faz necessário que o indivíduo tenha acesso a

uma gama de políticas sociais visando um morrer digno.

Importa ressaltar, que as famílias possam ter condições de prestar assistência e cuidados pertinentes, se tornando primordial uma adequada reorganização dos cuidados, pois são inegáveis a recorrência de situações de conflito e o descompasso entre a expectativa que a sociedade nutre diante da questão e o que a doença de fato acarreta. O plano de cuidados deve valorizar não apenas a doença, mas principalmente o indivíduo, agregando saberes do cuidador cujo olhar está direcionado a vida de seu familiar, ou seja, na melhoria de seu estado geral.

Assim posto, compreende-se, que a interdisciplinaridade como um motor de desenvolvimento para uma adequada promoção dos Cuidados Paliativos em oncologia onde a dor social é uma dimensão a ser tratada e compartilhada por todos os paliativistas.

Considerando um dos princípios dos Cuidados Paliativos, qual seja: abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto (ANCP, 2012), destacou-se as intensas trocas de saberes entre os paliativistas e, em especial, o Serviço Social no cotidiano, enfatizando o núcleo específico da ação do assistente social, nos termos de Merhy (2017).

Concluiu-se, primeiramente que se faz pertinente à capacitação das equipes para lidar com condições tão adversas inerentes a atual realidade brasileira e que requerem respostas para além da esfera clínica. Portanto, devem ser consideradas as requisições por parte dos usuários e de suas famílias, da equipe e do processo de integração da rede de cuidados em Cuidados Paliativos, com especial atenção às populações em estado de pobreza ou de indigência.

Outro fator preponderante, ao se enfatizar os microespaços de assistência em Cuidados Paliativos, diz respeito a incentivar o desenvolvimento de pesquisas estratégicas que tem como finalidade atingir e manter níveis adequados de efetividade nos serviços ofertados.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS- ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos**, 2012.

AMÉRICO, Ariel de Freitas Quintão. **As últimas quarenta e oito horas de vida**. In Carvalho, Ricardo Tavares e Parsons, Henrique A. **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, 2012.

ANDRADE, Leticia. **Cuidados Paliativos e Serviço Social: um exercício de coragem**. V.1, 1ªed. Holambra-São Paulo: Setembro Editora, 2015.

APERIBENSE, Pacita, Geovana Gama de Sousa, BARREIRA, Ieda de Alencar. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. In. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. vol.42 n.3 São Paulo: USP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada. **Equipe de referência e projeto terapêutico**

**singular.** Brasília: 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 19/GM de 03 de janeiro de 2002. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

ZAGANELLI, Margareth Vetis et al. Eutanásia Social: “ Morte Miserável ” e a “Judicialização da Saúde”. In. **Revista eletrônica Derecho y Cambio Social.** Peru: Biblioteca Nacional, 2016. Disponível em: Acesso em: 12 de maio de 2018.

FROSSARD, Andrea. Os Cuidados Paliativos como política pública: notas introdutórias. In Fonseca, F. (Org). **Revista EBRAPE**, vol.14, Edição Especial. São Paulo: FGV, 640-655, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018:** incidência de câncer no Brasil – Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

LIMA E SOUZA, Jussara de. **Cuidado Paliativo na UTI Neonatal.** In Moritz, Raquel Duarte Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Ateneu, 2012, p.85- 94.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA- SBGG, ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS- ANCP (2015). **O que são Cuidados Paliativos?** Disponível em:. Acesso em: 12 de maio de 2018.

KAASA, STEIN et al. Integration of Oncology and Palliative Care: a Lancet Oncology Commission. 2018. Disponível em: Integration of Oncology and Palliative Care: a Lancet Oncology Commission. Acesso em: dez.2018.

JORGE, E. M; PONTES, R. N. A Interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões. In. **Revista Textos & Contextos.** vol. 16, n. 1, 175 – 187. Porto Alegre: PUCRS, 2017.

HELLER, AGNES. **O cotidiano e a história.** São Paulo: Paz e Terra, 2008.

OLIVEIRA, I. B. **Suporte ao paciente e à família na fase final da doença.** In. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: ANCP, 2012.

PEREIRA, P.A. **Necessidades humanas-subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2000.

NATALINO, M. A.C. **Estimativa da População de Rua no Brasil.** In. Texto para discussão 2246. Brasília- Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2016.

MARTINELLI, M.L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto Ético-Político Profissional.** São Paulo: Cortez editora, 2006.

\_\_\_\_\_. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. The Social Worker’s job in hospitals: daily challenges. **Serv. Soc.** São Paulo, n. 107, 2011, p. 497-508.

MERHY, E.E. (MEHYR, 2017). **O Ato de Cuidar:** a alma dos serviços de saúde? Disponível em: Acesso em: 18 de maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados Paliativos,** 2017. Disponível em: <<http://portalhospitaisbrasil.com.br/os-cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 02/04/2018.

RODRIGUES, L.F. **Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos.** **Academia Nacional de Cuidados Paliativos.** Manual de Cuidados Paliativos (p. 58-62). Diagraphic. Rio de Janeiro: 2009

PESSINI, L - **Humanização dos cuidados em saúde:** O desafio de cuidar do ser com competência humana e científica. In. Humanização e Cuidados Paliativos. - Leo PESSINI; BERTACHINI (Orgs). São Paulo-SP: EDUNISC-Edições Loyola, 2004.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto** - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-300-2



9 788572 473002