

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO**

**ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL
EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

ANGÉLICA FRANCYELE FERREIRA

ORIENTADOR: PROF. DR. FLANDER DE ALMEIDA CALIXTO

**UBERLÂNDIA – MG
2024**

ANGÉLICA FRANCYELE FERREIRA

**O ASSISTENTE SOCIAL NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM
CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (uni e multiprofissional) da área de concentração Atenção ao Paciente em Estado Crítico – da Universidade Federal de Uberlândia. Como exigência parcial, para obtenção de título de especialista em Serviço Social. Sob a orientação do Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto.

**UBERLÂNDIA – MG
2024**



ATA

Às 14:00 horas do dia 06 de fevereiro de 2024, de forma presencial, na sala 207 no Bloco 8C, no Campus Umuarama, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado c o m o **“ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”**, de autoria da residente **Angélica Francyele Ferreira**. A Banca examinadora foi composta por: Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto - Faces Ituiutaba - orientador e presidente da banca, Me. Antônio Carlos Vieira da Mota- Unidade de Saúde Mental e Me. Cláudio Edmar Moreira -Unidade de Saúde Mental - membros titulares. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 15 minutos, e até 5 minutos de acréscimo. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 10 minutos cada, tendo sido assegurado a eles igual tempo para resposta. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando o(a) residente: **APROVADA**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista conforme § 2º do Art. 3º da Resolução nº 5/2014, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O Certificado de Conclusão de Residência será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRMS que trata do assunto e das normas do PRAPS-FAMED-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto - Faces Ituiutaba

Me. Antônio Carlos Vieira da Mota - Unidade de Saúde Mental

Me. Cláudio Edmar Moreira - Unidade de Saúde Mental



Documento assinado eletronicamente por **Flander de Almeida Calixto, Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/02/2024, às 14:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Carlos Vieira da Mota, Assistente Social**, em 06/02/2024, às 15:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cláudio Edmar Moreira, Assistente Social**, em 06/02/2024, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5128827** e o código CRC **39D5850D**.

Referência: Processo nº 23117.005588/2024-61

SEI nº 5128827

RESUMO

O presente trabalho surgiu diante da vivência enquanto residente no Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico, no setor de Comissão de Cuidados Paliativos no Hospital Federal de Uberlândia. Pretende-se trazer um artigo no formato de relato de experiência com estudo de caráter descritivo, qualitativo. Busca-se refletir sobre a atuação do Assistente Social na equipe multiprofissional em cuidados paliativos, enfatizando possibilidades desta atuação, percebendo o paciente na sua multidimensionalidade, conhecendo a história, biografia, patologia, acolhimento integral do paciente e de seus familiares, perpassando por todas as fases até a sua finitude. Para seu desenvolvimento foi realizado estudo bibliográfico, com registros de diário de campo, livros, documentos eletrônicos, artigos e legislações que abordam o referido objeto de estudo. Portanto, este trabalho tem como objetivo geral: Identificar as possíveis intervenções do Assistente Social na construção dos planos de cuidados, por meio de acompanhamento, discussões de caso com a equipe multiprofissional, orientações de benefícios previdenciários para efetivação de direitos sociais. Importante esclarecer que o paciente apto para cuidado paliativo não é aquele que “não tem nada mais o que se fazer por ele” (sic.), pelo contrário, há muito o que se fazer, desde medidas de conforto às diretivas antecipadas de vontade. Essa vivência favoreceu a ampliação de reflexões acerca da atuação da residente nesse cenário, além de proporcionar a construção de um cuidado humanizado e integral para paciente e familiares.

Palavras-chave: Assistente social; cuidados paliativos; equipe multiprofissional.

ABSTRACT

This work arose from my experience as a resident in the Critical Care Patient Care Program, in the Palliative Care Commission sector at the Federal Hospital of Uberlândia. The aim is to bring an article in the format of an experience report with a descriptive, qualitative study. The aim is to reflect on the role of the Social Worker in the multidisciplinary team in palliative care, emphasizing the possibilities of this role, perceiving the patient in their multidimensionality, knowing the history, biography, pathology, comprehensive reception of the patient and their family members, covering all aspects phases until their end. For its development, a bibliographic study was carried out, with field diary records, books, electronic documents, articles and legislation that address the aforementioned object of study. Therefore, this work has the general objective: Identify the possible interventions of the Social Worker in the construction of care plans, through monitoring, case discussions with the multidisciplinary team, guidance on social security benefits to implement social rights. It is important to clarify that a patient suitable for palliative care is not one who “has nothing more to do for him” (sic.), on the contrary, there is a lot that can be done, from comfort measures to advance directives. This experience favored the expansion of reflections on the resident's role in this scenario, in addition to providing the construction of humanized and comprehensive care for patients and family members.

Keywords: Social Worker; Palliative Care; Multidisciplinary Team

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO (APEC)	9
3. APROXIMAÇÃO COM OS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS	11
3.1. Adentrando a comissão de cuidados paliativos.....	12
3.2. A participação do Assistente Social na visita à beira leito. Construindo instrumentos de humanização e acolhimento	14
4. A EXPERIÊNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES NOS CUIDADOS PALIATIVOS	18
5. CUIDANDO DA FAMÍLIA, CUIDANDO DO LUTO	21
6. CUIDADOS PALIATIVOS ALÉM DO ÂMBITO HOSPITALAR.....	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

Em formato de relato de experiência, o desenvolver deste trabalho surgiu com minha passagem de campo no setor da Comissão de Cuidados Paliativos, o mesmo foi elaborado durante o meu período de atuação enquanto Assistente Social Residente. A residência multiprofissional iniciou em março de 2022, com término previsto em março de 2024, na modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, caracterizado por ensino em serviço, totalizando uma carga horária de 60 horas semanais e duração de dois anos em regime de dedicação exclusiva. Durante o decorrer da residência enquanto R1 no meu primeiro ano, a atuação/prática se baseou em vários campos, com duração de cinco semanas, passando pelos seguintes setores: Clínica Médica, Cirúrgica II, Cirúrgica I, Queimados, Comissão de Cuidados Paliativos, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Credesh (Centro de Referência Nacional de Hanseníase e Dermatologia Sanitária) Atenção Primária na cidade de Capinópolis, Uco (Uti Coronariana) finalizando meu primeiro ano de residente no Pronto Socorro.

Em março de 2023 iniciei como R2, neste sentido fui para os campos de concentração voltados para o meu Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico, passei novamente pelo pronto socorro onde já estive enquanto R1, dessa vez com um prazo maior de 04 meses, onde segui meu cronograma na UTI adulto e finalizando na UTI coronariana com duração de 04 meses em cada um desses campos.

Ainda no primeiro ano de residência, em torno de junho a julho de 2022. Tive a oportunidade de passar um mês junto à Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital. A equipe multiprofissional desse campo é composta por um médico geriatra/Paliativista, enfermeira, psicóloga e um pastor capelão. Foi uma experiência desafiadora pois a equipe não possuía um profissional do Serviço Social, e diante disso, foi o que me fez refletir sobre a importância do mesmo, em várias discussões interdisciplinares, percebeu-se a necessidade de um profissional crítico e propositivo além de conhecer a história do paciente e de identificar seu papel dentro da organização familiar, sua condição socioeconômica e sua rede de suporte social.

Nessa perspectiva sobre a Interdisciplinaridade, é importante que seja pensada a partir de uma totalidade (crítica histórico-dialética), em que são necessárias

condições objetivas, sociais e históricas para o seu desenvolvimento. Não há como determinar uma forma interdisciplinar, visto que ela se desenvolve em particularidades da história social, na materialidade, não é conhecimento absoluto, mas princípio norteador a uma realidade (Jantsch; Bianchetti, 1995).

O Assistente Social não atua sozinho, é necessário que os demais profissionais estejam alinhados para cuidar das variadas dimensões sejam elas, sociais, espirituais, emocionais, físicas, para desenvolver o cuidado integral e único de cada paciente através dos planos de cuidados.

A Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as Diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no SUS, oferecendo um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autonomamente e o mais ativo possível até o momento de sua morte (Brasil, 2018).

Durante o meu processo enquanto residente, realizei registros no meu diário de campo, e esse foi um instrumental de grande importância que possibilitou armazenar algumas informações e anotações pessoais desenvolvidas a partir do contato com a realidade e das vivências percebidas tanto dos pacientes quanto das famílias referenciadas nos meus atendimentos, além do diário de campo, as tutorias me ajudaram a pontuar algumas questões referente as minhas articulações nesse período. O registro no diário de campo me permitiu reviver alguns atendimentos que pude compartilhar com a equipe multiprofissional durante minha vivência na Comissão de Cuidados Paliativos, foram orientações, experiências vivenciadas em outros setores, e atendimentos sociais que pude trazer para a equipe como experiências, uma vez que passei por outros campos até a minha chegada na comissão de cuidados paliativos, o que se tornou uma troca muito boa de conhecimento compartilhado.

As visitas à beira leito com a comissão nos permite conhecer além da sua doença, e no início é difícil lidar com a dor do outro sem torná-la para si. Ela engloba profissionais de diferentes áreas da saúde, trabalhando juntos para avaliar, planejar e coordenar o cuidado. Isso permite uma abordagem mais completa e colaborativa para garantir o bem-estar do paciente.

De acordo com o documento *“Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”*, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (2010), considera-se uma atuação competente e crítica do Assistente Social na área da saúde:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do sus;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição.
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.
- Tentar construir e/ ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais, contribuindo no processo de democratização das políticas sociais.

2. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO (APEC)

O Programa de Residência na Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC) está conectado aos pacientes prioritariamente ao Pronto Socorro, das Enfermarias e das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital. A atuação nesses campos possibilita um cuidado integral ao paciente e sua família em todos os níveis de complexidade. Tendo como objetivo desenvolver profissionais assertivos e críticos, assegurando a qualidade do atendimento e garantindo condições necessárias à assistência do usuário do SUS.

O programa proporciona o ensino por meio do trabalho no cotidiano em cenários vivenciados dentro do âmbito hospitalar, possuindo preceptores aptos para acompanhar, e dar suporte em todos os campos, além de avaliar/ orientar os residentes, tendo por base suas competências, conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas com foco na educação em serviço. Cada fase do programa tem objetivos específicos de ensino-aprendizagem a serem atingidos divididos entre aulas de algumas disciplinas sendo essas: (Metodologia 1 e 2, Seminários de Categoria, Seminários Multiprofissionais, Sistema Único de Saúde: Redes Temáticas, Políticas Transversais e Epidemiologia. Dentre outras.) Além de tutorias semanais onde são realizadas discussões de casos da nossa atuação prática, e supervisão de trabalho de conclusão da residência.

O programa nos permite conhecer profissionais de todos os estados, o que torna mais prazeroso conhecer novas culturas e histórias. Em março de 2023 passei para R2 estando no meu último ano de residência, novas formações de grupos foram realizadas novamente devido a mudanças na composição de grupo de residentes que ingressaram. Meu grupo pertencente ao G4 (Grupo 04) é constituído por uma enfermeira, uma fisioterapeuta, psicóloga e eu assistente social, trabalhar em grupo é muito prazeroso, são discussões enriquecedoras que cada profissional trás da sua realidade. No momento que escrevo este artigo, estava na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em torno de 30 leitos onde atuo com todos os pacientes, diferente do meu grupo que atua apenas na unidade I e III.

O serviço Social tem esse diferencial no programa de residência, não ficamos presos apenas a uma parte do setor, atuamos nele por completo. Da mesma forma

quando passei no Pronto Socorro, atuei em todos os setores, pronto socorro adulto, pediátrico, ginecológico, o que acarreta uma vasta experiência, mas também ficamos bem sobrecarregados de tantas demandas. O assistente social do pronto socorro atende demandas espontâneas, diferente de outros campos que fazemos a anamnese social do paciente, por ser porta de entrada de urgência e emergência, a rotatividade é muito alta, logo o paciente é encaminhado para uma outra enfermaria ou UTI.

O pronto socorro me permitiu conhecer muitos pacientes críticos, é um setor do imediatismo, foi o setor que mais presenciei a dor, a dor de todas as formas, a dor do abuso, da negligência, do abandono, da injustiça, a dor da perda. Foram inúmeros atendimentos, alguns que me fizeram perder o sono, buscando formas de orientar e viabilizar os direitos. Sendo assim, sigo na reta final agora no intensivista (UTI) até fevereiro de 2024.

3. A APROXIMAÇÃO COM OS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Para iniciar o meu relato, gostaria de referenciar os últimos sete anos da minha vida profissional onde minha atuação esteve presente na atenção primária necessariamente em uma Unidade Básica de Saúde da Família, em um bairro da periferia da cidade de Montes Claros- MG. Minha atribuição consistia em visitas domiciliares regadas a vários instrumentos, cadastro individual de cada morador do domicílio, quais doenças estavam presentes, cadernetas de vacinas de crianças, gestantes, renda socioeconômica, além da pesagem dos beneficiários do bolsa família. Em uma dessas visitas de rotina, me deparei com um morador novo em um determinado domicílio, em que a dona da casa, se referia que ele era um parente distante que teria se mudado recente para a cidade, mas que os médicos o haviam “desenganado”, porque não havia mais nada para se fazer, sendo assim deu-se alta hospitalar e ele foi para a casa. O diagnóstico era um câncer de intestino e no decorrer do tratamento se descobriu uma metástase¹,

Confesso que essa fala me perturbou por alguns instantes e me fez refletir, como: “Não há nada para se fazer? Agora seria só esperar a morte?” (sic.) E como ficariam suas vontades, desejos, direitos. Durante nossa reunião semanal apresentei esse paciente para a equipe e marcamos uma visita domiciliar com a médica, a enfermeira e a psicóloga, a médica ajustou as medicações junto com a enfermeira, eu participei do acolhimento juntamente com a psicóloga, e pude ouvir suas histórias de quando era jovem, além das suas vontades dos seus desejos pois, antes desse prognóstico, há ali um homem que não é apenas aquele CID (Classificação Internacional de Doenças), mas uma vida paliativa que poderia ser vivida com qualidade e dignidade.

Esse foi o primeiro contato com um paciente em paliativo e pude observar o quanto esse olhar para a finitude é ainda um “tabu”, quando falamos sobre as escolhas que podemos fazer no fim da vida, pode parecer um assunto triste, que praticamente boa parte das pessoas ou mudam de assunto ou não desejam falar de imediato, mas ao meu olhar, não falar pode se tornar mais complexo e difícil. Pois nunca saberemos as vontades do paciente, até onde a equipe médica pode ir com o tratamento, a

¹1- Metástase- Quando o câncer se dissemina além do local onde começou para outras partes do corpo.)

evolução da doença, a expectativa na qualidade de vida, tudo isso engloba um aparato de decisões que devem estar articuladas com a equipe e com os familiares, respeitando sempre a vontade do paciente. Essa vivência me despertou uma vontade ainda maior de atuar com pacientes em estado crítico, e que se materializou o meu despertar para realizar o processo seletivo para o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

3.1. Adentrando a comissão de cuidados paliativos

No dia 20/06/2022 exatamente as 07:00 horas, comparecemos à Comissão de Cuidados Paliativos, meu grupo enquanto R1, era formado por uma psicóloga, um fisioterapeuta, uma nutricionista e eu como assistente social. Essa formação de componentes seguiu em todo o meu primeiro ano. No primeiro momento foi-nos apresentado o que são os Cuidados Paliativos, os objetivos, os pilares, a composição da equipe de profissionais, e toda a legislação que ampara essa comissão no seu cuidado integral com o paciente. A Comissão de Cuidados Paliativos é regulamentada pela portaria Nº 002/2019 de 15 de fevereiro de 2019, que resolve implantar a linha de cuidados do paciente em Cuidados Paliativos, seguindo no núcleo de linha de cuidados do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Nessa composição de funcionários foram nomeados membros da comissão os seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, juntamente com a assistente social, que mais tarde foi desligada da equipe para ser substituída por outra.

A Comissão de Cuidados Paliativos foi instituída com a finalidade de assessorar as equipes de internação dos diversos serviços do Hospital de Clínicas de Uberlândia como órgão consultivo, no que diz respeito ao tratamento de pacientes em fase final de doença ou com doença ameaçadora à vida, em qualquer estágio da enfermidade, promovendo o apoio multidisciplinar ao paciente e seus familiares. Os cuidados paliativos têm a finalidade de aliviar o sofrimento e agregar qualidade à vida e ao processo de morrer, promovendo conforto e controle de sintomas. A comissão integra a abordagem multiprofissional, visando lidar com questões físicas, psicológicas, sociais, familiares e espirituais do paciente.

O médico paliativista informou-nos que a comissão atende todos os pacientes do hospital de clínicas, através de parecer, que é um instrumental vinculado ao

sistema do hospital de clínicas, em que o médico ou outro profissional percebe a necessidade do paciente de ser avaliado por um determinado especialista, diante disso, o profissional envia essa notificação/ parecer através do prontuário eletrônico do paciente para a equipe e aguarda a avaliação deste. Após esse momento foi realizado uma exposição de vídeo de Cicely Saunders, uma profissional que foi médica, enfermeira e assistente social, além de ter sido uma escritora inglesa, pioneira em cuidados paliativos, segundo a ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) Tendo fundado o primeiro "*Hospice*", que é um lugar destinado aos pacientes com algum tipo de doença ameaçadora da vida e que a terapia de cura se torna ineficaz, e o tratamento paliativo é o mais indicado. Além de oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e acompanhamento psicológico.

Após essa explanação da temática, foi proposto que ao final da nossa passagem por esse campo, pudéssemos fazer uma avaliação do campo de residência, seguindo as perguntas: O que eu aprendi? O que menos gostei? O que mais gostei? Questões respondidas em formato de portfólio, juntamente com um trabalho de conclusão do campo apresentado para a equipe. Nesse trabalho de finalização de campo, procurei enfatizar a importância da atuação do assistente social com pacientes em cuidados paliativos, uma vez que percebi a necessidade desse profissional na composição da equipe, pois além de ser um profissional crítico ele atua como um facilitador e interlocutor das relações entre paciente e familiares, assim como, entre a equipe médica e a família do paciente, proporcionando a família uma aproximação crítica das ofertas da política pública, seja na saúde, na assistência social e em demais outros segmentos que se fizerem necessários a garantia de direitos daquele cidadão atendido pelo SUS.

A equipe da comissão de cuidados paliativos confirmou a importância e a necessidade de ter o Assistente Social contribuindo com sua visão ampliada na constituição da equipe multidisciplinar, pois esse profissional atua com as diferentes expressões da questão social, com um olhar crítico e articulado, tendo em vista o paciente como um todo.

3.2 A participação do Assistente Social na visita à beira leito: construindo instrumentos de humanização e acolhimento

Fomos divididos em grupos, cada residente com um profissional da equipe, saímos para realizarmos as visitas à beira leito, em que os pacientes haviam recebido o parecer da equipe que estavam acompanhando. Passamos em várias enfermarias pois a comissão de paliativos atende as solicitações via sistema do hospital. Na primeira visita à beira leito, pude acompanhar o médico paliativista em um atendimento a uma paciente internada ao pronto socorro ginecológico, se tratava de uma senhora idosa, com câncer uterino, bastante debilitada, estava acompanhada da filha. O médico a avaliou conversou um pouco com a acompanhante devido a paciente estar sonolenta por conta das medicações e foi discutido a respeito de um possível exame, essa discussão foi uma reflexão com o familiar ponderando até qual ponto o exame seria mesmo viável, pois, ia expor a paciente a um exame desconfortável, questionou-se a possibilidade remota de mudar seu prognóstico.

Voltamos para a sala da Comissão e pudemos repassar o caso para toda a equipe e discutir até que ponto essas medidas são mesmo primordiais. Esse primeiro dia de vivência foi de muito aprendizado e reflexão. Após essa visita à beira leito, cheguei a observar que uma grande parte dos profissionais tem uma concepção pouco esclarecida do que é paliativar um paciente. Em várias discussões de equipe pôde-se perceber profissionais ansiosos e com dificuldades para entender qual a melhor forma de tratamento.

Observa-se que uma parte da equipe possui dificuldades em notificar a equipe de cuidados paliativos por meio de um parecer, pois se acredita que paliativar um paciente, estará deixando de oferecer um bom tratamento. E que muitas vezes prolongar a vida do paciente, é bem diferente da qualidade de vida e a perspectiva de vida que ele almeja. Há um viés entre prolongar a vida do paciente paliativado a qualquer custo ou, possibilitar um tratamento humanizado a base de medidas que ofereçam conforto.

Alguns profissionais optam por postergar o processo de paliativar o paciente e quando iniciam já é de forma tardia. É notório que tanto a equipe de profissionais, quanto familiares rejeitam essa alternativa porque acreditam que dessa forma podem estar desistindo do paciente, quando não o submete a todos os tipos de tratamento

que a saúde pode oferecer. E isso me fez recordar um trecho do livro “ A morte é um dia que vale a pena viver”, (2019) da Ana Cláudia Quintana Arantes. Infelizmente, no Brasil, as pessoas desinformadas pensam que fazer Cuidados Paliativos é sedar o paciente e esperar a morte chegar. Muitos pensam que é apoiar a eutanásia ou acelerar a morte, mas isso é um engano para a autora, “Não faço eutanásia, e ninguém que eu conheço que tenha recebido formação consistente em Cuidados Paliativos a prega ou a pratica” (Arantes, 2019).

Arantes (2019) me proporcionou um novo olhar acerca de um paciente paliativo e suas dimensões, quando lidamos com um paciente chegando a sua finitude, logo temos a certeza de um sofrimento insuportável, ter profissionais que se importem com esse sofrimento no fim da vida, além da parte clínica, traz a sensação de paz e conforto não só para o paciente, mas para seus familiares. Durante minha atuação neste setor acompanhei muitos pacientes e seus familiares nas corridas de leito, encontrei vários familiares abarcados pelo sofrimento do luto antecipatório já sentido pelos seus entes. Luto este que se caracteriza antes da perda real, vindo através da fase da negação, quando não se quer falar ou tocar no assunto, ou quando já se vivencia o luto no cotidiano trazendo para a realidade diária o fato do ente já ter partido. Essas famílias necessitam ser acolhidas, ouvidas, e respeitadas, porque a dor vai além de ser total, física, emocional, espiritual. Quando deparamos com esse tipo de atendimento, temos que ter a expertise de compartilhar com outro profissional para que possamos pensar juntos em uma maneira de minimizar essa dor. Vivi essa experiência e posso comprovar o quanto ela foi importante na minha formação.

Durante as visitas à beira leito, pôde-se perceber pacientes e até mesmo familiares em um estágio de preocupação não apenas com o estado clínico, mas referindo a preocupação pela perda do seu papel social, principalmente quando ele ou ela, é o provedor da família. Uma grande parte dos pacientes possuem uma renda socioeconômica de um a dois salários mínimos, faço essa pontuação porque faz parte do nosso instrumental a anamnese social, que é um instrumento que permite conhecer o cotidiano do paciente, além de seu perfil socioeconômico, alguns pacientes atuam como profissional autônomo, não tendo direitos previdenciários e nem sendo assegurado por lei. Outros, além desse fator, não possuem suporte familiar, e ainda não possuem uma rede de apoio com que possa contar. O que ainda torna mais

complicada a situação, merecendo um desdobramento do Assistente Social para conseguir acolher e referenciar esse paciente na rede, atuando em sua totalidade.

Conforme o artigo 2.º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990). Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade, dentre outros, é possível dizer que os cuidados paliativos como linha de tratamento completo e ativo do paciente, possuem a mesma base ética pautada no respeito e na humanização do ser. Quando o paciente está impossibilitado e incapacitado de exercer as atividades laborais, se tornando dependente fisicamente de terceiros, isso acarreta e acentua as expressões da questão social, sendo esse o objeto de intervenção do assistente social na perspectiva dos cuidados paliativos, chegando à conclusão que a dor vivenciada pelo paciente e família está ligada a dor social.

Iamamoto (1997, p. 14) define o objeto do serviço social nos seguintes termos: “Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc.”

Quando compreendemos o paciente de forma ampliada podemos identificar os determinantes sociais, culturais, econômicos que estão interligados no processo de saúde e doença. Sendo assim, é primordial conhecer o contexto social, a realidade fora do âmbito hospitalar, se o usuário tiver acesso à alimentação, saneamento básico, educação, transporte, moradia, e acesso às políticas públicas, aos programas sociais. A vista disso, partimos da identificação de que o acolhimento, as escutas qualificadas tornam-se elementos fundamentais nos cuidados desse paciente, criando espaços de diálogo com a equipe sempre com a participação ativa do paciente, de seus familiares, e/ ou cuidadores, sendo através das escutas que conseguimos pontuar as principais demandas do paciente. Nesse sentido, ressalta-se a importância da linguagem trabalhada pelo Assistente Social nesses mais diversos âmbitos da intervenção, construindo possibilidades interativas entre a instituição, a família, o usuário internado e a convergência propiciada pelas políticas sociais garantindo os direitos aos cidadãos.

Embora esperamos sempre que o paliativo esteja rodeado de familiares dando suporte, em grande parte é possível encontrar alguns deles sozinhos em seus leitos, muitos não recebem visitas, não possui acompanhantes, ou alguém de referência. Quando entendemos o contexto social, percebemos vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, podemos identificar espaços do não cuidado, do abandono, dos abusos, é possível identificar familiares que negligenciam os pacientes, não se fazendo presentes durante seu período de internação, dessa forma buscamos suporte na rede, para que esse paciente possa ser atendido de forma integral e humanizada. E nesse viés vamos desconstruindo a imagem que temos de família tradicional e partimos da concepção que família vai muito além de laços consanguíneos.

Na contemporaneidade vivenciamos uma idealização do modelo familiar como família “estruturada” com o objetivo de alimentar o que sempre foi imposto na sociedade capitalista. Então percebe-se uma concepção de família tradicional no capitalismo e no liberalismo econômico, a família nuclear burguesa, que se tornou umas das concepções conservadoras apontando para uma noção generalista da família nuclear como a ideal. Porém a constituição da família parte de uma estrutura formada por um casal juntamente com os seus filhos e com papéis bem definidos e alinhados diante da sociedade (Mito, 2010, p.168).

Sabe-se que a realidade vai muito além disso e como Assistente Social precisamos ter um olhar além das dimensões, fora dos paradigmas conservadores estabelecidos. A experiência hospitalar me permitiu conhecer a importância de considerar na intervenção as várias definições de família, pois, a realidade está organizada de forma plural exigindo do Assistente Social o deslocamento de preconceitos para uma intervenção sintonizada com o projeto ético político.

4. A EXPERIÊNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Considerando os conhecimentos adquiridos enquanto residente, foi percebendo, o papel do/da assistente social na equipe multiprofissional, entre outras competências e atribuições que estão estreitamente associadas a abarcar o contexto social do paciente, além de proporcionar a viabilização dos direitos. Para tanto, o/a profissional utiliza mecanismos ou instrumentos, como, observação, acolhimento em forma de entrevista social, trabalhos em grupo, reunião, mobilização da rede, visita domiciliar, visita institucional,(dimensões instrumentais em que a linguagem figura como mediadora singular destes processos) nesse sentido, busca-se conhecer os determinantes sociais por meio da identificação do paciente através dos dados pessoais, situação ocupacional e econômica, composição familiar, identificação da rede e elaboração do plano de cuidados.

Elenca-se quais demandas impactam na qualidade de vida, podendo assim elaborar um plano de cuidados com orientações feitas para o paciente de acordo com as necessidades diagnosticadas, além de encaminhamentos para diversos serviços conforme os casos e suas complexidades.

Enquanto residente, acompanhei muitas comunicações de óbitos, esse momento é sempre compartilhado com a equipe em especial (Médico, Psicólogo e Assistente Social). No momento do óbito, o assistente social assume uma postura receptiva e de escuta ativa, atende as demandas que surgem a partir da perda do ente e orienta sobre a documentação necessária para emissão da certidão de óbito, os direitos sociais, previdenciários e jurídicos e o processo funeral que envolve algumas vezes, a secretaria de assistência social, o cartório para emissão da certidão de óbito, e a finalização do processo no cemitério. É fundamental que a/o Assistente Social oriente o familiar nos casos de óbito considerando a extensa documentação que a lógica instrumental das instituições cobra das famílias.

Uma outra demanda que deparamos bastante independente da enfermagem, é aquele paciente com internação de longa permanência, perpassada por diversos motivos que vai além da parte clínica do hospital. Dentre estes destacam as mais variadas causas: familiares, esses que não desejam assumir a responsabilidade do paciente; paciente cujos vínculos familiares foram rompidos; pacientes que não possui

nenhum familiar na região que reside, ou que após a internação hospitalar não tem condições socioeconômicas de se manter, necessitando de um amparo financeiro e familiar. Quando um paciente se encontra nessa situação, que está de alta médica, porém com pendência na alta social, devemos contatar toda a rede e todos os serviços disponíveis para acompanhar essa alta de forma coerente. Acredito que uma abordagem precoce do paciente aumenta a chance de a alta ocorrer de forma satisfatória, direcionando o paciente para o local correto proporcionando a continuidade de seu tratamento de forma satisfatória.

O setor de desospitalização do hospital atua juntamente com a equipe que acompanha o paciente, sendo constituído por profissionais de várias categorias e está articulado aos planos de cuidados. Deste modo, enfatizar a importância de conhecer o suporte familiar do paciente através da anamnese social, nesse instrumental já se identifica no primeiro atendimento como devemos proceder com a viabilidade da alta hospitalar, articulando em vários parâmetros quando o paciente reside em outro município. Neste caso a equipe realiza contato com a rede de serviços, realiza reunião com familiares juntamente com a equipe que está acompanhando o paciente, com o intuito de diminuir o tempo de internação, os riscos de infecção e exposição a eventos adversos. Por isso, investe em uma assistência centrada na segurança do paciente. lamamoto (2002), aponta que: “O desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por uma perspectiva teórico-crítica, lhe possibilita apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social que o desafia a cada momento no seu desempenho profissional diário”.

O cuidar do paciente de forma total tem seu início no primeiro atendimento, quando estamos diante de um paciente paliativo, suas vontades, seus desejos é algo que acredito ser o mais importante, o cuidado vai além da visão biológica do tratamento. É essencial alinhar os cuidados para o que realmente faça sentido para o paciente, a viabilização de mais visitas caso o paciente esteja hospitalizado, uma videochamada quando o paciente se encontra em isolamento por alguma bactéria de contato, esse pequeno gesto contribui para ajudar o paciente a ficar mais tranquilo e disposto, receber visitas de filhos, netos, até do animal de estimação, contribui para melhorar a qualidade de vida do paciente. Existe um projeto de lei que abarca esse contato diante de estudos que já foram realizados ofertando benefícios para o

paciente. O projeto de lei (276/23) permite a visita de animais domésticos a pacientes internados em hospitais da rede pública ou privada. O ingresso do animal dependerá da autorização da equipe médica e de laudo veterinário, atestando suas boas condições de saúde. Outro tipo de prática que alinhamos com a equipe é a visita estendida, aquela que vai além do horário permitido. Tudo para que o paciente se sinta acolhido nessa fase.

Durante as minhas corridas de leito, presenciei pacientes com baixa aceitação na dieta alimentar devido a vários fatores, dores, dificuldades em respirar, depressão, alguns sem motivação para seguir com o tratamento, ou aqueles que diziam que a dieta nutricional não tinha gosto e nem sabor e que estavam com saudades da comida de casa. Na tentativa de tornar essa fase um pouco mais leve sempre era passado o caso para a equipe da nutrição hospitalar, no intuito de ofertar algumas estratégias para amenizar os sintomas que estão prejudicando a alimentação. Recordo de a nutricionista dizer que podemos adaptar a consistência da dieta, ou fracionar entre outras alternativas.

Tive a possibilidade de estar presente em uma dessas articulações com a equipe nas visitas à beira leito, dessa vez pelo corredor do pronto socorro do hospital de clínicas. A filha da paciente que estava sendo acompanhada pela equipe de cuidados paliativos procurou a equipe para pedir a autorização para fazer uma comida para sua mãe e trazer ao hospital, acolhemos a demanda e passamos para a equipe médica que estava acompanhando a paciente, e eles pediram um parecer da equipe da nutrição, e foi acordado com a filha essa possibilidade após discussão com a equipe, além de outras vias alternativas de terapia nutricional. Esse gesto traz conforto, boas recordações, que são cheias de significados, afetos e cuidados. O paciente deseja seu prato preferido, e assim, é possível trabalhar esse ponto junto com a equipe médica e de nutrição, havendo sempre segurança para a oferta do alimento. Por isso, é importante o trabalho em equipe, o cuidado humanizado e integral e a consciência ética de que nenhuma terapia, nenhum tratamento deve substituir a dignidade e o respeito pela decisão do paciente.

5. CUIDANDO DA FAMÍLIA, CUIDANDO DO LUTO

De acordo com Kluber- Ross (1969) ao tomar conhecimento sobre a finitude da vida, o primeiro estágio que precede é a negação e o isolamento. É comum os pacientes obter a negação inicial quando recebem um diagnóstico no primeiro estágio da doença ou após a constatação ou numa fase posterior, junto com a negação vem a raiva, raiva de ser interrompidos tão prematuro das rotinas, das atividades inacabadas, da dependência do outro, dependência para alimentar, para tomar um banho e demais atividades que antes se tornaram tão comuns.

Quando se tem um diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida se entende que toda a sua rotina terá uma mudança, mudança de coisas que antes eram consideradas simples. Um paciente chega na fase terminal com a piora do quadro clínico seja por uma nova hospitalização, um novo ciclo de medicamentos com grandes efeitos colaterais, tornando-os mais debilitados. Neste contexto é possível todos os sentimentos cederem lugar para mais um, o da depressão, uma mulher com um câncer de mama, pode reagir, a perda dos cabelos, a perda da autoestima, a vontade de não se olhar mais ao espelho, e de se sentir não como pessoa, apenas como doença. Essa fase está interligada com a mudança na rotina, seja ela a perda do emprego devido às faltas ou a impossibilidade de exercer suas funções.

Quando a paciente é mãe, e possui filhos na faixa etária da infância a adolescência, geralmente têm que ser levados para as casas de familiares (avós, tios) para que possam ajudar nos cuidados integral, o que pode aumentar a tristeza de não está presente, munido do sentimento de incapacidade, culpa, contribuindo para um quadro de depressão, o que influencia negativamente ainda mais no tratamento clínico.

O paciente quando acompanhado pela equipe multiprofissional poderá ter passado por todos esses estágios acima descritos, chegando na aceitação, esse é um período de apoio e um olhar ampliado para a família. À medida que vai chegando a finitude é notório observar que o paciente opta pelo silêncio, seu círculo de interesses diminui, as conversas passam de verbais para não-verbais, os momentos de silêncio podem encerrar as comunicações mais significativas. É importante os familiares, amigos, estarem presentes no momento final, a presença se torna uma garantia de que o paciente não está sozinho, além da validação dos seus sentimentos.

Durante essa abordagem a família, não podemos omitir a dor, dizendo que tudo está bem, ou que o ente querido descansou. Precisamos respeitar não somente a dor, e sim a história que foi escrita, é importante validar para a família que o ente está nas memórias e buscar apoio do profissional especializado para organizar suas ideias, seus sentimentos, e expressar sua dor.

Esse último estágio me fez lembrar o capítulo do livro da saudosa Ana Michelle Soares, “*Enquanto eu Respirar (2019)*.” Onde especificamente ela descreve sobre suas aventuras com suas amigas todas paliativas. Em um dos capítulos é grandioso sentir como são os cuidados paliativos de uma de suas amigas com câncer metastático, em sua finitude nos momentos finais, rodeada de amigos, familiares, que seguram a sua mão num gesto de estamos todos aqui. O testamento vital é mencionado de forma que dá voz ao paciente, alguns chamam de diretivas antecipadas de vontade (DAV), que é um documento onde se pode manifestar o tipo de tratamento e de cuidados de saúde que pretende ou não receber, quando estiver incapaz de expressar a sua vontade.

Essa vontade da paciente já havia sido discutida, por familiares, por amigos, nele ela expôs suas vontades, acerca de quais tratamentos serão realizados, caso se encontre em estado terminal. E essa paciente optou em dormir, quando não fosse mais ela, quando as dores se tornassem insuportáveis, é o que chamamos de sedação paliativa, essa sedação não é adiantar o processo de morte, mas suspender os sintomas, que já não são mais controláveis por outros meios.

Essa autora trouxe reflexões de uma vida paliativa, vivendo com um câncer de mama desde 2011, e ensinando através de um *bucket list*, que é uma lista de desejos e de ensinamentos de como viver a vida, com um mau prognóstico. A autora aponta que não sejam praticadas as normas do que é esperado de um paciente paliativo e no seu último suspiro, pois as dores, a doença não a definem, pois quando está no processo de finitude as urgências são outras, é sobre viver, sobre o milagre da boa morte.

6. CUIDADOS PALIATIVOS ALÉM DO ÂMBITO HOSPITALAR

Finalizando meu campo no setor de Cuidados Paliativos, fui para o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) que é caracterizado por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestada em domicílio, garantindo continuidade de cuidados, conforme a portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.

Essa equipe multiprofissional é formada por assistente social, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, psicólogos, enfermeiros, etc. Durante essa vivência pude encontrar pacientes que foram acompanhados pela Comissão de Cuidados Paliativos durante seu período de internação e pós alta hospitalar. Alguns desses pacientes fazem uso de alguns dispositivos, que são monitorados pela equipe. Nessas visitas domiciliares foi realizado acompanhamento em pacientes paliativos, com o intuito de levar conforto, dignidade, humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários. Adotando linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação (MARTINELLI, 2011).

O assistente social atua por meio de visitas domiciliares, que são importantes instrumentos a serem utilizados porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários permitindo realizar encaminhamentos e orientações adequadas. Tendo o papel de informar e mobilizar o usuário acerca dos seus direitos e de seu papel como cidadão, facilitando o acesso aos serviços de saúde, cumprindo com a universalidade e equidade dos direitos sociais dos usuários. Quando a intervenção está pautada para atender o interesse da família e do usuário do SUS, o trabalho do Assistente Social se torna muito visível pois atinge medularmente os interesses desses cidadãos. Além de realizar discussões sobre a situação social do usuário/ paciente com os profissionais de saúde acompanhando e

estimulando o tratamento de saúde do usuário, envolvendo familiares e alertando quando necessário sobre a importância do seu apoio no tratamento.

Em uma dessas visitas realizadas, acompanhei a Assistente Social do setor, a casa de uma paciente com o diagnóstico de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Era uma paciente que havia sido internada no Hospital de Clínicas e que estava sendo acompanhada pelo serviço, a mesma fazia uso de oxigênio utilizando o cilindro em tempo integral. O uso do oxigênio acarreta um aumento na conta de energia, desse modo os pacientes que fazem uso desse dispositivo passam pela análise de documentação para ter direito ao desconto do consumo de energia.

Durante essa visita, podemos acolher a paciente que estava com alguns familiares sendo filhos e esposo, e orientar a respeito do benefício da redução do valor da energia. Orientamos sobre a documentação pertinente, o cadastro único ativo além dos documentos pessoais e ao comparecimento ao setor de oxigenoterapia, munido do relatório médico, sendo imprescindível esse relatório conter a quantidade de horas do uso de equipamento do oxigênio, e o terceiro passo seria a solicitação na rede da companhia elétrica de Uberlândia (Cemig) como cadastro de cliente especial. Dessa forma, o endereço do paciente ficaria registrado no cadastro como prioridade para regularizar a situação em casos de reparo na rede ou quedas de energia.

Nessa visita foi notório observar que os cuidados paliativos se fazem além do hospital, as visitas no serviço de atenção domiciliar acontecem semanalmente com vários profissionais, levando conforto, orientações e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de vivência como Assistente Social/ Residente, no Programa de Residência Multiprofissional em atenção ao Paciente em Estado Crítico, permitiu-me conhecer e vivenciar diversas áreas do ambiente hospitalar. Ao longo desse tempo, é impossível imaginar esse espaço sócio ocupacional sem esse profissional. Por meio da elaboração deste relato de experiência pode-se constatar que a atuação da assistente social na equipe de cuidados paliativos é de extrema importância. Realizar um relato de experiência baseado nas dificuldades encontradas por não possuir esse profissional na equipe tornou-se um desafio, que no primeiro momento despertou-me o interesse em escrever sobre a temática.

Atuar com pacientes em cuidados paliativos na minha vivência durante a residência foi além de situações inimagináveis buscando o melhor atendimento, o mais humanizado possível. Ainda que o conceito de paliativar o paciente seja um tabu, foi de extrema importância me aprofundar nessa temática, conhecer por meio de pesquisas em livros e relatos de quem realmente vive uma vida paliativa. Diante de tantas histórias, vivências e reflexões me sinto privilegiada por ter a oportunidade de participar desse programa ao longo desses 02 anos.

Hoje finalizo uma parte desse ciclo, na certeza de que minha caminhada com pacientes em cuidados paliativos apenas começou, e em qualquer diagnóstico a vontade do paciente deve ser soberana, que a chegada até a finitude é um longo ou curto caminho e que o mais importante é como se perpassa por esse caminho.

Dancei com as estatísticas, com os prognósticos, com os julgamentos. Aprendi que dançar bem não requer prática. Requer alma. Só “dança” na vida quem não levanta e vai pra pista. Quem espera convite e condução. Quem quer a garantia de passos firmes e seguros. Mas eu aprendi. E, entre um tropeço e outro, vou coreografando o balé único da minha vida: do sopro inicial ao último suspiro. (Enquanto eu respirar. Ana Michelle Soares. Rio de Janeiro. Sextante, 2019).

Observou-se na fase de levantamentos bibliográficos a falta de mais artigos que trouxessem experiências com pacientes paliativos atendidos pelo Assistente Social, porém observo que a minha experiência contemplou a inquietação inicial que tive amadurecendo a convicção de que Cuidados Paliativos não é sobre morrer, é sobre como viver até lá.

REFERÊNCIAS

ANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Alfragide: Oficina do Livro, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.271/2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Brasília, DF: CFM, 2020. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 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, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 276, de 2023**. Dispõe sobre a permissão para a visita de animais domésticos e de estimação em hospitais privados, públicos, contratados, conveniados e cadastrados no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2253416. Acesso em: 18. out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 10 de nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Código de ética profissional do assistente social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Atenção ao paciente em estado crítico**. Uberlândia, 2023. Disponível em: <http://www.famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-multiprofissional-e-em-area-profissional-da-saude/programas-8>. Acesso em: 19 set. 2023.

FRANCO, M. H. P. **Luto antecipatório em cuidados paliativos**. In: FRANCO, M. H. P.; POLIDO, K. K. **Atendimento psicoterapêutico no luto**. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 27-35.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

KRAUSE, L. H. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, cidade, v. 11, p. 26-31, abr./ jun. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8923/6832>. Acesso em: 24 out. 2023.

KUBLER, R. E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>. Acesso em: 24 nov. 2023.

MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010.

MORITZ, R. D. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, p. 422-428, 2008

SOARES, A. M. **Enquanto eu respirar**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 73, p. 24-25, 2012.