



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**CRISTIANA CARLA DA SILVA**

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O  
TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2019**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

silva Silva, Cristiana Carla da.

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O TRABALHO DO  
SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS / Cristiana Carla  
da Silva. - João Pessoa, 2019.

37 f.

Orientação: Ana Paula Rocha de Sales Miranda Miranda.  
TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Assistente Social; Serviço Social. 2. Cuidados  
Paliativos;Direitos Sociais. 3. Cuidado Ético. I.  
Miranda, Ana Paula Rocha de Sales Miranda. II. Título.

UFPB/BC

CRISTIANA CARLA DA SILVA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O  
TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para obtenção do título de Especialista em Cuidados Paliativos.

**Observar a titulação.**

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>....Ana Paula Rocha de Sales Miranda.....

João pessoa -PB  
2019

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Apresentado em: 22/08/2019

### BANCA EXAMINADORA

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Dr<sup>a</sup> Ana Paula Rocha de Sales Miranda  
Orientadora

Patrícia Barreto Cavalcanti

Dr<sup>a</sup> Patrícia Barreto Cavalcanti  
Membro Titular

Carla Mousinho F. Lucena

M<sup>a</sup>. Carla Mousinho Ferreira Lucena  
Membro Titular

João Pessoa - PB

2019

## AGRADECIMENTOS

À deus, meu alicerce em todos os projetos da minha vida.

À Professora Dra. Solange Costa pelo desbravamento, dedicação, amor, e por ser a idealizadora da primeira turma de Cuidados Paliativos do Estado da Paraíba.

À Ana Mabel Felisberto, pela celeridade e eficiência em todos os momentos do curso.

À coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar-SAD, do município de João Pessoa-PB, pela preocupação em capacitar os profissionais do serviço, e consequentemente, ofertar aos usuários uma assistência diferenciada e humanizada.

Às minhas orientadoras, Professora Dra. Patrícia Barreto e Dra. Ana Paula Miranda, pela paciência e dedicação para a conclusão deste trabalho.

Ao meu marido Rafael Medeiros, meu amor, pelo apoio incondicional nas minhas decisões e delinear das nossas vidas.

À minha querida mãe, meu exemplo de vida, pela motivação diária.

Às minhas queridas amigas Dra. Leônia Maria, Simone Lins e Natália Cavalcante, Daniele Cartaxo e Claudenizia, pela amizade, os momentos compartilhados, de dificuldades, encorajamento nas minhas decisões, risadas e afetos.

Ao meu Tio Arnaldo, exemplo de força e fé, faltando poucos meses para concluir essa especialização, descobriu um câncer de pâncreas e tem ensinado à todos os familiares o verdadeiro sentido da vida, com suas limitações e perseverança pela vida. É importante destacar, que atuação de uma equipe interdisciplinar em cuidados paliativos tem contribuído para o seu tratamento de forma exemplar, tem ressignificado a sua vida.

## RESUMO

# ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

### **Resumo:**

Este artigo objetivou analisar as produções científicas acerca do trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos em periódicos nacionais *on-line*, no período de 2005 a 2019. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de revisão integrativa, do tipo exploratória, realizada entre maio e agosto de 2019, que utilizou a análise de conteúdo para interpretação dos dados. Conclui-se que: as pesquisas voltadas à temática permanecem incipientes; o trabalho deve ser interdisciplinar; o assistente social é compreendido como o elo entre paciente, família e equipe, cabendo-lhe principalmente: orientação dos direitos sociais, acolhimento, escuta qualificada, suporte contínuo e estímulo à participação familiar, o que lhe exige uma intervenção baseada no cuidado ético, conhecimento da população e da rede e articulação entre as políticas sociais para ampliação do acesso e bem-estar dos usuários.

**Palavras-chave:** Assistente Social; Serviço Social; Cuidados paliativos; Direitos sociais; Cuidado ético.

## ABSTRACT

# ANALYSIS OF KNOWLEDGE PRODUCTION ON SOCIAL WORK IN PALLIATIVE CARE

**Abstract:**

The objective of this article was to analyze the evaluate production of social workers duties in palliative care, published in national online journals, ranging from 2005 to 2019. A bibliographic research of integrative review was performed, exploratory type bias, carried out between May and August 2019, focused on the content analysis for data interpretation. It has been concluded that: the researches focused on the theme are still incipient; work must be interdisciplinary; the social worker is represented as a bond among patient, family and team, being responsible mainly on: guidance about social rights, hosting, qualified listening, continuous support and encouragement to family participation, which requires from him/her an intervention based on ethical care, population and network knowledge, with close articulation between social policies in order to provide and expand access and well-being of users.

**Keywords:** Social worker; Social Work; Palliative care; Social rights; Ethical care.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 MÉTODO.....	10
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO.....	19
5 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	36



## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma abordagem que busca promover cuidados intensivos aos pacientes com doença progressiva, degenerativa e sem possibilidades de cura para aliviar o sofrimento e a dor, numa perspectiva holística e humana e além da intervenção para melhoria da qualidade de vida destes pacientes, atua também junto às suas famílias, por compreender sua importância no tratamento, reconhecendo a necessidade de auxiliá-los para lidarem com a situação em que se encontram, de modo a reduzir o sofrimento e o desgaste físico e emocional (UGARTE, 2014).

Para intervenção em cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a atuação em equipe multiprofissional no intuito de garantir uma abordagem integral e não focada na doença. Dentre os profissionais que compõem a equipe mínima está o assistente social que, além de poder intervir junto ao paciente quando este está consciente e tem autonomia, irá atuar junto à equipe e às famílias no sentido de facilitar a viabilização do direito social à saúde, bem como a outras políticas sociais, mediante estratégia de intersetorialidade.

Neste sentido, este trabalho objetiva analisar na produção do conhecimento contida em periódicos nacionais on-line na área de Serviço Social e de Saúde Coletiva como tem se caracterizado a atuação profissional de assistentes sociais em cuidados paliativos.

A inquietação que instigou a estudar essa temática surgiu em 2010, a partir da experiência como assistente social residente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na ênfase ao paciente crítico, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando na ocasião, ao atuar no referido setor, pôde-se verificar a existência de diversas questões e distintos dilemas que se interpunham ao trabalho como assistente social, tais como: processo saúde-doença atrelado ao alto índice de óbitos, carência de recursos financeiros dos familiares, falta de conhecimentos sobre os direitos sociais e de saúde, necessidade de articulação entre as políticas públicas para que o paciente tivesse uma alta hospitalar segura, entre outros.

A esta experiência, somou-se a atuação como assistente social desde 2012 no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de João Pessoa-PB, o qual atende pacientes acamados, em fase aguda, e que precisem de reabilitação em curto

prazo de tempo, reforçando a continuidade da assistência e o atendimento de acordo com suas demandas, cujos cuidados paliativos passaram a ser incorporados ao trabalho da equipe desde 2016, a partir da Portaria nº 825/2016 que estende este tipo de cuidados em saúde domiciliar ao paciente com câncer.

Mister destacar que este trabalho está atrelado ao projeto integrado “Cuidados Paliativos e Serviço Social: um debate necessário” desenvolvido no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS), do Departamento em Serviço Social da UFPB, cujas discussões têm se direcionado à análise do trabalho de assistentes sociais com cuidados paliativos e identificado mediante levantamentos preliminares realizados acerca do binômio “cuidados paliativos e Serviço Social” que a produção científica ainda se mostra incipiente, o que reforça sua relevância.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Detalhamento da Metodologia**

Este estudo classifica-se como do tipo exploratório, resultou de uma revisão integrativa da literatura que envolveu uma pesquisa bibliográfica e utilizou o método dialético no processo investigativo e de análise, por compreendê-lo como viabilizador de uma “reflexão crítica e totalizante” acerca “dos conceitos já existentes” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 40), de modo a comprová-los ou superá-los, mediante diálogo permanente com a realidade investigada.

A pesquisa exploratória visa colher informações relativas a um objeto, de modo que seja possível mapear as formas como se manifesta em uma determinada área ou setor (SEVERINO, 2016).

Sobre a pesquisa bibliográfica, Severino (2016) informa que ela “[...] se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores”, empregando dados ou categorias que foram estudados e registrados por outros pesquisadores. Isto possibilita uma maior amplitude do alcance das informações acerca da temática investigada, mediante sistematização dos dados espalhados em diversas publicações.

Para elaboração do instrumento e análise do material, tomou-se como parâmetros as orientações Botelho, Cunha e Macedo (2011) sobre a revisão bibliográfica sistemática e de Lima e Míoto (2007) para leitura e seleção do material.

Segundo estas, a fase da leitura do material na pesquisa bibliográfica envolve as etapas de: localização e reconhecimento das obras que serão submetidas à posterior análise; leitura exploratória; seleção do que realmente se enquadra nos objetivos da pesquisa; estudo reflexivo-crítico do material; e interpretação das ideias expostas pelos autores em suas obras e, para a investigação das soluções, é sugerida a montagem de um roteiro que permita elucidar as questões centrais dos estudos selecionados. O percurso da pesquisa envolve as etapas de: “investigação das soluções; análise explicativa; e síntese integradora” (SALVADOR, 1986 apud LIMA; MIOTO, 2007, p. 42).

Botelho, Cunha e Macedo (2011) informam que a revisão bibliográfica sistemática do tipo integrativa possibilita a aquisição mais abrangente da compreensão de um fenômeno particular mediante análise do conhecimento já construído, permitindo também que sejam produzidos novos conhecimentos acerca de um tema. A revisão integrativa deve, entre outros fatores, aplicar critérios selecionados, ter uma seleção criteriosa, uma avaliação reprodutível, e uma síntese quantitativa. Ademais, de modo geral, deve também permitir a facilitação da tomada de decisões em Ciências da Saúde e seguir as etapas de: formulação da pergunta, localização dos estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta, análise e interpretação dos dados e aprimoramento/atualização da revisão.

Neste sentido, o tema da pesquisa foram os cuidados paliativos, o objeto de investigação foi o trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos e, por conseguinte, este estudo se propôs a responder como tem se caracterizado na produção do conhecimento a atuação de assistentes sociais em cuidados paliativos, cujas análises podem permitir uma melhor compreensão do que é atribuição do Serviço Social em cuidados paliativos, tanto no que diz respeito à dimensão técnico-operativa, quanto à dimensão ética, daí a opção pela revisão integrativa, tendo em vista que ela é uma das formas cabíveis para consecução de evidências que ensejem um suporte à ampliação das informações científicas e das intervenções (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para Botelho, Cunha e Macedo (2011, p. 124), “[...] a revisão bibliográfica sistemática tem a finalidade de ratificar a efetividade de uma intervenção”, permitindo, ainda, no âmbito das Ciências Sociais, a possibilidade de serem desveladas as contradições. Como a sistematização e publicação/divulgação do trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos ainda resta incipiente, este tipo de pesquisa apresenta relevância científica e social.

Em alusão aos “parâmetros” para a pesquisa bibliográfica definidos por Lima e Mioto (2007), o “parâmetro temático” relacionou-se aos estudos que versavam sobre a atuação de assistentes sociais em cuidados paliativos; o “linguístico” compreendeu a seleção de obras somente em português; as “fontes” ou “bancos de dados” procederam da pesquisa em 11 (onze) periódicos, dos quais 4 (quatro) eram A1 – Serviço Social & Sociedade, Katálysis, Textos & Contextos e Revista de Políticas Públicas da UFMA –, 3 (três) eram A2 – Em Pauta, Argumentum e Ser Social – 3 (três) eram A4 – Serviço Social em Revista, Temporalis e Emancipação – e 1 (um) era B1 – Libertas –, tomando-se como referência as áreas de Serviço Social e Saúde Coletiva, através dos seguintes bancos de dados: o Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde) e Latindex; e, por fim, como “parâmetro cronológico”, optou-se pela inclusão das obras a partir de 2005 até o ano presente, cuja data inicial foi definida em decorrência da criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), responsável por tecer importantes discussões sobre essa temática no âmbito da política de saúde.

Como critérios de inclusão das obras selecionadas, considerou-se aquelas que possuísem os descritores “Serviço Social”, “assistente social” e “cuidados paliativos”.

Utilizou-se como critério de exclusão as obras que, embora tivessem um ou dois dos primeiros descritores referidos, não incluíssem o descritor “cuidados paliativos” nas suas discussões e, portanto, não se referissem ao trabalho de assistentes sociais nesta abordagem terapêutica, seja tratando sobre as especificidades da sua intervenção, seja sobre sua atuação em equipe interdisciplinar. Além disto, foram excluídos os trabalhos que não estivessem disponíveis *on-line* ou que fossem publicados fora dos periódicos previamente selecionados para a pesquisa.

Um resumo da categorização dos estudos selecionados será apresentado no item subsequente, junto com os resultados da pesquisa.

A seleção inicial compreendeu a leitura dos títulos, resumos e palavras-chave. Já a leitura detalhada das obras incluiu apenas aquelas que versassem especificamente sobre o objeto de estudo desta pesquisa.

No que concerne aos periódicos pesquisados, a pesquisa foi realizada entre os meses de maio e agosto de 2019, foram analisados 3.186 (três mil, cento e oitenta e seis) trabalhos, dos quais 3.101 (três mil, cento e um) eram “artigos”, 14 (quatorze) “relatos de experiência”, 18 (dezoito) “pesquisas”, 7 (sete) “estudos”, 1 (uma) “pesquisa

teórica”, 37 (trinta e sete) “ensaios”, 4 (quatro) “dossiês”, e 4 (quatro) “à parte”. A Tabela 1 dá o demonstrativo quantitativo da distribuição dos artigos conforme os descritores isolados, nos periódicos selecionados, informando também seus respectivos qualis.

Nos periódicos pesquisados, foram desconsiderados “editoriais” e/ou “apresentações”, “resenhas”, “resumos de teses e dissertações”, “debates”, “entrevistas”, “discursos”, “homenagens” e /ou “homenagens de vida”, “depoimentos”, “documentos”, “comunicações comemorativas”, “sessões especiais”, bem como os registros de “conferências”, “mesas redondas”, “painéis”, “mesas temáticas”, e “palestras”.

**Tabela 1 – Detalhamento dos periódicos e da quantidade de artigos selecionados por descritor**

Periódico	Qualis	Serviço Social	Assistente Social	Cuidados Paliativos
Serviço Social & Sociedade	A1	71	28	-
Katálysis	A1	63	3	1
Textos & Contextos (Porto Alegre)	A1	59	21	2
Revista de Políticas Públicas da UFMA	A1	23	13	1
Em Pauta	A2	47	11	-
Argumentum (Vitória)	A2	10	7	-
Ser Social	A2	20	6	-
Serviço Social em Revista	A4	18	18	-
Temporalis	A4	76	12	-
Emancipação (Online) (Ponta Grossa)	A4	21	10	-
Libertas	B1	32	12	-
<b>TOTAL</b>		<b>440</b>	<b>141</b>	<b>4</b>

Fonte: Primária (João Pessoa – 2019)

Cabe destacar que nem todos os periódicos tinham disponibilizados seus volumes *on-line* desde 2005, conforme Tabela 2, mas que optou-se por manter a data inicial por considerá-la um marco em cuidados paliativos no Brasil.

**Tabela 2 – Periódicos e anos de referência disponíveis para pesquisa *on-line***

Periódico	Anos de referência
Serviço Social & Sociedade	2010 a 2019
Katálysis	2009 a 2019
Textos & Contextos (Porto Alegre)	2006 a 2018

<b>Revista de Políticas Públicas da UFMA</b>	2005 a 2019
<b>Em Pauta</b>	2007 a 2019
<b>Argumentum (Vitória)</b>	2009 a 2019
<b>Ser Social</b>	2006 a 2019
<b>Serviço Social em Revista</b>	2009 a 2019
<b>Temporalis</b>	2010 a 2018
<b>Emancipação (Online) ( Ponta Grossa)</b>	2005 a 2019
<b>Libertas</b>	2006 a 2018

**Fonte:** Primária (João Pessoa- 2019)

Após a seleção do material, procedeu-se à análise categorial dos artigos, conforme será demonstrado no item subsequente.

### **3 Resultados**

Para compreender como está sistematizado o trabalho de assistentes sociais junto a usuários com cuidados paliativos na produção do conhecimento da área, utilizou-se da análise de conteúdo e optou-se por organizar os dados em 4 (quatro) eixos temáticos: “trabalho interdisciplinar”, “competências do assistente social”, “trabalho com famílias” e “trabalho em rede”, demonstrados a seguir, conforme os trechos das obras selecionados.

#### *3.1 Apontamentos sobre Cuidados Paliativos*

Em termos gerais, a prática de cuidados paliativos se associou inicialmente aos chamados *hospices*, destinados ao cuidado de viajantes e doentes e teve como precursora a inglesa Cicely Saunders, com formação em Enfermagem, Serviço Social e posteriormente Medicina que, no século XX, ao intervir em um *hospice*, passou a dedicar seus estudos ao alívio da dor e do sofrimento em doentes terminais, incluindo a preocupação com o apoio espiritual, o que originou posteriormente o Movimento Hospice Moderno (MACIEL, 2008; ANCP, 2009).

Em âmbito internacional, coetaneamente houve dois marcos em cuidados paliativos: a “Carta de Praga”, voltada à promoção do acesso desses cuidados como direito humano e a Resolução de Cuidados Paliativos na Assembleia Mundial de Saúde,

em 2014, destinada à ampliação do acesso a este tipo de tratamento, tornando-o uma prioridade (UGARTE, 2014).

Conceitualmente, em 2002 houve uma atualização do significado de cuidados paliativos e o termo foi reiterado em 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma abordagem que visa promover qualidade de vida a pacientes e seus familiares em quadros de doenças que ameaçam a continuidade da vida, buscando a prevenção e o alívio da dor e do sofrimento, sendo ideal a detecção precoce, desde o diagnóstico do problema e sua intervenção imediata para maior eficiência no tratamento que deve ser realizado de forma individual, com foco no paciente, respeitando seu direito à informação e à autonomia em todos os processos decisórios. A recomendação atual superou a primeira definição de cuidados paliativos da OMS, que, ao centrar-se na atenção aos pacientes fora de possibilidade de cura, implicava em cuidados associados tão somente à sua fase terminal (MACIEL, 2008).

Segundo a OMS, os cuidados paliativos devem ser “[...] integrados ao plano terapêutico desde o diagnóstico, com ênfase no controle dos sintomas e na promoção da qualidade de vida ativa e autônoma” (UGARTE, 2014, p. 18), de modo a assistir o paciente durante o processo evolutivo da doença, favorecendo uma morte digna, com assistência estendida aos seus familiares durante o tratamento, mas também no seu luto e após a morte do paciente.

Outrossim, representam uma abordagem terapêutica que deve ser desenvolvida por equipe multidisciplinar, a partir de uma visão humanizadora, que acolhe o doente fora de possibilidade terapêutica de cura e seus familiares que também sofrem como o paciente, com atenção em todos os detalhes e sintomas para maior conforto e bem-estar do doente, cuja amplitude dos cuidados dependerá da fase em que se encontra a doença (MACIEL, 2008; TAQUEMORI; SERA, 2008; HERMES; LAMARCA, 2013).

Sobre o trabalho em equipe, Taquemori e Sera (2008, p. 55, grifos do autor) assinalam que os cuidados paliativos correspondem a “[...] conjunto de **atos multiprofissionais** que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude”.

Em relação à composição da equipe em cuidados paliativos, Taquemori e Sera (2008, p. 55) prosseguem informando que os profissionais,

[...] são os que controlam os sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes

das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes), do social (assistente social, voluntário).

A atuação dos profissionais dos profissionais de saúde deve ser interdisciplinar, abrangendo a prevenção dos sintomas, a avaliação e o tratamento da dor, tendo como relevantes os aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais em todo o processo de saúde-doença, no intuito de promover qualidade de vida em todos os estágios da doença (HERMES, LAMARCA, 2013).

Entre os pontos destacados para garantia da autonomia do doente nos processos decisórios do tratamento está a comunicação e ela precisa ser inteligível, clara para que o paciente e seus familiares possam participar do plano terapêutico, além das dificuldades para comunicação entre a equipe de saúde e aqueles, em relação à comunicação interdisciplinar, Silva (2008, p. 41) alerta que:

[...] para um bom cuidado é necessária uma comunicação adequada entre todos os diferentes setores da instituição (ambulatório, enfermarias, serviço de *homecare*) e entre as diferentes instituições; existe “territorialidade” entre os profissionais, falta uma filosofia comum, o uso da linguagem e da terminologia utilizada, por vezes, é diferente; e existe pouco contato entre as instituições para verdadeiras trocas das experiências.

No modelo contemporâneo da chamada “boa morte”, entendida como um processo natural, ao ser assistido por uma equipe interdisciplinar, o paciente deve ter respeitadas suas vontades e escolhas, com dignidade desde o processo de descoberta da doença até o estágio de fim de vida, sempre com acompanhamento dos familiares, envolvendo-os nos cuidados diários (HERMES; LAMARCA, 2013).

Conforme as recomendações da OMS, para que uma Política Nacional de Cuidados Paliativos seja constituída, é necessário que haja três tipos de política: 1) governamental que estimule a integração deste tipo de cuidados ao SUS, inclusive com investimentos financeiros; 2) educacional para promoção da formação de profissionais de saúde e da comunidade para este tipo de intervenção, tendo em vista que os cuidados paliativos são realizados tanto por profissionais, quanto por cuidadores formais e informais; e 3) medicamentos para manejo da dor e outros sintomas (UGARTE, 2014).

O trabalho em cuidados paliativos deve seguir alguns princípios gerais, tais como: promoção do alívio da dor e outros sintomas estressantes; reafirmação da vida e visão da morte como processo natural; estabelecimento de medidas ativas e reabilitadoras que nem antecipem, nem posterguem a morte; integração dos aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; oferta de suporte que permita ao paciente viver o mais ativamente possível, evitando a sedação pesada desnecessária; oferta de suporte à



família durante o processo de evolução da doença; iniciação precoce dos cuidados associados a medidas de prolongamento da vida (MACIEL, 2008).

No Brasil, a prática em cuidados paliativos foi iniciada na década de 1980, a partir de serviços vinculados diretamente aos cuidados paliativos e outros em que eles apareceram citados nas ações da rede de cuidados, associados sobretudo ao tratamento de doenças como câncer.

Dentre as experiências pioneiras, citam-se: a criação do primeiro serviço voltado aos cuidados paliativos, instaurado no Rio Grande do Sul, em 1983, seguido dos estados do Paraná e Santa Catarina e o atendimento a este tipo de cuidados na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e depois no Instituto Nacional do Câncer (INCA) que, em 1998, inaugurou uma unidade voltada exclusivamente aos cuidados paliativos. Todavia, seu crescimento se intensificou a partir dos anos 2000 (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em 2002 foi publicada a Portaria GM/MS nº 19/2002 que instituiu o Programa de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) e indicou o estabelecimento de equipes multidisciplinares para atenção de pacientes em cuidados paliativos, mas que, devido sua baixa operacionalização, foi revogada em 2006 pela Portaria nº 3.150 MS/GM que estabeleceu a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos para estruturação das Diretrizes Nacionais de Atenção em Cuidados Paliativos e Controle da Dor Crônica (UGARTE, 2014).

Também com baixa efetividade, datam do ano de 2002 a Resolução da ANVISA – RDC nº 202/2002 que dispensou a notificação de Receita “A” para pacientes cadastrados no Programa, a Portaria nº 1.3119 GM/MS que criou os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, a Portaria nº 472 responsável por aprovar as normas de cadastramento dos referidos centros e a Portaria nº 859 que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Tratamento da Dor Crônica – Codeína, Morfina, Metadona – revogada em 2012 pela Portaria SAS/MS nº 1.083 – (BRASIL, 2002, apud UGARTE, 2014).

Para a operacionalização deficiente dos cuidados paliativos na política pública de saúde confluem diversos fatores, dentre os quais se destacam a sua concentração e “[...] centralização nos grandes centros urbanos, os conflitos de natureza ética, a pequena ampliação da cobertura domiciliar, a qualificação profissional na área, entre outros”. (FLORIANI; SCHRMMAM, 2007 apud FROSSARD; SILVA, 2016, p. 283).

Constituem-se como marcos nacionais para os cuidados paliativos a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABPC), em 1997, e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2005, esta última com importância centrada na área de ensino e pesquisa, trazendo grandes contribuições e dando alicerce para a temática (HERMES; LAMARCA, 2013).

Há predominância da assistência em cuidados paliativos em unidades hospitalares e nos domicílios (FROSSARD; SILVA, 2016), mas como eles precisam se integrar à rede de serviços de saúde e demais serviços que permitam uma atenção global e/ou integral ao paciente (UGARTE, 2014), o assistente social é um dos profissionais que devem integrar a equipe interdisciplinar mínima para atuar neste tipo de cuidados, de modo a engendrar uma abordagem integral, atuando nos fatores que possam interferir no bem-estar do paciente e de seus familiares, fortalecendo a rede de apoio social.

O próximo tópico versará especificamente sobre a intervenção do assistente social nesta abordagem terapêutica.

### *3.2 Como se dá o trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos?*

Com a implantação do SUS, e a promulgação da Lei N° 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), o direito à saúde ganhou novos contornos, fazendo com que gestores, profissionais de saúde e usuários em geral passassem a compreender a saúde não apenas como ausência de doença, mas como fruto de ações integradas de promoção, prevenção e cura, de modo a ofertar maior qualidade de vida à população, cujos avanços legais demandaram mudanças institucional-organizacionais e funcionais que engendraram novos desafios e fundaram novas competências para os profissionais que trabalham nos serviços de saúde.

Dentre estas competências, estão os cuidados paliativos, cuja equipe multidisciplinar exerce um papel fundamental, pois o processo de morrer requer atenção dos profissionais para os aspectos biopsicossociais,

A visão da doença como um processo (integral) pretende que, no âmbito da sua profissão, cada profissional contribua para o alívio da dor e sofrimento de doentes familiares. Requer por isso um trabalho multidisciplinar. A multidisciplinariedade é, na sua essência, estimulante uma vez que conjuga seres únicos, irrepetíveis e com saberes distintos e variados na concretização de um objetivo. (ROMÃO, 2012, p. 35).

No que concerne à atuação do Serviço Social associada aos cuidados paliativos, Simão et. al (2010) destacam que esta é a categoria que menos vem discutindo sobre essa temática, embora possua papel fundamental no trabalho em equipe e ganhe destaque na área por trabalhar nas maiores instituições de cuidados paliativos no Brasil.

Assim, reconhecendo a importância do trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos e a necessidade de melhor sistematizar esta intervenção para seu aprimoramento e atendimento das demandas de usuários e familiares tendo como norte a qualidade dos serviços e a liberdade e o respeito àqueles, considerou-se a necessidade de empreender uma investigação que buscasse junto à produção do conhecimento, identificar e analisar como vem sendo realizado este trabalho no cotidiano da política de saúde, seja em ambientes hospitalares, seja na Atenção Básica e/ou na assistência domiciliar.

Ademais, conforme Martinelli (2011, p. 503), “[...] se queremos qualificar a intervenção, temos de fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar a construção de saberes comprometidos com a qualidade do exercício profissional”. Do mesmo modo, Frossard e Silva (2016) ratificam a necessidade de sistematizar as experiências profissionais, igualando sua importância à ação de planejamento do trabalho, pois tal sistematização permite a reflexão da intervenção, seu aperfeiçoamento e sua articulação à dimensão formativa da categoria.

#### 4 Discussão

No que tange especificamente à pesquisa de que trata este trabalho, após a leitura detalhada dos títulos, dos resumos e das palavras-chave dos 3.186 (três mil, cento e oitenta e seis) trabalhos identificados nos periódicos escolhidos no período de 2005 a 2019, chegou-se a um total de 6 (seis) artigos selecionados que tratavam sobre o trabalho de assistentes sociais com cuidados paliativos e, após uma segunda revisão, restaram 3 (três) artigos que foram incluídos porque possuíam vinculação direta com o tema da pesquisa, conforme Tabela 3.

Os outros 3 (três) artigos selecionados, embora trabalhassem a temática no corpo do texto, não puderam ser incluídos diretamente na pesquisa porque não continham o registro dos descritores escolhidos nos itens da pré-seleção e seleção da

coleta de dados, porém, como traziam importantes considerações a respeito da temática, foram utilizados na discussão teórica desta pesquisa.

**Tabela 3 – Detalhamento dos trabalhos encontrados relacionados à atuação de assistentes sociais em cuidados paliativos**

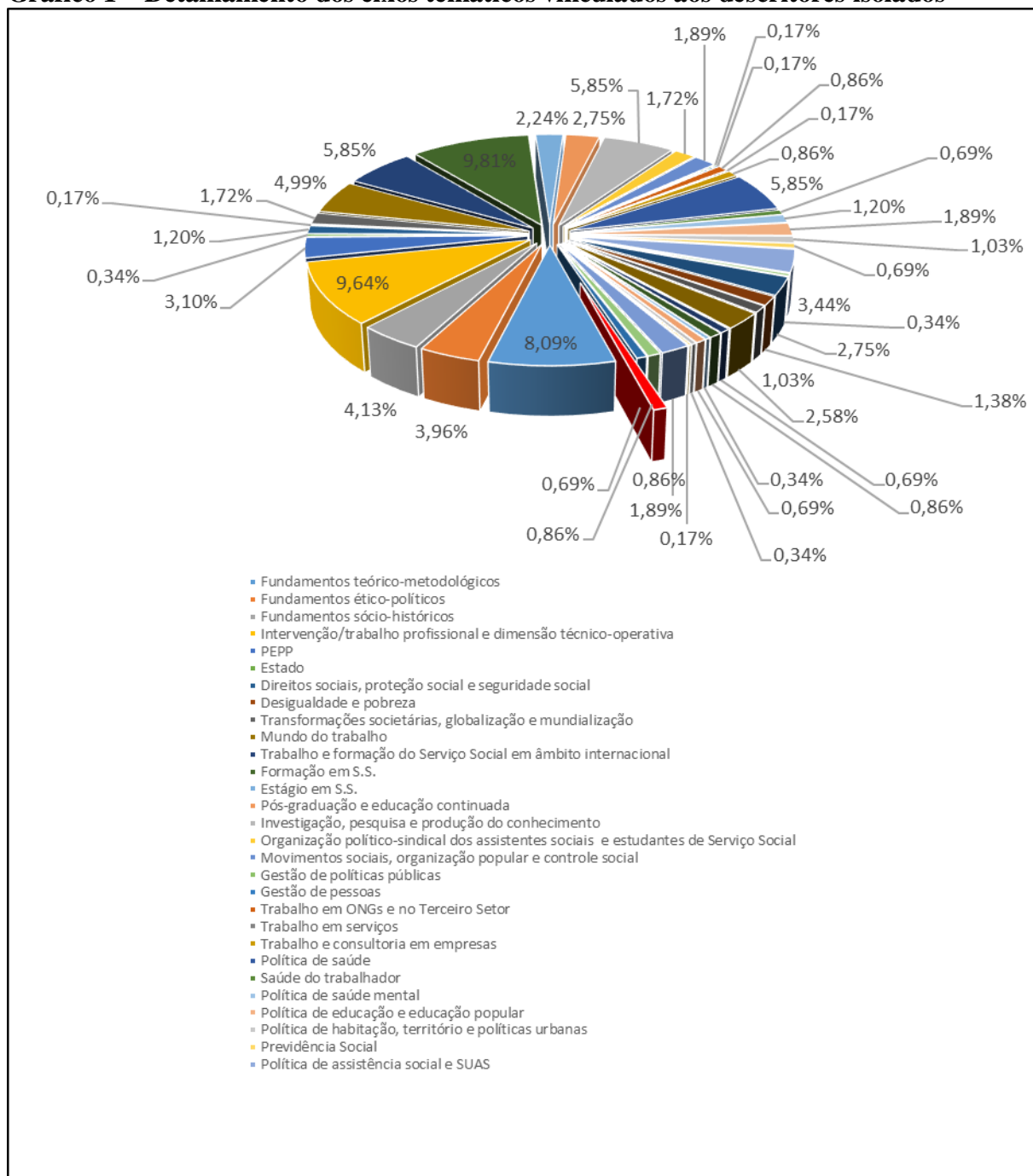
<b>Trabalho</b>	<b>Identificação do estudo</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descritores</b>
<b>Crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos: a intervenção do Serviço Social junto às suas famílias</b>	Roteiro de leitura 1	SILVA, Tatiana Silva Camara da	Políticas Públicas	2010	Artigo	Serviço Social; Cuidados paliativos
<b>Acolhimento e acesso aos direitos sociais: assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos</b>	Roteiro de leitura 2	MEDEIROS, Thaize de Sousa; SILVA, Olinda Rodrigues da; SARDINHA, Ana Lídia Brito	Textos & Contextos	2015	Artigo	Cuidados paliativos; assistente social
<b>Experiência da residência multiprofissional em Serviço Social e cuidados paliativos</b>	Roteiro de leitura 3	FROSSARD, Andréa G. de Souza; SILVA, Emmanuel C. de Souza	Katálysis	2016	Relato de experiência	Serviço Social; Cuidados paliativos

Fonte: Primária (João Pessoa – 2019)

O gráfico 1 mostra como se apresentou a distribuição das pesquisas nos periódicos consultados, no período de 2005 a 2019, tendo como descritores isolados “Serviço Social” e “assistente social”, ratificando os achados de Simão et al (2010) que constataram a incipiência da produção do conhecimento em Serviço Social e cuidados paliativos, mesmo passados quase 10 (dez) anos da realização de sua pesquisa, e da

intensificação desta abordagem terapêutica nos anos 2000, alcançando hoje um percentual de 0,86% entre as áreas investigadas.

**Gráfico 1 – Detalhamento dos eixos temáticos vinculados aos descritores isolados**



**Fonte:** Primária (João Pessoa – 2019)

Como se pode perceber pelo gráfico 1, há uma grande profusão de interesses na pesquisa e discussão teórica, de revisão bibliográfica e documental no âmbito do Serviço Social e as maiores preocupações da categoria recaíram sobre a investigação de questões ligadas à formação (9,81%) e a necessidade de sua vinculação às demandas

advindas da realidade contemporânea; à intervenção e sua dimensão técnico-operativa (9,64%) com discussões gerais sobre o trabalho do assistente social sem ligação estrita a uma política específica; e entre os núcleos temáticos, houve maior incidência no núcleo de “Fundamentos do Trabalho Profissional” – com destaque para os Fundamentos Teórico-Methodológicos, 8,09% e investigação, pesquisa e produção do conhecimento, 5,85% –.

Por sua vez, dentre as políticas sociais, as que mais apresentaram registros de pesquisas foram a da saúde, 5,85%, e da assistência social, 3,44%, o que pode ser explicado pelo fato de haver grande concentração de assistentes sociais em ambas por serem políticas em que este profissional atua desde a institucionalização da profissão e pela ampliação dos espaços sócio-ocupacionais para assistentes sociais que promoveram nos anos 1990 e nos anos 2000, respectivamente. Fora do âmbito das políticas sociais, pode-se concluir haver interesse da categoria em conhecer a experiência profissional em outros países, 5,85%, buscando maior interlocução entre as experiências nacionais e as internacionais, e com as mudanças no mundo do trabalho, 4,99%, que inflexionam diretamente a intervenção do Serviço Social.

Pela Tabela 3, inferiu-se que o Serviço Social passou a ter maior interesse pela pesquisa em cuidados paliativos na última década, representando uma consolidação desta abordagem no trabalho em saúde e, por conseguinte, de assistentes sociais que atuam nesta política.

Com base no roteiro elaborado para leitura dos trabalhos incluídos, constatou-se uma vinculação dos autores a instituições de tipo pública (67%) e privada (33%); uma lógica democrática prevalente na organização do trabalho do assistente social; e, em termos comuns, os principais conceitos centrais foram “Serviço Social” e “cuidados paliativos”; quanto à conceituação de cuidados paliativos, predominou sua compreensão como um cuidado integral, direcionado à melhoria da qualidade de vida do paciente e exercido por equipe interdisciplinar; e a temática foi associada principalmente à “integralidade”, à “produção do cuidado”, à “família”, à “valorização das escolhas do usuário” e ao “acolhimento”.

As pesquisas classificaram-se respectivamente como: de revisão bibliográfica, de campo e relato de experiência e, embora em apenas um artigo a teoria tenha sido explicitada, de forma tácita, percebeu-se a vinculação dos trabalhos à teoria marxista.

A análise dos dados obtidos foi organizada em 4 (quatro) eixos, no intuito de evidenciar melhor como se dá a organização do trabalho de assistentes sociais em cuidados paliativos.

No primeiro eixo – “trabalho interdisciplinar”, o assistente social foi apontado, sobretudo, como o elo entre paciente, família e equipe, a partir do que deverá estabelecer “[...] uma relação de segurança e confiança com a equipe” para adesão ao tratamento (Roteiro de leitura n. 2, p. 407).

A ênfase no trabalho interdisciplinar decorre do fato de que “[...] os cuidados paliativos como modelo assistencial é (*sic*) indissociável da prática interprofissional, considerando o reconhecimento da natureza multidimensional do sofrimento vivenciado pelo paciente, por familiares e cuidadores”. (Roteiro de leitura n. 3, p. 286).

Tal abordagem entre os três principais entes que se interpõem no tratamento em saúde visa, de um lado, a facilitação do diálogo entre esses atores – mediante “comunicação franca” (Roteiro de leitura n. 3, p. 283) –, contribuindo para “[...] a decodificação da realidade social do paciente frente à equipe potencializando a atuação conjunta” (Roteiro de leitura n. 3, p. 286) e, de outro, o acesso aos direitos sociais.

Na intervenção com a equipe, Andrade (2008, p. 69) assevera a importância da “[...] complementação dos saberes, partilhamento de responsabilidades, tarefas e cuidados e negação da simples sobreposição entre as áreas envolvidas”, com tomadas de decisões conjuntas para demandas que são sempre específicas a cada paciente e família, vislumbrando dentro dos limites de cada profissão, a possibilidade de complementariedade.

Inferindo que o paciente e seus familiares costumam ter uma posição de maior abertura com o assistente social dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde, destaca-se que caberá àquele desempenhar “[...] o papel de informá-la quem é esse paciente e sua biografia: onde e em quais condições ele vive para que possa receber o atendimento e, assim, planejar o tratamento e os cuidados necessários a ele e sua família” (Roteiro de leitura n. 2, p. 407), mediante compilação e síntese dos dados coletados, de forma clara e com linguagem adequada que permita a compreensão por toda a equipe (REIGADA et al, 2014, p. 163).

Na direção da consolidação do trabalho interprofissional nos cuidados paliativos, a atuação do assistente social se dá na interlocução com a instituição contratante, equipe de saúde e usuários, articulando redes de suporte social formais e informais. (Roteiro de leitura n. 3, p. 284).

Entre os procedimentos interprofissionais realizamos: visitas domiciliares, construção da história de vida do paciente, escuta qualificada do familiar ou cuidador, orientação quanto às normas e serviços disponibilizados pelo programa. Usou-se uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. Realizava-se também o estudo de caso interprofissional semanalmente. Detínhamo-nos na construção do projeto terapêutico adequado à singularidade de cada caso; a materialização das ações era restringida pelos limites do Programa e da rede assistencial. Cada profissional contribuía na construção da unicidade do caso, visto que os olhares sobre a mesma realidade nem sempre eram concordantes. Em alguns momentos foi necessário o esforço para conformação de uma plataforma de atuação única e manutenção do vínculo existente entre os membros da equipe. (Roteiro de leitura n. 3, p. 287).

Reigada et al (2014, p. 160) identificam como principais funções do assistente social no trabalho em equipe:

[...] participar do plano de ação de cada caso individual, estabelecendo prioridades de trabalho de ordem assistencial, investigação e docência, fornecendo ao grupo *feedback* dos conhecimentos que possui. Deve ainda apresentar e trabalhar respostas sociais disponíveis na comunidade, consoante as (*sic*) necessidades detectadas quer no grupo doente/família quer no próprio grupo de profissionais. Sempre visando estabelecer uma relação de ajuda por meio de uma atitude empática, o profissional deve saber comunicar-se com o doente, a fim de ajudá-lo na resolução de problemas sociais, emocionais, econômicos, entre outros. Individual e pessoalmente, o assistente social avalia o processo de adaptação à doença e reavalia as preocupações sociofamiliares que vão surgindo, informando, orientando e contactando os recursos pretendidos e acordados.

Uma outra questão necessária ao assistente social e à equipe que atua em cuidados paliativos é a “visão holística” de cada usuário.

[...] procurando criar mecanismos e estratégias para atender as suas necessidades, para o que necessita conhecer o paciente e seus anseios, a família, sua história de vida e estar em conjunto com a equipe discutindo e avaliando o tratamento, assim como o prognóstico. (Roteiro de leitura n. 2, p. 407).

No eixo temático “competências do assistente social”, foram registradas as principais ações cabíveis ao assistente social, sempre reforçada a sua indispensável interlocução com a equipe e destacados a orientação e “[...] divulgação dos direitos sociais” (Roteiro de leitura n. 3, p. 282) estabelecidos em lei e que podem trazer maior bem-estar ao usuário e sua família, incluindo não apenas o processo de orientação, mas também de acompanhamento do acesso às demandas; o acolhimento; e a ajuda na escolha do procedimento mais apropriado ao paciente.

[...] a atuação profissional nos procedimentos cotidianos [...] em cuidados paliativos, no momento de decidir as modalidades de atendimento em cuidados paliativos, como a internação domiciliar, a permanência de acompanhantes e a autorização de visitas durante a internação hospitalar, o suporte no momento de óbito e as orientações quanto aos procedimentos de sepultamento, o regime de visitas domiciliares, o acompanhamento das



famílias após a morte e a interlocução com a equipe interdisciplinar. (Roteiro de leitura n. 1, p. 144).

Em uma proposta de intervenção do Serviço Social nessa equipe podem-se enumerar algumas atividades que podem ser incorporadas pelo Serviço Social que atende a essas famílias: visita domiciliar como forma de reconhecimento das dificuldades locais, das reais condições e moradia e da situação socioeconômica dos usuários e dos recursos disponíveis, que nem sempre são possíveis de se avaliar no momento da entrevista; articulação com as demais políticas no sentido de identificar recursos que possam fortalecer a família, garantindo-lhes condições de exercer seu papel de cuidadora; discutir junto à equipe interdisciplinar as condições sociais, econômicas, no sentido de definir a melhor modalidade de atendimento; problematizar os valores culturais presentes neste processo; promover junto à equipe momentos de estudo a partir de um caso; dentro do espaço hospitalar, promover informação sobre direitos e deveres [...]; pensar na formação constante dos profissionais, pois a capacitação permanente tem o objetivo de deixar a equipe mais segura para escutar e amparar as famílias nesse momento. (Roteiro de leitura n. 1, p. 144).

[...] Iniciado o tratamento do paciente, portanto, é verificada a situação previdenciária, a situação trabalhista, assim como a situação financeira, a necessidade de encaminhamento a outros setores para realização de algum procedimento, encaminhamentos a serviços jurídicos: preparação de procuração quando não há condições físicas para exercer a autonomia de caráter cível; encaminhamento a instituições defensoras de seus direitos (Ministério Público, Defensoria Pública, Promotorias) quando estes em processo são indeferidos para concessão, além de verificar e orientar o paciente e seus familiares acerca do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), auxílio (transporte, estadia e alimentação) de direito a pacientes e acompanhantes quando o tratamento necessário não é oferecido pelo seu município de origem. (Roteiro de leitura n. 2, p. 407).

Para a orientação da escolha do domicílio como procedimento de assistência supramencionado, é essencial uma “[...] adequada avaliação socioeconômica e habitacional dos pacientes” (Roteiro de leitura n. 3, p. 284), o que subjaz à prática do assistente social.

Em termos macrossocietários, como “[...] as particularidades da questão social influenciam o adoecimento” (Roteiro de leitura n. 3, p. 282), é indispensável que no seu trabalho o assistente social considere os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), pois eles inflexionam tanto as relações sociais, quanto a qualidade de vida dos usuários e esta qualidade está relacionada ao suporte emocional e social que deve ser oferecido (SIMÃO et al, 2010).

No mesmo sentido, Martinelli (2011, p. 498) adverte para o fato de que, ao atuar com sujeitos cujos direitos reconhece e defende, dado seu compromisso de classe, o assistente social intervém “[...] nas dinâmicas que constituem a vida social”, defrontando-se com situações que afetam suas condições de vida, o que, na saúde, contempla suas múltiplas manifestações, dentre as quais está a própria finitude humana,

implicando em maior fragilidade dos sujeitos com quem interage e exigindo a consolidação da sua dimensão ética no cuidado para uma prática competente, cuja valorização do humano deve ser buscada por toda a equipe.

Faleiros (2013) previne sobre a atenção ao cuidado pelo Serviço Social para além da ótica reducionista da ajuda, tendo ainda de pensar na violência de poder presente em muitas instituições onde ocorrem relações sociais voltadas ao atendimento, o que desrespeita direitos constituídos, não observa a fragilidade, nem a autonomia dos usuários.

Para a produção do cuidado, Pinheiro (2008) ressalta a importância da vida cotidiana e indica que ele será produzido a partir das experiências relativas a um determinado modo de viver, atravessado por questões diversas no âmbito político, cultural, histórico e social, transformadas em ações de um cidadão sobre outro.

Sobre a perspectiva do “cuidado ético”, prossegue Martinelli (2011, p. 502), faz-se mister levar em conta: o sentimento e a responsabilidade social partilhados, os espaços de escuta e de acolhimento estabelecidos por diálogo centrado na verdade, o reconhecimento dos diversos tipos de sofrimento associados à doença, a dignidade do trato em relação à condição do outro e a ética no ato da informação.

Para tanto, o Código de Ética Profissional e a lei de regulamentação da profissão referenciam o trabalho de assistentes sociais, considerando seus princípios norteadores, suas principais funções, atribuições, direitos e deveres, e o planejamento do trabalho em equipe deve ser buscado constantemente.

Todavia, em decorrência da sua autonomia parcial, é preciso ponderar sobre os limites da intervenção do assistente social que ocorrem no “[...] confronto entre a realidade e a possibilidade do fazer profissional” (Roteiro de leitura n. 3, p. 285), de modo a se evitar visões messiânicas da profissão ou incorrer em ações que fogem às atribuições e competências da categoria.

A partir de uma visão holística e com pretensão de identificar os fatores que estão interferindo no bem-estar e na qualidade de vida do paciente, o profissional terá como pano de fundo a realidade de cada família, o acolhimento e a escuta qualificada como instrumentos de partida para identificar as reais necessidades do paciente e da família (SIMÃO et. al 2010).

Nesse processo de escuta qualificada à família e ao paciente, o assistente social precisa ter conhecimento dos aspectos de medo, aflições e sofrimento que a doença causa, e tentar compreender os desejos do paciente, para posteriormente avaliar

as condições socioeconômicas que estão dificultando o processo saúde-doença, para referenciá-los para as políticas sociais e outros canais da rede de assistência à saúde, fortalecendo os direitos e uma morte digna (ROMÃO, 2012).

Considerando o eixo temático “trabalho com famílias”, estas foram definidas como “[...] o pilar de sustentação do tratamento do paciente” (Roteiro de leitura n. 2, p. 407), restando reforçada a necessidade de fortalecê-las através de suporte e assistência, e de estabelecer estratégias de enfrentamento e vivência do processo de adoecimento. Para isto, deve-se partir do conhecimento da população – usuários e familiares – e seu entorno para que sejam feitos os esclarecimentos e as orientações devidas, seja sobre a doença, o tratamento, ou seja sobre questões relativas aos direitos sociais que possam gerar maior bem-estar e/ou salvaguardar as famílias no luto.

[...] o assistente social é o profissional apto a, num primeiro momento, identificar a fonte e o grau de recursos e flexibilidades sociais e financeiras da família. (Roteiro de leitura n. 1, p. 140).

Interessante o destaque feito em relação ao cuidado exercido pelas famílias como alternativa à omissão do Estado e à desproteção subsequente, cuidado que é assumido, em geral, acriticamente, apesar do “despreparo” daquelas, de ter sua rotina “[...] alterada em função da nova atividade exercida” e de ser frequente “[...] o afastamento do mesmo [*cuidador informal/familiar*] de sua ocupação laboral”. (Roteiro de leitura n. 3, p. 284).

Segundo Medeiros et. al (2015), o assistente social desempenha seu papel em três linhas de atuação: intervenção junto à família, com o paciente e com a equipe. No trabalho com as famílias, o cuidador geralmente é um familiar e tem um papel relevante no tratamento do paciente e no processo de cuidar, e a equipe precisa estar atentar a todos os fatores de estresse, sobrecarga e responsabilidade da família que esse momento representa, cabendo ao assistente social descobrir junto com a família quais recursos podem “[...] promover/devolver a estabilidade e o equilíbrio” neste núcleo (REIGADA et al, 2014, p. 160).

Em relação à doença, parte-se do suposto de que ela “[...] constitui-se numa situação nova e estressante, que requer o rearranjo de todos os membros da família”. (Roteiro de leitura n. 1, p. 143).

A centralidade do espaço familiar se dá porque é nele, “[...] que as desigualdades da estrutura social se traduzem em situações de vulnerabilidade individualizadas e singulares”. (Roteiro de leitura n. 1, p. 141), mas é importante

considerar “[...] as mudanças ocorridas na estrutura familiar, juntamente com a conjuntura política do país (neoliberal)”. (Roteiro de leitura n. 1, p. 141).

Para Reigada et al (2014), o assistente social deve detectar os problemas e os indicadores de risco social, levantar e avaliar as necessidades e potencialidades, sempre buscando fazê-lo precocemente para sua mais rápida resolução.

Ao considerar a família em seu trabalho, o assistente social precisará conhecer como se dá sua organização, se existe uma rede de suporte social e como ela se constitui para poder acioná-la quando necessário. No entanto, a aproximação com a família não deve ser restrita ao assistente social e o conhecimento e respeito às suas particularidades deve ser estendido à toda a equipe.

Além disto, sendo a escuta das famílias uma das ações mais constantes, o assistente social também precisará reconhecer quando são necessários os silêncios, e inclusive respeitar o tempo das famílias para o preparo para a morte do paciente (ANDRADE, 2008), atuando de modo que se sintam acompanhados neste processo e auxiliando-as na compreensão e conscientização gradual da finitude, tendo em vista que muitas famílias ainda conservam a expectativa de cura (REIGADA et al, 2014).

O equilíbrio familiar através dos cuidados paliativos é um ponto importante a ser considerado pelo assistente social e demais profissionais da equipe porque o processo da morte é algo com que, em geral, as famílias não sabem lidar e o sofrimento acaba confluindo para que haja um distanciamento entre o doente e seus familiares, cujos sentimentos não são costumeiramente verbalizados, gerando ainda mais sofrimento, dúvidas e ansiedade (SIMÃO et al, 2010).

Ao intervir sobre as famílias, o assistente social deve ter como premissas básicas “[...] o conhecimento e a compreensão”, buscando elucidar suas particularidades e singularidades, de modo a auxiliá-las “[...] a cumprir a sua função de cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja concluída da forma mais saudável possível”. (REIGADA et al, 2014, p. 161).

A participação da família nos processos decisórios é outra questão significativa e o contato entre seus membros e o assistente social deve ser contínuo, tendo em vista que as demandas também se transformarão e se acumularão, conforme o andamento do quadro do doente e sua identificação pelo assistente social será imprescindível para que os recursos necessários sejam acionados corretamente de modo a dar suporte à família (Roteiro de leitura 1).

O assistente social deve garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando sempre as decisões dos pacientes e familiares, mesmo que essas sejam contrárias aos valores e crenças individuais dos profissionais [...]. (Roteiro de leitura n. 1, p. 144).

Para o atendimento integral às famílias, necessita-se da promoção de políticas intersetoriais e do atendimento por uma equipe interdisciplinar. (Roteiro de leitura n. 1, p. 143).

Reigada et al (2014, p. 166) afirmam que na abordagem em cuidados paliativos junto às famílias, é preciso considerar as capacidades familiares – relativas aos recursos materiais, funcionais, emocionais e relacionais – e as capacidades familiares para o cuidado – emocionais e relacionais – e alertam para algumas ações consideradas fundamentais, quais sejam: a informação – relativa a ações cotidianas para o cuidado, mas também sobre o quadro do paciente, respeitando os níveis de consciência e tempos de adaptação –, a educação – centrada em ações de caráter educativo e preventivo –, e a autonomia – cujas ações voltam-se à orientação para tomada de decisões quando o paciente não consegue mais exercer totalmente sua autonomia, buscando, entretanto, a possibilidade de que estas tarefas sejam repartidas entre paciente e família, de modo que esse se sinta partícipe do grupo e, sempre que possível, tenha respeitada sua “vontade de controlar”.

Para tanto, exigem-se das equipes a consideração e, sobretudo, o conhecimento de fatores como: os elementos materiais indispensáveis e as questões emocionais que se justapõem; os mecanismos de defesa; os fatores macrossociais.

Assim, no trabalho em cuidados paliativos, o foco do trabalho do assistente social resume-se em: “[...] para o paciente, garantia da qualidade de vida nos momentos finais e morte digna. Para a família, auxílio na manutenção do equilíbrio familiar possível”. (ANDRADE, 2008, p. 71).

Já no eixo temático “trabalho em rede”, é central a questão do acesso aos serviços e às políticas para que se empreenda um atendimento integral e seja garantido o direito dos usuários e seus familiares.

O maior desafio enfrentado é contemplar integralmente os direitos sociais e não se restringir a demandas imediatas. (Roteiro de leitura n. 1, p. 141).

[...] necessita-se de uma articulação com a Rede de Serviços dos outros setores (assistência social, previdência social, educação, etc.). Nesse sentido, o assistente social também atua na organização e planejamento com esses outros setores a fim de verificar uma forma de ser viabilizado o acesso aos serviços necessários pelo paciente e sua família. (Roteiro de leitura n. 2, p. 407).

[...] a intervenção do assistente social se defronta diversas vezes com questões que ameaçam a continuidade do tratamento, diante das repercussões do mesmo no contexto familiar. Identificar dificuldades financeiras, sociais e psicológicas leva o assistente social a buscar na rede disponível, recursos assistenciais para que o fundamental seja garantido: o direito. (Roteiro de leitura n. 1, p. 143).

O desafio principal do trabalho em rede reside na intensificação do subfinanciamento do SUS (MENDES, 2016) e no desmonte dos direitos sociais – e por conseguinte das políticas sociais públicas – associado à adoção da ideologia neoliberal que enfatiza em seu discurso a lógica meritocrática (PEREIRA, 2013), mesmo que se ignorem as necessidades sociais e as extremas desigualdades socioeconômicas imperantes em âmbito nacional.

Nesse sentido, o assistente social e os outros profissionais precisam estar sensíveis para o cuidar com pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, para fortalecer a política de saúde e viabilizar os direitos sociais na perspectiva do cuidado integral.

## **5 CONCLUSÃO**

Na abordagem terapêutica de cuidados paliativos, destaca-se a importância do trabalho de assistentes sociais que, numa perspectiva de trabalho interdisciplinar, voltem sua intervenção para a orientação de pacientes e familiares no sentido de identificarem os recursos disponíveis para facilitação do acesso aos serviços e às políticas sociais, de modo a estabelecerem maior bem-estar àqueles e reforçarem os direitos sociais garantidos em lei, conforme previsto na lei de regulamentação da profissão – Lei n. 8.662/1993 – que integra seu próprio Projeto Ético-Político Profissional.

Todavia, apesar da ênfase desta abordagem terapêutica destacar o trabalho interdisciplinar, não se pode ignorar as dificuldades para sua realização em uma política onde progressivamente tem se estimulado a segmentação e fragmentação dos saberes a partir da especialização das profissões.

Por sua vez, no âmbito do trabalho do assistente social, a liberdade, a ampliação e consolidação da cidadania, a defesa da universalidade do acesso, o estímulo à participação, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados são componentes do seu Código de Ética profissional que necessariamente precisam se materializar na

sua intervenção em cuidados paliativos para que esta não fique centrada apenas nas demandas imediatas.

A pesquisa demonstrou que o assistente social tem uma posição central na relação com a família e o paciente, representando um elo entre estes e a equipe, por haver uma posição de maior abertura daqueles com a categoria e que suas ações centram-se principalmente na orientação e divulgação dos direitos sociais, com vistas a reduzir os riscos sociais a que paciente e família estão expostos.

Contudo, é preciso que este suporte, o acolhimento e a escuta sejam norteados por um cuidado ético que auxilie as famílias a exercerem seu papel de cuidadoras, sem que, contudo, isto decorra na assunção de funções que fogem ao âmbito do Serviço Social, revigorando práticas “tradicionais”, o que exige do assistente social conhecimento das famílias, da rede, e de seu papel nas equipes interdisciplinares.

Outrossim, como encaminhamento desta pesquisa, destaca-se a necessidade de sistematização das experiências em cuidados paliativos por parte do Serviço Social, tendo em vista que esta é uma modalidade terapêutica que vem se consolidando no país e que exige dos profissionais que compõem sua equipe mínima, o conhecimento das especificidades deste trabalho para um atendimento de maior qualidade para pacientes e familiares.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ANDRADE, Leticia. Serviço Social. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, CREMESP, 2008, p. 69-73.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O Método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 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. Brasília, Ministério da Saúde, 1990.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza; SILVA, Emanuel Cristiano de Souza. Experiência da Residência Multiprofissional em Serviço Social e Cuidados Paliativos Oncológicos, **Katálisis**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 281-288, 2016.

HERMES; Héli da 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, 2013.

LIMA, Telma C. S. de; MIOTO, Regina Celia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e Princípios. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, CREMESP, 2008, p. 15-32.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, 2011.

MEDEIROS, Thaíse de Souza; SILVA, Olinda Rodrigues da; SARDINHA, Ana Lúcia Brito. Acolhimento e Acesso a Direitos Sociais: Assistência a Pacientes em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 403-415, 2015.

MENDES, Áquilas Nogueira. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da *Proposta de Emenda Constitucional 241/2016*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1- 3, 2016.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no capitalismo**: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. 2013. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2013.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110-114.

REIGADA, Carla et al. O suporte à família em Cuidados Paliativos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 159-169, 2014.

ROMÃO, Cátia Marisa Janeiro. **Cuidados Paliativos** – Uma reflexão sobre as competências profissionais do assistente social. 2012. Dissertação (Mestrado em Formação de Adultos e Desenvolvimento Local) – Escola Superior De Educação, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre-Portugal, 2012.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2016.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Falando da comunicação. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, CREMESP, 2008, p. 33- 43.



SILVA, Tatiana Silva Camara da. Crianças e adolescentes em cuidados paliativos oncológicos: a intervenção do Serviço Social junto às suas famílias. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 14, n. 1, p. 139-146, 2010.

SIMÃO, Andréa Branco et al. A Atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 352-364, 2010.

UGARTE, Olivia. **Contexto Normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

TAQUEMORI, Lais Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, CREMESP, 2008, p. 55-57.

## Anexo A

### Diretrizes para Autores

#### A Revista de Políticas Públicas não cobra custos de processamento e nem de submissão de artigos.

Os trabalhos a serem aceitos pela RPP podem ser apresentados em forma de artigos ou ensaios contendo entre **14 e 20 páginas**, excetuando a primeira página que deve comportar **título, resumo e palavras-chave**, no idioma do trabalho, o **abstract** e as **keywords**.

**Artigos:** resultantes de pesquisa teórica (bibliográfica ou documental), de pesquisa de natureza empírica e relatos de experiência. Devem debater ou fazer indicações para o aprofundamento e reflexão de questões relacionadas ao Dossiê Temático de cada número da RPP ou de outros temas atinentes ao campo das Políticas Públicas;

**Ensaio:** textos de caráter opinativo ou que apresentem reflexões para aprofundamento de questões afetas ao Dossiê Temático do volume correspondente da RPP ou de outros temas atinentes ao campo das Políticas Públicas.

O processo de avaliação do trabalho submetido será iniciado quando o texto encaminhado obedecer à Política de Seções e às demais recomendações do Periódico. Em situações fora dessas indicações, o trabalho será devolvido aos autores para as necessárias adequações às normas estabelecidas.

O autor que tiver publicado artigo nas edições regulares deve guardar um espaço temporal de doze meses para submeter nova publicação, exceto quando convidado pela Comissão Editorial para elaborar resenhas, editoriais ou comentários específicos.

As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000) e na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

Todo e qualquer encaminhamento à RPP deve ser acompanhado por (1) **Declaração de Responsabilidade** e a (2) **Transferência de Direitos Autorais** - marcados pelo (a) autor (a) durante o processo de submissão

Os trabalhos, antes de submetidos à RPP, devem ser revisados considerando as normas gramaticais vigentes e as da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Para elaboração dos originais considerar as normas da ABNT: NBR6022 (2018), para preparação de artigos em publicações periódicas, NBR6023 (2018), para elaboração das referências; NBR10520 (2002) para citações em documentos; NBR6028 (2003), para apresentação dos resumos. Nos aspectos gráficos (imagens, figuras, tabelas e gráficos, considerar as orientações da NBR14724 (2011). Durante a edição, os trabalhos podem ser adaptados ao projeto e ao formato editorial do Periódico.

#### 1 Formatação dos textos

Os trabalhos devem ser apresentados em formato A-4 e digitados em Word 2003, ou superior, ou ainda em RTF com:

- Fonte Times New Roman, corpo 12, para o texto e corpo; 10 para o resumo, abstract, citações de mais de três linhas e notas.
- Margens esquerda e superior de 3 cm; direita e inferior de 2 cm;
- Espaçamento entre linhas, 1,5 (um e meio) para o texto; citações com mais de três linhas, notas de rodapé, referências, resumo e abstract devem ser digitados em espaço simples;
- Recuo de 2 cm da margem esquerda para parágrafos e 4 cm para citações de mais de três linhas;
- A primeira página do texto deve conter TÍTULO, RESUMO E PALAVRAS-CHAVE, no idioma do trabalho, o ABSTRACT e as KEYWORDS.

- O título do trabalho na versão do idioma do texto e em inglês, com no máximo, 15 palavras, deve ser redigido em corpo 14, negrito, centralizado; o subtítulo, se houver, separado do título por dois pontos (:), deve vir em redondo, minúsculo, sem negrito;
- O resumo com, até, 900 caracteres com espaço, em terceira pessoa, deve apresentar, de forma clara, o objetivo, a metodologia, o plano e os aspectos relevantes do texto. Deve vir acompanhado de três a cinco palavras-chave que demarquem o foco do trabalho.
- Os textos do resumo e do abstract devem ser ajustados a margem, sem parágrafos.
- O corpo do trabalho deve conter as seguintes partes antecedidas por algarismos e ajustados à margem esquerda:
  - **INTRODUÇÃO;**
  - **DESENVOLVIMENTO-** exposição pormenorizada do tema escolhido, podendo ser organizado em seções e subseções usadas para hierarquizar e delimitar os conteúdos. As seções devem ser enunciadas por títulos digitados em maiúsculas e em negrito. No caso das subseções, se houver, os títulos devem vir digitados em minúsculas e em negrito. Os títulos das demais seções (terciárias, quaternárias etc.) deverão ser digitados utilizando outros recursos, tais como: redondo ou itálico, em corpo menor que o do texto. Deve-se deixar um espaço duplo entre os parágrafos que se seguem aos títulos das seções;
  - **CONCLUSÃO;**
  - **REFERÊNCIAS;**
  - **NOTAS,** se houver, com comentários e informações referentes ao texto;
    - No caso de os trabalhos conterem **desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, tabelas e outros**, estes devem ser inseridos no texto, numerados em algarismos arábicos, acompanhados de título e fonte na parte superior da respectiva ilustração e abaixo a fonte. Observar os procedimentos éticos em relação a fotografias: fotos com pessoas, devem vir acompanhadas da permissão fotografados; fotos com crianças ou adolescentes, devem respeitar a legislação vigente. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, devem-se mencionar o título, a fonte e o crédito. Cabe à RPP garantir a padronização de tabelas, gráficos e ilustrações.
    - **Citações:** Devem ser elaboradas em conformidade com o disposto na NBR 10520, da ABNT, de agosto de 2002. As citações devem vir apresentadas pelo sistema autor-data. Aquelas com até três linhas devem ficar no corpo do texto, entre aspas, em fonte igual à do texto. As com mais de três linhas, devem ficar fora do corpo do texto, em fonte 10, espaço simples, recuada para a linha do parágrafo na margem esquerda e margem direita igual à do texto. As citações devem ser indicadas pelo sobrenome do autor, seguido da data da publicação (citação indireta) e da página consultada (citação direta), de modo que, quando o nome do autor fizer parte da sentença, somente a data e a página aparecem entre parênteses. Ex.: Silva (1997, p. 32). Se o nome do autor não estiver incluído na sentença, este é mostrado no final da frase, em caixa alta, entre parênteses. Ex: (SILVA, 1997, p. 78). Quando o trabalho citado pertencer a dois ou três autores, o sobrenome dos dois é indicado separadamente, utilizando o ponto e vírgula. Ex.: (SILVA; COSTA, 1997, p. 34). Nas situações em que o trabalho tiver mais de três autores, o sobrenome do primeiro é indicado seguido da expressão et al. (Ex.: FERNANDES et al., 1998, p. 3). No caso de trabalho sem autoria, a chamada é feita pela primeira palavra do título, em maiúsculas, seguida de reticências, data e página. Ex.: (COMUNIDADE..., 1997, p. 89).
    - **Referências,** De acordo com a NBR 6023, de agosto de 2002, no sistema autor-data. Considerar apenas os documentos citados no texto. Utilizar somente o **negrito** como forma de destaque tipográfico. Exemplos de Referências:
      - Livros (obra completa): OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
      - Capítulo (volume, fragmento e outras partes de uma obra com autor próprio): TELLES, Vera. Transitando na linha de sombra, tecendo as tramas da cidade (anotações inconclusas de uma pesquisa). In: OLIVERIA, Francisco; RIZEK, Cibele Saliba (Orgs.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo, 2007. p.195-220.
      - Legislação: BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841.
      - Periódicos – Revistas: FARIAS, F.B. Paris na era do imperialismo global: o jornal, a rua e o supermercado. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015.
      - Dissertação e tese: SITCOVSKY, Marcelo. **Bolsa família e reprodução da força de trabalho no Brasil:** implicações socioeconômicas e políticas. 2010. 222 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
      - Evento (congressos, encontros...): SILVEIRA Jr., Adilson Aquino. A Assistência Social no Brasil - o estado da arte. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 12., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010, p.6-7

- Entrevista: FALEIROS, Vicente de P. A violência contra a pessoa idosa. São Luís, 2014. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015. Entrevista concedida a Jacira do Nascimento Serra.
- Documento eletrônico: SANTOS, B. de S. **Carta Aberta ao STF**. [S. l.: s. n.], 2012. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/508612-cartaabertaaostf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

## Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O trabalho é original e inédito e não se encontra em processo de avaliação com vistas à publicação em outro periódico.
2. Os arquivos submetidos estão em formato Microsoft Word ou RTF (desde que **não ultrapassem 2MB**).
3. O trabalho atende aos requisitos de formatação da RPP conforme indicados no item "Diretrizes aos Autores" desse Periódico. As submissões que não estiverem de acordo com as normas da RPP serão devolvidas aos autores.
4. O texto está de acordo com as normas técnicas da ABNT.
5. Foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, a identificação de autoria do texto assegurando, assim, a [avaliação cega por pares](#).

## Declaração de Direito Autoral

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

### Termo de Transferência de Direitos Autorais

Como condição para a submissão, os autores devem declarar a autoria do trabalho e concordar com o Termo de Cessão de Direitos Autorais, marcando a caixa de seleção após a leitura das cláusulas)

- Declaro que participei da elaboração do trabalho referido, em parte ou no todo; que não omiti qualquer ligação ou acordo de financiamento entre os autores e instituições ou empresas que possam ter interesses na publicação desse trabalho;
- Declaro tratar-se de texto original, isento de compilação, em parte ou na íntegra, de minha autoria ou de outro (os) autor (es);
- Declaro que o texto não foi enviado a outra revista (impressa ou eletrônica) e não o será enquanto a possibilidade de sua publicação esteja sendo considerada pela RPP;
- Declaro que transfiro os direitos autorais do trabalho especificado para a RPP, comprometendo-me a não reproduzir o texto, total ou parcialmente, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem prévia autorização dessa Revista.
- Declaro que tenho conhecimento que a cessão do texto à RPP é gratuita e, portanto, não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua utilização.

Direitos autorais Revista de Políticas Públicas



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](#).

## Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

R. Pol. públ.

ISSN 2178-2865 (*online*)