



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

CAROLAINÉ VIEIRA DOS SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS:
A OPERACIONALIZAÇÃO PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS EM ARACAJU**

SÃO CRISTÓVÃO/SERGIPE

2025

CAROLAINÉ VIEIRA DOS SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: A OPERACIONALIZAÇÃO
PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS EM ARACAJU**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Serviço Social da
Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção
do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientado pela Prof.^a Dra. Maria Cecília Tavares Leite

SÃO CRISTÓVÃO/SERGIPE

2025

CAROLAINÉ VIEIRA DOS SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: A operacionalização para
pacientes oncológicos em Aracaju**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de bacharel
em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social

São Cristóvão/Sergipe, 26 de agosto de 2025.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Cecília Tavares Leite
Orientadora
Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dra. Tatiana Ferreira Dos Santos
Examinadora
Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dra. Vania Carvalho Santos
Examinadora
Universidade Federal de Sergipe

Dedico este trabalho ao meu pai, José Antônio (em memória). Ele que, vítima da negligência de um sistema falho, teve sua vida interrompida sem que a política de saúde se efetivasse de forma justa e eficaz. Seu sofrimento e ausência se transformaram em motivação para minha caminhada.

A Esther, Joaquim e Eduardo, dedico a minha persistência. Que o chão por onde caminhei se transforme no teto a partir do qual vocês possam dar grandes saltos.

AGRADECIMENTOS

Com lágrimas nos olhos e amor no coração, expresso minha gratidão a Deus, à minha família e a todos que, com apoio, incentivo e partilha de saberes, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Ao Senhor, agradeço por tudo! Pelo dom da vida, pela graça e misericórdia que me cercam. A Ele, que cumpre cada promessa e, assim como no Êxodo, também me respondeu e manteve Sua presença comigo. Ao Senhor, toda honra e glória, sempre.

Agradeço à minha mãe, que, sob muito sol, me fez chegar até aqui. Ela que é uma mulher forte e sensível, cheia de fé e amor. Mesmo diante das grandes dificuldades, ela se manteve firme, sempre encontrando beleza nas pequenas coisas e mantendo viva em mim a esperança de dias melhores. A ela, que, mesmo sem ter percorrido os corredores de uma universidade, imprimiu em mim a certeza de que este era o melhor caminho, ainda que não fosse o mais fácil. Mãe, te amo!

Às minhas irmãs e melhores amigas, Kelly e Nininha, que sempre foram meu lugar seguro, sempre acreditaram em mim, mesmo quando nem eu mesma acreditava ser possível. Vocês têm o meu apreço, admiração, respeito, amor e eterna gratidão. Amo vocês.

Ao meu melhor amigo, companheiro de jornada e marido, Felipe. A você, que desde que chegou à minha vida tem me feito acreditar e sonhar mais. Você sempre me mostra que é possível. Obrigada por dividir comigo as madrugadas de pesquisa, o cansaço da rotina, o choro do medo, e sempre me acolher com um: “Amor, você é capaz”. Obrigada por tudo e tanto. Te amo!

Agradeço às minhas supervisoras e amigas, que acreditam em mim, impulsionam meu crescimento e me ensinam, com tanto carinho, o fazer profissional na prática. Joanny e Claudinha, é um privilégio imenso caminhar e aprender ao lado de vocês. Obrigada pela partilha.

Agradeço às Assistentes Sociais do HUSE, Marlemberg e Patrícia pelo acolhimento e por toda disposição em me ajudar sempre que precisei. Aos meus amigos Luiz e Katiane pelo suporte e a minha amiga Gaabe pela alegria e leveza de todos os dias. Agradeço a minha amiga de turma, com quem dividi os medos, os trabalhos e as moedas para o cafezinho, Ana Paula, você é um presente!

A minha orientadora, a Professora Dra. Maria Cecília Tavares Leite, por aceitar conduzir meu trabalho de pesquisa e me orientar com tanta maestria, Obrigada! Também sou grata a todos os professores do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe pela excelência técnica e dedicação de cada um.

“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.”

Cicely Saunders

RESUMO

Tendo em vista as desigualdades e desafios na operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para pacientes oncológicos em contextos locais, o presente estudo trata sobre a operacionalização dessa política em Aracaju, a fim de descrever seu processo no SUS, com foco nos pacientes oncológicos. Para tanto, foi necessário apresentar a inserção dos cuidados paliativos na estrutura do SUS, identificar a relação entre esses cuidados e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos e pontuar os desafios e avanços na oferta desse serviço na rede pública municipal. Realizou-se, então, uma pesquisa qualitativa fundamentada no materialismo histórico-dialético, método que permite compreender a política de saúde como reflexo das relações sociais e das contradições estruturais da sociedade capitalista, considerando as condições políticas, sociais e econômicas que influenciam o acesso dos pacientes oncológicos ao atendimento no SUS, com foco na Política Nacional de Cuidados Paliativos. Diante disso, verificou-se que a oferta dos cuidados paliativos no SUS enfrenta limitações estruturais e fragmentação, o Hospital de Urgência de Sergipe é a principal referência para cuidados paliativos oncológicos em Aracaju. Além disso, verificou-se que há necessidade de integração entre os níveis de atenção e fortalecimento das equipes multiprofissionais. Conclui-se que a operacionalização dessa política exige investimentos, planejamento integrado e compromisso ético-político para viabilização ao acesso universal a saúde e a qualidade do cuidado até o fim da vida.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Política Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. Pacientes oncológicos.

ABSTRACT

Considering the inequalities and challenges in the operationalization of the National Palliative Care Policy within the Unified Health System (SUS), especially for oncological patients in the local context, the present study focuses on the operationalization of this policy in Aracaju, aiming to describe its process in SUS with a focus on oncological patients. Thus, it was necessary to present the integration of palliative care in the SUS structure, identify the relationship between such care and the quality of life of oncological patients, and highlight the challenges and advances in the provision of this service within the municipal public health system. A qualitative study was then conducted based on historical-dialectical materialism, a method that enables understanding of public health as a reflection of social relations and structural contradictions within capitalist society, analyzing reality in a totalizing way and considering the political, social, and economic conditions that influence oncological patients' access to healthcare services within SUS, with a focus on the National Palliative Care Policy. Moreover, the study found that the provision of palliative care at SUS faces structural limitations and fragmentation, and that the Hospital de Urgência de Sergipe is the main reference for oncological palliative care in Aracaju. Additionally, it was observed that there is a need for integration between levels of care and strengthening of multiprofessional teams. Therefore, the operationalization of this policy demands investments, integrated planning, and ethical-political commitment to enable universal access to health and quality care until the end of life.

Keywords: Palliative care. National Palliative Care Policy. Unified Health System (SUS). Oncological patients.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Formas de estruturação dos serviços de saúde.....	36
Figura 2 - Representação do conceito de dor total.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistema de Saúde dos Estados Unidos x Brasil.....	16
Quadro 2 - Princípios e diretrizes do SUS.....	23
Quadro 3 - Diferença no atendimento com e sem a PNCP.....	53
Quadro 4 - Operacionalização da PCNC em Aracaju.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Habitantes por município x Estabelecimento de saúde por município.....	47
Tabela 2 - Estimativa de novos casos de câncer por ano (2023-2025) em Sergipe.....	51
Tabela 3 - Estimativa incidência de câncer em Aracaju (2023–2025) por tipo.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAACASE - Associação de Apoio ao Adulto com Câncer do Estado de Sergipe

ABCP - Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

AMO - Associação dos Amigos da Oncologia

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

AVOSOS - Associação dos Voluntários a Serviço da Oncologia

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

COOL - Centro de Oncologia Doutor Oswaldo Leite

CP - Cuidados Paliativos

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

EACP - Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos

EMCP - Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

GACC - Grupo de Apoio à Criança com Câncer

HUSE - Hospital de Urgências de Sergipe

HU-UFS - Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional de Câncer

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo

LOAS - Lei Orgânica de Saúde

MRS - Movimento pela Reforma Sanitária

NOS - Núcleo de Oncologia de Sergipe

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNCP - Política Nacional de Cuidados Paliativos

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SINE - Sistema Nacional de Emprego

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
SEÇÃO I: A SAÚDE EM DISPUTA: A POLÍTICA DE SAÚDE COMO EXPRESSÃO E RESPOSTA À QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL.....	8
1.1 Debate teórico conceitual sobre a questão social no Brasil.....	8
1.2 Neoliberalismo, globalização e o enfraquecimento dos direitos sociais	12
1.3 Saúde no Brasil como uma expressão da questão social e sua evolução histórica...	17
1.4 A Saúde como expressão da questão social	23
SEÇÃO II: O MODELO HOSPITALCÊNTRICO, A ATENÇÃO TERCIÁRIA NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS COMO UM DIREITO DA POPULAÇÃO	27
2.1 Modelos de saúde no Brasil: trajetória histórica, contradições e disputas em torno da integralidade	28
2.2 A atenção terciária no SUS: desafios da integralidade	33
2.3 A emergência dos cuidados paliativos na política de saúde: concepção, diretrizes e os desafios para sua efetivação como direito	39
SEÇÃO III: A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ARACAJU E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL.....	45
3.1 A organização dos cuidados paliativos em Aracaju: panorama, serviços disponíveis e desafios locais.....	46
3.2 A incidência do câncer em Sergipe e em Aracaju.....	50
3.3 A Política Nacional de Cuidados Paliativos e sua operacionalização em Aracaju: o foco no HUSE.....	54
3.4 O Serviço Social e os Cuidados Paliativos: Fundamentos Teórico-Metodológicos da Intervenção Profissional	61
CONCLUSÃO.....	74
REFERENCIAS.....	78

INTRODUÇÃO

Segundo Escorel (2008), a política de saúde no Brasil passou por transformações significativas ao longo da história, refletindo as mudanças no cenário político, social e econômico. Essa mudança representou um avanço significativo na busca pela equidade no acesso à saúde no Brasil, marcando a transição para um sistema que visa atender a todos os cidadãos, independentemente de sua situação econômica. A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito social fundamental, estabelecido no artigo 196, afirmando a saúde como um direito dos cidadãos e dever do Estado, garantindo o acesso universal aos serviços de saúde, (Brasil, 1988).

Nesse cenário, a criação Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu um modelo baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, assegurando a criação de normas e legislações subsequentes, como a Lei nº 8.080/1990, sancionada em 19 de setembro de 1990, que regulamentou SUS e detalhou sua organização e funcionamento, definindo as responsabilidades dos níveis de governo (municipal, estadual e federal), estabelecendo as diretrizes para a organização dos serviços de saúde e a participação da comunidade.

Conforme Paim *et al.* (2011) destacam, o SUS representa um avanço significativo na democratização do acesso à saúde no Brasil, mas ainda enfrenta desafios estruturais que impactam a efetividade de seus serviços. A ampliação da política de saúde se manifesta para além do modelo curativo tradicional, refletindo a consolidação de um sistema que busca atender às necessidades da população de maneira mais humanizada e eficiente.

Nesse contexto, compreender a operacionalização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS é fundamental para avaliar seus avanços, desafios e impactos na qualidade de vida dos pacientes, sobretudo no atendimento aos pacientes oncológicos. É importante destacar que tal dinâmica se insere em um contexto marcado pela racionalidade neoliberal, na qual há uma forte tendência à redução do papel do Estado na oferta de serviços públicos e ao fortalecimento do setor privado na saúde.

Esse processo se dá, sobretudo, pela desconstrução da qualidade do serviço público para viabilizar a hegemonia do setor privado, inserindo-se na lógica neoliberal, que, conforme analisa Iamamoto (2007), subordina as políticas sociais às exigências do capital, desqualificando o Estado como agente garantidor de direitos e promovendo sua mercantilização.

Nesse sentido, este projeto elege como objeto de pesquisa a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), criada no âmbito do no Sistema Único de

Saúde (SUS) em Aracaju, especificamente no Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite (COOL), no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), a qual objetiva garantir assistência integral e humanizada aos pacientes diagnosticados com doenças ameaçadoras à vida, como o câncer.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), anualmente, cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos no mundo, mas apenas 14% recebem esse atendimento, evidenciando limitação na promoção a esse tipo de assistência. Estudos realizados por Lima *et al.* (2021) revelaram que 18,1% da população brasileira enfrentaram dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Essa realidade evidencia as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde e confirma a análise de Iamamoto (2007), ao destacar que as desigualdades sociais no acesso aos direitos básicos expressam a própria questão social, revelando a contradição entre as conquistas formais asseguradas em lei e as condições reais de acesso a esses direitos.

A Organização Mundial de Saúde define Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, diante de doenças ameaçadoras à vida. No contexto da política de saúde em Aracaju, compreender como os Cuidados Paliativos são estruturados e ofertados pode contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais em saúde, promovendo maior dignidade e qualidade de vida aos pacientes e suas famílias.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, instituída pela Lei nº 13.489/2017, sancionada em 25 de setembro de 2017, pelo ex-presidente Michel Temer, resultado de um processo de articulação entre profissionais da saúde, movimentos sociais e entidades especializadas, visa garantir a universalização do acesso aos cuidados paliativos, independentemente da condição socioeconômica dos usuários e reforça o compromisso com a dignidade no atendimento, estabelecendo diretrizes para a assistência integral a pacientes com doenças ameaçadoras da vida, priorizando o alívio do sofrimento e a qualidade de vida, garantindo suporte multidisciplinar em diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária, serviço hospitalar e atenção domiciliar (Brasil, 2024).

A demanda por cuidados paliativos tem crescido significativamente no Brasil, especialmente diante do aumento da incidência de doenças crônicas. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2013, foram registradas 189.454 mortes por câncer no Brasil, evidenciando a necessidade dos cuidados paliativos na atenção oncológica, considerando que muitos desses pacientes enfrentam longos períodos de sofrimento devido à progressão da doença.

Adicionalmente, Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) também tem apontado um aumento no número de solicitações para cuidados paliativos. A ABCP estima que, atualmente, apenas 3% das pessoas que necessitam de cuidados paliativos no Brasil recebem esse tipo de atendimento de maneira adequada, destacando a necessidade urgente de expansão desse serviço. Esses dados indicam a necessidade de ampliação e fortalecimento das políticas públicas voltadas aos cuidados paliativos, garantindo acesso universal e equitativo a essa modalidade de atendimento (Souza *et al.*, 2019).

Esses dados mostram que a necessidade de cuidados paliativos no Brasil é uma questão de saúde pública, no entanto, no contexto do SUS, esse cenário impõe desafios estruturais, uma vez que muitos pacientes enfrentam barreiras no acesso a serviços especializados, seja pela insuficiência de equipes multidisciplinares capacitadas ou pela falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Conforme aponta Iamamoto (2007), as políticas sociais vêm sendo redefinidas no contexto atual, marcado por uma forte influência das políticas neoliberais, que priorizam a lógica do mercado, o que contribui para que o Estado reduza sua participação direta na oferta de serviços, enquanto há uma crescente ênfase na focalização e seletividade no atendimento, muitas vezes em oposição aos interesses da universalidade e da equidade no acesso aos direitos sociais.

Com base nesse panorama, esta pesquisa parte das seguintes questões orientadoras: Qual a relação estabelecida entre a política de saúde e a operacionalização dos cuidados paliativos no SUS? De que maneira a Política Nacional de Cuidados Paliativos contribui para a qualidade de vida de pacientes oncológicos? Como a política de saúde do SUS em Aracaju estrutura a oferta de cuidados paliativos para pacientes oncológicos? Essas perguntas norteiam a investigação, cuja finalidade é compreender os desafios e avanços na operacionalização dos cuidados paliativos como direito à saúde e à vida digna.

Parte-se do pressuposto de que o SUS, como principal executor da Política de Saúde, influencia a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos ao estabelecer diretrizes, recursos e estratégias para a operacionalização desse serviço, garantindo o acesso universal e multidisciplinar aos pacientes, conforme os princípios da integralidade, universalidade e equidade.

No entanto, pressupomos também que os princípios do SUS não tem sido viabilizado plenamente no contexto atual, considerando que a oferta desses cuidados ainda é insuficiente e reflete desigualdades e dificuldades no acesso aos serviços especializados, bem como, a falta de conhecimento dos direitos dos pacientes os quais devem ser assegurados pelo Estado, e a

falta de registros dos atendimentos e serviços prestados, fortalecendo a mercantilização da saúde e o projeto neoliberal. Ainda, pressupomos que a Política Nacional de Cuidados Paliativos pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pacientes oncológicos ao promover assistência integral, controle da dor e suporte multidisciplinar, evitando internações desnecessárias.

Por fim, considera-se que, a rede pública em Aracaju tem viabilizado, entre avanços e desafios o acesso e a continuidade dos cuidados paliativos para pacientes oncológicos. Isso ocorre por meio da integração entre os serviços de atenção primária, especializada e domiciliar, embora a falta de recursos e profissionais possa limitar a efetividade da assistência.

Diante disso, este trabalho teve como objetivo geral descrever como ocorre o processo de operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS em Aracaju, com foco em pacientes oncológicos que são atendidos pelo Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite (COOL), no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Como objetivos específicos buscou-se: Apresentar a inserção dos cuidados paliativos no SUS, considerando sua estrutura, financiamento e princípios norteadores; identificar a relação entre os cuidados paliativos e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos; pontuar os desafios e avanços na operacionalização dos cuidados paliativos na rede pública de saúde em Aracaju.

O interesse da autora em pesquisar sobre a temática surgiu ao cursar a disciplina Estágio Supervisionado em Serviço Social I, que ocorreu no Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite, localizado no Hospital de Urgência de Sergipe, quando foi possível compreender os direitos dos pacientes oncológicos, analisando tanto a sua efetivação quanto as situações nas quais esses direitos são violados ou negligenciados. Além disso, também no Estágio Supervisionado, acompanhou a operacionalização do Programa Melhor em Casa (PMeC), do governo federal, o qual busca viabilizar a atenção domiciliar no SUS. Dentro dessa vivência, notaram-se fragilidades humanas e estruturais, potencializadas pela dificuldade no acesso aos serviços oferecidos, a falta de conhecimento dos direitos previstos em lei, bem como a negação do serviço pelo município.

Ao pontuar sobre a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos e da Política de Saúde, esse trabalho justificou-se pela importância de compreender a assistência em saúde para além do tratamento curativo, considerando a necessidade de contribuir para a dignidade e qualidade de vida dos pacientes com doenças ameaçadoras a vida. Outrossim, fortalece o reconhecimento dos direitos assegurados, tanto para os usuários quanto para a sociedade, possibilitando a viabilização de melhoria na qualidade de vida dos pacientes que utilizam cuidados paliativos.

Além de evidenciar a relevância da assistência paliativa como expressão do direito à saúde e analisar os principais desafios que permeiam sua efetivação no SUS, bem como os impactos dessa política na vida dos pacientes oncológicos. A relevância da pesquisa reside na importância de ampliação do conhecimento dos Cuidados Paliativos como direito garantido pelo SUS, especialmente para pacientes oncológicos, bem como o reconhecimento dos direitos destes pacientes, que necessitam de assistência integral e humanizada.

A contribuição acadêmica e científica reside na análise da revisão bibliográfica sobre o tema, visto que a pesquisa amplia o conhecimento no campo dos direitos sociais, que são de extrema importância para o Serviço Social, evidenciando a importância do acesso aos serviços e a defesa dos direitos dos pacientes. Além disso, ao identificar desafios e potencialidades na operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos na rede pública e a efetivação da política de saúde no SUS a pesquisa possibilita a reflexão crítica sobre as desigualdades no acesso aos serviços e a integração entre os níveis de atenção à saúde, pois a falta de comunicação entre a rede pode prejudicar a continuidade do cuidado.

Ademais, contribui também para a análise da relação entre a Política Nacional de Cuidados Paliativos e as Políticas de Saúde no âmbito do SUS, com foco nos pacientes oncológicos em Aracaju, buscando fortalecer as funções das políticas públicas e atuação do Estado, pois, conforme aponta Netto (1992), o enfoque deliberado das funções sociais do Estado, desloca suas responsabilidades para o mercado e restringe os direitos historicamente conquistados. Ademais, oferece subsídios para futuras pesquisas e intervenções profissionais, contribuindo para o fortalecimento e ampliação do SUS.

Com o intuito de sistematizar o conhecimento sobre a temática e responder às questões norteadoras delineadas, este estudo adotou como método de análise a perspectiva do materialismo histórico e dialético, que permitiu compreender a política de saúde imbricada nas relações sociais e das contradições estruturais da sociedade capitalista. Esse método analisa a realidade na sua totalidade, considerando as condições política, social e econômica, que influenciam o acesso dos pacientes oncológicos ao atendimento no SUS, com foco na Política Nacional de Cuidados Paliativos. Esse referencial compreende a realidade social como um processo em constante transformação, determinado por relações econômicas, políticas e sociais (Marx; Engels, 2007).

A pesquisa realizada possui natureza qualitativa, tendo em vista os seus objetivos e, embora sejam utilizados dados quantitativos, ela não tem a intenção de torná-los hegemônicos na análise do objeto. A pesquisa define-se também como exploratória e descritiva. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o

problema, tornando-o mais explícito e possibilitando a construção de hipóteses ou o aprimoramento de ideias. A natureza exploratória da pesquisa possibilitou identificar a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos e a relação com a vida dos pacientes oncológicos, considerando que este é um tema recente, ainda pouco estudado no contexto atual de Aracaju.

Além disso, de acordo com Minayo (2013), a pesquisa descritiva preocupa-se com a caracterização de determinada população, fenômeno ou realidade, buscando detalhar aspectos, processos e relações presentes no objeto de estudo. Dessa forma, a abordagem descritiva foi utilizada para pontuar os desafios e avanços na operacionalização dos Cuidados Paliativos na rede pública de saúde em Aracaju, permitindo a identificação de padrões e limitações. Assim, a pesquisa foi apresentada de forma descritiva, pois buscou como objetivo descrever as condições econômicas, políticas e sociais que influenciam o acesso aos serviços de saúde, as políticas públicas envolvidas e a relação com os pacientes e seus familiares.

O estudo fez uso da pesquisa bibliográfica e documental, e se baseou na análise de materiais já existentes. A pesquisa bibliográfica permitiu revisar teorias, conceitos e discussões sobre o tema, sendo necessário para fundamentar a pesquisa de maneira sólida. A pesquisa documental, fortaleceu ainda a abordagem ao utilizar fontes primárias, tais como leis, portarias, diretrizes e legislação; e secundárias, como livros/artigos científicos e relatório de pesquisa.

Ademais, adotou a abordagem da pesquisa social, a fim de caracterizar as interações entre as políticas públicas, a sociedade e acesso à saúde, contribuindo para a reflexão sobre a operacionalização dos cuidados paliativos no SUS. Dessa forma, de acordo com a classificação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq, 2024), a pesquisa se insere no campo das Ciências Sociais Aplicadas. Como ressalta Gil (2008, p. 57), “a pesquisa social busca compreender as contradições e as condições de existência dos fenômenos sociais, adotando um olhar crítico sobre as dinâmicas que os moldam.” Dessa forma, a investigação permitiu uma compreensão aprofundada dos fatores que influenciam o acesso e a qualidade dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, refletindo as dificuldades na efetivação das políticas de saúde pública.

A revisão bibliográfica foi um dos procedimentos centrais da pesquisa, permitindo o mapeamento das diferentes abordagens existentes sobre o tema. Para isso, foram consultadas bases de dados como SciELO, LILACS e CNPq, além de documentos de eventos acadêmicos, como o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), base de dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENEPSS). Para garantir a relevância dos materiais analisados para a pesquisa bibliográfica,

foram estabelecidos critérios de busca, como os descritores: "políticas públicas", "serviço social", "saúde", "SUS", "modelos de saúde", "política de saúde", "seguridade social" e "reforma sanitária" para o capítulo sobre política de saúde. Já para a discussão sobre cuidados paliativos, foram utilizados termos como "cuidados paliativos no SUS", "hospice", "lei", "normativa", "assistência domiciliar", "Programa Melhor em Casa" e "pacientes oncológicos", considerando publicações entre 2013 e 2024.

Após a aplicação desses critérios, 12 estudos foram selecionados dentre os 47 inicialmente encontrados, sendo excluídos aqueles que não abordavam diretamente a política de saúde e os cuidados paliativos a partir da compreensão social. Complementarmente, a pesquisa documental incluiu a análise das normativas e legislações vigentes, com ênfase na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde) e nas diretrizes do Ministério da Saúde referentes aos Cuidados Paliativos.

A seleção e análise dos dados desta pesquisa seguiram critérios específicos de inclusão e exclusão. Para as fontes legislativas, normativas e documentos que tratam dos cuidados paliativos e da política de saúde no SUS, o critério de inclusão foi a relevância para o contexto das diretrizes sobre cuidados paliativos, incluindo a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde), a Lei nº 13.489/2017 (Política Nacional de Cuidados Paliativos), as diretrizes do Ministério da Saúde e a operacionalização do Programa Melhor em Casa, com ênfase nos direitos dos pacientes oncológicos.

A organização dos dados desta pesquisa foi estruturada a partir da categorização temática dos documentos selecionados, alinhando-os aos objetivos específicos do estudo. Para isso, os documentos legislativos, normativos e acadêmicos foram agrupados em três eixos principais: (1) Política de Saúde no Brasil e no SUS e a Política Nacional de Cuidados Paliativos e sua operacionalização, (2) Relação entre cuidados paliativos e qualidade de vida dos pacientes oncológicos, (3) Desafios e avanços na operacionalização dos cuidados paliativos em Aracaju. Essa categorização permitiu um estudo mais direcionado, facilitando a compreensão das conexões entre os princípios normativos e a realidade prática do atendimento em cuidados paliativos.

A sistematização dos achados em categorias analíticas possibilitou uma reflexão crítica sobre a operacionalização dos cuidados paliativos no SUS, identificando desafios e potencialidades na assistência aos pacientes oncológicos em Aracaju, contribuindo para o debate acerca de sua melhoria no contexto do município.

Este trabalho, além dos elementos pré-textuais e pós-textuais, está estruturado em três seções: a primeira apresenta um conceito histórico sobre a saúde no Brasil e apresenta a saúde

como expressão da questão social; a segunda seção descreve a evolução histórica dos modelos de saúde no Brasil, com ênfase nas contradições do modelo hospitalocêntrico, os desafios da integração entre a atenção primária e terciária no SUS e a inserção dos cuidados paliativos como pública de saúde; por fim, a terceira seção apresenta a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos no contexto do SUS em Aracaju e os fundamentos teórico-metodológicos que orientam a intervenção do Serviço Social.

Com isso, a partir da estrutura apresentada, esta pesquisa busca apresentar, de forma crítica, como a política de saúde no Brasil, especialmente no âmbito do SUS, tem operacionalizado os cuidados paliativos enquanto direito, considerando seus fundamentos históricos e os desafios na organização da atenção à saúde.

SEÇÃO I: A SAÚDE EM DISPUTA: A POLÍTICA DE SAÚDE COMO EXPRESSÃO E RESPOSTA À QUESTÃO SOCIAL NO BRASIL

Nesta seção será apresentado o debate sobre a questão social e o processo histórico de construção da política de saúde no Brasil, enquanto expressão da questão social, debate essencial para analisar a efetivação desta política, pois trata-se de um campo que carrega desafios e reflete as contradições da sociedade capitalista. Além disso, o debate teórico-conceitual servirá como base para aprofundar, posteriormente, a análise da operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos em Aracaju.

1.1 Debate teórico conceitual sobre a questão social no Brasil

Para compreender a saúde pública no Brasil e, posteriormente, de forma mais particular, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, é fundamental analisar o debate teórico existente sobre as expressões da questão social. Contribui também para o aprofundamento da compreensão da questão social no Brasil, voltar às suas origens históricas e, desse modo, observar como o processo de colonização burguesa estruturou uma sociedade baseada na exploração e dominação. Conforme aponta Fernandes (1975), as bases das desigualdades sociais no Brasil foram inseridas durante o processo de colonização, estabelecendo uma organização econômica e política desigual, que se manifesta até os dias atuais.

Nesse sentido, é necessário analisar a estruturação do capitalismo no Brasil, isso exige reconhecer que a formação brasileira não aconteceu de maneira igualitária. Ocorreu por meio da articulação de diferentes modos de produção, com a efetivação do modo de produção

capitalista. Diante disso, podemos analisar o que disse Santos (2012, p.54) “Ter em conta a possibilidade de que uma formação social possa apresentar combinações dos diferentes modos de produção, com um deles tendendo a caracterizar-se como dominante, é uma premissa fundamental para a compreensão do caso brasileiro.”

Além disso, o Brasil é marcado pela persistência de um padrão de controle autoritário e pelo fortalecimento de estruturas sociais deixadas por esse período. Como aponta Iamamoto (2013), a questão social no Brasil se expressa de forma específica e se constitui em um contexto onde a desigualdade não é um desvio, mas sim, um traço estrutural.

Esse caráter autoritário pode ser percebido ao analisar o período da República Velha (1889–1930), que marcou o cenário político brasileiro pela consolidação de um modelo oligárquico e excludente, no qual as elites agrárias, especialmente de São Paulo e Minas Gerais, exerciam o controle do Estado por meio de práticas como o coronelismo, o clientelismo e o voto de cabresto. Esse modelo político se estruturava na ausência de mediações democráticas entre o poder e a sociedade, resultando em uma relação de dominação direta e autoritária.

Como destaca Faoro (2001, p. 55), “entre o rei e os súditos não há intermediários: um comanda e todos obedecem. A recalcitrância contra a palavra suprema se chamará traição, rebeldia à vontade que toma as deliberações superiores.” Essa análise evidencia como o Estado brasileiro, desde suas origens, foi constituído sob uma lógica patrimonialista, em que a autoridade política se confunde com os interesses privados das elites dominantes, perpetuando a exclusão social e o distanciamento entre o poder público e os direitos da maioria da população.

Nesse contexto, a questão social passou a emergir com maior visibilidade, impulsionada pelos processos iniciais de urbanização e industrialização que geraram novas demandas sociais, sobretudo entre os trabalhadores urbanos e rurais. No entanto, o Estado adotava uma postura repressiva frente às reivindicações populares, tratando a questão social como caso de polícia, conforme analisado por Ianni (1989). A ausência de políticas públicas estruturadas e a resistência à organização da classe trabalhadora intensificaram as desigualdades sociais, consolidando um modelo de desenvolvimento excludente, no qual os direitos sociais ainda não figuravam como pauta prioritária na agenda estatal.

A questão social perpassa entre os campos do conceito e da categoria, conforme descrito por Santos (2012), a autora explica que a questão social enquanto conceito evidencia uma função teórica, que atua a fim de analisar criticamente as expressões das desigualdades sociais presentes na sociedade capitalista como o desemprego, a fome, a violência. Essas expressões, por sua vez, derivam de categorias estruturais da realidade social, como a exploração da força

de trabalho, a mais-valia, e a miséria, por exemplo, que são alicerçadas no modo de produção capitalista.

Desse modo, a questão social surge como categoria analítica e se constitui fundamentalmente para a compreensão das desigualdades sociais intrinsecamente ligadas ao modo de produção capitalista. Problemas como a pobreza, o desemprego, a fome, a precarização das condições de trabalho, a falta de acesso a direitos básicos, como a saúde e a marginalização de grande parte da população passaram a ser considerados como expressões da questão social a serem enfrentadas.

Não se trata, portanto, de fenômenos isolados ou naturais das relações sociais, mas de manifestações históricas de um modelo de organização econômica que produz e reproduz desigualdades estruturais. Dessa forma, a questão social não pode ser compreendida como um problema de gestão, mas deve ser entendida como expressão concreta das contradições do capitalismo, que opera no modo em que se organiza, isto é, na produção e reprodução da vida social (Netto 1992).

Isso se deve ao fato de que a questão social expressa o antagonismo entre capital e trabalho, conforme aponta Marx (2013), refletindo o dilema entre a produção e distribuição capitalista, ou seja, o acúmulo da riqueza de poucos depende da produção da pobreza de muitos. Assim, a produção da pobreza é um instrumento essencial de reprodução do capital. Então, a questão social torna-se manifestação concreta dessas contradições, reforçando um padrão de desigualdade que se atualiza historicamente e se materializa de maneira intensa, podendo ser observada a partir do desemprego, fome e, especialmente, na dificuldade de acesso às políticas sociais e aos serviços de saúde.

A estrutura da sociedade capitalista é marcada pela relação entre duas classes sociais antagônicas: a burguesia, detentora dos meios de produção, e o proletariado, que vive da venda de sua força de trabalho. Nesse cenário, a questão social surge da exploração dessa força de trabalho, vinculada aos conflitos entre capital e trabalho, portanto, a questão social é fruto dessa relação. Logo, esse fenômeno estrutural, resulta das contradições inerentes ao modo de produção capitalista. Desse modo, de acordo com Iamamoto (1999), a Questão Social se expressa pelas múltiplas formas de desigualdade e exclusão, refletindo a precarização do trabalho e a negação dos direitos sociais.

Além disso, conforme aponta Santos (2012), ao analisarmos as desigualdades sociais de maneira fragmentada e superficial, deixamos de considerar suas causas estruturais, o que contribui para mascarar os determinantes sociais e históricos do desenvolvimento do Brasil, apresentando a desigualdade como um fenômeno natural e atemporal, derivados de falhas

individuais. Esse processo de naturalização das expressões da desigualdade social desempenha uma função política e ideológica que busca legitimar o modo de produção capitalista e camuflar suas contradições estruturais. O sistema passa, desse modo, a ser apresentado como funcional, meritocrático e justo, o que se define, segundo Santos (2012), como a *positividade capitalista*¹.

De acordo com Netto (1992), a transição do capitalismo concorrencial para o monopolista, ocorrida entre o final do século XIX e o início do século XX, durante a segunda fase da revolução industrial que foi marcada por avanços tecnológicos e industriais que permitiram maior concentração de capital. Segundo o autor, o capitalismo alcança “uma fase superior”, e é nessa fase que se intensificam as contradições e é quando o capital focaliza nas grandes corporações, fortalecendo a desigualdade social e aumentando a distância entre as classes sociais, além de intensificar a exploração da classe trabalhadora. Paim (2009), ressalta que foi nesse momento que a saúde passou a ser vista também como uma questão social, deixando de ser considerada apenas um problema individual e passa a exigir respostas do poder público.

Segundo Florestan (1975), no contexto brasileiro, o processo de industrialização e essa transição do capital iniciaram de forma tardia, pois o Brasil ainda estava iniciando o fim da escravidão (1888) e a Proclamação da República (1891). Marcando uma nova fase para a configuração social, a qual, intensificou a ausência de políticas sociais e a marginalização da classe operária, evidenciando as expressões da questão social.

É nesse contexto que o Estado começa a atuar como mediador entre as tensões das relações sociais, com o objetivo de mitigar os efeitos da questão social. Contudo, não rompe com as causas estruturais do sistema, mantendo a lógica da exploração que perpetua as desigualdades sociais. Consequentemente, as expressões da questão social se manifestam nas diferentes políticas públicas, com destaque para a política de saúde. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE, 2023), cerca de 30% da população brasileira ainda enfrenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde, principalmente em regiões de menor estrutura urbana e rurais. Isso se deve ao fato de que o sistema capitalista não elimina as contradições sociais; ao contrário, gera e fomenta questões sociais perduráveis.

¹ Para Santos (2012), a positividade capitalista é a naturalização das desigualdades, ocultando suas causas estruturais para apresentar o capitalismo como um sistema justo.

1.2 Neoliberalismo, globalização e o enfraquecimento dos direitos sociais

O processo de globalização, que se fortaleceu nas décadas de 1970 e 1980, com a crise do modelo de Estado de Bem-Estar Social nos países centrais (EUA e Europa), conforme aponta David (1992), contribuiu para a integração mais rápida dos mercados globais de bens e serviços, além de reorganizar a produção capitalista em escala mundial, aliado às reformas econômicas que visam à redução do papel do Estado e fortalece o conceito de privatização.

Além disso, intensificou a precarização das condições de vida das classes populares, ampliando a marginalização, a exclusão social e a falta de acesso aos sistemas de saúde. Ianni (1971) reforça que a globalização, não contribui para o progresso equitativo, mas aprofunda as desigualdades entre centro e periferia. Ademais, o avanço das tecnologias e a flexibilização do mercado de trabalho geraram novas formas de exploração, afetando diretamente os trabalhadores e as populações em situação de vulnerabilidade social.

No Brasil, esse movimento iniciou a partir de 1990, com políticas que visavam à abertura econômica, privatizações e contenção de gastos públicos. De acordo com Harvey (2008), o neoliberalismo agrava as desigualdades sociais ao reduzir a intervenção estatal e priorizar o mercado. No mesmo sentido, Iamamoto (2008) destaca que a reestruturação produtiva e o avanço do capital financeiro impõem novos desafios à proteção social, fragilizando os direitos historicamente conquistados.

Autores como Netto (2009) e Iamamoto (2010) apresentam uma perspectiva crítica pautada no materialismo histórico-dialético e, embora apresentem ênfases distintas, ambos compreendem a questão social como expressões das contradições estruturais do modo de produção capitalista. Um exemplo disso é, o pauperismo do século XIX, acrescido durante o processo de industrialização acelerada e a urbanização massiva que geraram transformações nas condições de vida da classe trabalhadora. Conforme aponta Netto (2001), a questão social na sociedade burguesa está associada ao fato de que a pobreza está relacionada à falta de recursos e, no sistema capitalista, a pobreza continua sendo produzida, mesmo em meio a abundância.

Não só isso, é possível também observar que esse processo, intrinsecamente ligado ao modo de produção capitalista, resultou na intensificação da exploração da força de trabalho, concentrou riqueza e aprofundou as desigualdades sociais. Logo, podemos observar como o crescimento da pobreza ocorre juntamente com o aumento da capacidade de produção, conforme aponta Netto (1992). Desse modo, apresentado o paradoxo do capital; onde o

crescimento da força de trabalho não elimina a miséria, mas a reproduz como parte do próprio processo.

Iamamoto (2001), por sua vez, reforça que a questão social é inerente ao processo de produção capitalista, o que se contrapõe aos ideais liberais que tendem ao enfraquecimento das políticas públicas, além de fragmentar a questão social em “várias questões sociais”, tratando suas expressões (pobreza, violência, fome, desemprego entre outros) de forma isolada e neutra, sem relação política. Essa fragmentação enfraquece a compreensão de totalidade. Ademais, a autora reconhece as múltiplas formas em que a questão social se expressa, no entanto, são compreendidas como desdobramentos de um único processo estrutural.

Por outro lado, em contraponto à perspectiva crítica apresentada por Netto (2009) e Iamamoto (2010), o ideário neoliberalista interpreta a questão social como decorrente de um conjunto de falhas individuais e morais, associados à subjetividade humana, reduzindo as expressões da questão social aos comportamentos imorais e a falhas na gestão pública, desconsiderando sua origem estrutural no modo de produção capitalista. Assim, as desigualdades sociais deixam de ser vistas como estruturais e inerentes ao sistema capitalista, e passam a ser atribuídas à responsabilidade individual. Esse pensamento está pautado no conceito abordado por autores liberais, como Thomas Malthus, o qual aborda que a pobreza é um fenômeno natural que acontece de acordo com o crescimento populacional, quando este é superior à produção de alimentos. Além disso, reforça a ideia de que a assistência aos pobres deve ser vista como um incentivo à ociosidade (Malthus, 1996).

Na contemporaneidade, essa abordagem sustenta-se em ideais como a meritocracia, a focalização das políticas públicas e uma gestão administrativa de caráter conservador. O neoliberalismo parte do pressuposto de que a liberdade individual só está ameaçada quando o Estado intervém, defendendo que o mercado, ao se autorregular, seria capaz de promover o bem-estar social, segundo Friedman (1962). Dessa maneira, a desigualdade é vista como uma consequência natural e aceitável do funcionamento do sistema, enquanto a busca por igualdade por meio de políticas estatais é vista como ameaça à liberdade. Essa lógica sustenta a ideologia neoliberal, reforçando a ideia de que o sucesso ou o fracasso social são resultados exclusivamente dos méritos ou das falhas individuais.

Outrossim, de acordo com Iamamoto (2007), a questão social continua a se expressar de maneira complexa, diretamente ligada às transformações do capitalismo, e o avanço das políticas neoliberais resultou no desmonte de políticas públicas e na mercantilização dos direitos sociais, aprofundando a vulnerabilidade das camadas populares. Esse fenômeno ultrapassa a privação material e releva uma dinâmica econômica excludente, marcada pela

concentração de riqueza e poder. Limitando as possibilidades de mobilidade social e intensificando a desigualdade, especialmente o acesso aos serviços básicos.

Não só isso, pois ainda de acordo com Iamamoto (2008), a questão social é parte constitutiva da sociedade capitalista, por isso, é permanente, ainda que se apresente de diferentes formas ao longo da história. Ao ignorar os fundamentos estruturais e históricos da questão social, o neoliberalismo naturaliza a pobreza, a falta de acesso aos serviços e a exclusão social. Tirando a responsabilidade do Estado e culpabilizando os indivíduos por suas condições de vida, fragmentando a luta coletiva por justiça social e reduzindo os direitos sociais a ações filantrópicas.

A questão social no contexto atual não se limita à pobreza estrutural, mas envolve também a falta de acesso a direitos básicos, como o acesso à saúde. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2021 e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2021, cerca de 13,5 milhões de brasileiros estão em situação de extrema pobreza, com uma renda mensal inferior a R\$ 246,00, o que evidencia a persistência da desigualdade estrutural no país. Além disso, o acesso a serviços essenciais, como saúde, é marcado por disparidades regionais e socioeconômicas.

Em 2020, 25,5% da população brasileira não tinha acesso à água potável IBGE (2020). É nesse cenário que emergem as desigualdades no campo da política de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como política pública orientada pelos princípios pautados na equidade, universalidade e integralidade, apresenta em seu funcionamento marcas históricas de desigualdades sociais, além de constituir um espaço de disputa política e ideológica que disputam e moldam as condições do seu pleno funcionamento.

Dessa forma, compreender a Questão Social e suas expressões na política de saúde possibilita identificar como e onde se materializam as desigualdades sociais históricas, visto que a saúde não se limita à ausência de doença, mas reflete condições sociais, acesso desigual a serviços, precariedade e escassez de recursos.

Como aponta Nunes (2006), a saúde é socialmente determinada, sendo influenciada por fatores como, trabalho, renda, educação e moradia. Nesse cenário, as expressões da questão social se manifestam em diversas dimensões, como por exemplo, no processo saúde-doença, isso porque a saúde não pode ser compreendida apenas a partir da ótica biológica, médica e individualizante, haja vista que a saúde é historicamente construída e está intrinsecamente ligada às condições materiais da existência humana e a seu modo de produção social.

Além disso, de acordo com Paim (2009), só seremos capazes, enquanto sociedade, de corrigir as falhas que ainda persistem no SUS quando compreendermos, de fato, o que ele representa. Só assim deixaremos de construir um ideal de mundo baseado na realidade dos países desenvolvidos como acontece, por exemplo, quando comparamos o Brasil aos Estados Unidos.

É nesse tipo de comparação que surgem críticas ao sistema de saúde brasileiro, muitas vezes sustentadas por ideais alimentados pela mídia. Esse cenário favorece a disseminação da ideia de um livre mercado como solução, partindo da crença de que os serviços públicos melhorariam. No entanto, falta compreensão para entender que, em muitos desses países, sequer existe um sistema público de saúde como o SUS. Por isso, é fundamental conhecer o que existia antes da criação do SUS e entender como realmente funcionam os sistemas de saúde em países como os EUA, para que possamos valorizá-lo e aperfeiçoá-lo.

No Brasil, a trajetória até a criação do SUS não foi simples nem rápida, no entanto, hoje ela se pauta no modelo que conhecemos como *seguridade social*² e está diretamente ligada à cidadania e é financiado por meios dos impostos pagos pela população. conforme aponta Paim (2009), buscando garantir proteção social ampla, articulado com a previdência e a assistência social, suas ações são direcionadas pelo Estado e pela participação social. Em países desenvolvidos, como os EUA, é adotado o modelo proteção social natural residual, onde o acesso à saúde não é um direito universal, nem é visto como um dever do Estado, a saúde é, portanto, uma mercadoria, um bem de consumo.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico OECD (2023), o sistema de saúde dos Estados Unidos é frequentemente apontado como um dos mais onerosos do mundo, apresentando altos custos per capita e profundas desigualdades no acesso aos serviços, o que compromete sua eficiência em comparação a outros países desenvolvidos.

Ao comparar o SUS com o sistema de saúde dos EUA, evidenciam-se contrastes significativos, como o financiamento, a cobertura e os resultados em saúde. Enquanto o SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, oferecendo acesso gratuito a toda a população brasileira, o modelo norte-americano baseia-se na lógica do mercado, com predominância de seguros privados e acesso condicionado à capacidade de pagamento ou à elegibilidade a programas públicos

² Segundo Ibrahim (2022), a seguridade social no Brasil é um conjunto de ações do Estado e da sociedade voltadas à garantia dos direitos à saúde, previdência e assistência social, conforme previsto na Constituição de 1988.

restritos, como o Medicare e o Medicaid. Para melhor compreensão em termos práticos, fazamos um comparativo:

Quadro 1 - Sistema de Saúde dos Estados x Brasil

Indicador	Estados Unidos	Brasil (SUS)
Modelo de Saúde	Predominantemente privado, baseado em seguros	Público e universal (SUS), com gestão tripartite
Cobertura da População	92,1% com seguro; 7,9% sem cobertura (2022)	100% da população coberta legalmente
Gasto per capita com saúde	US\$ 12.555 por pessoa/ano (2022)	R\$ 568 por pessoa/ano (2021)
Gasto total com saúde (% do PIB)	16,6% do PIB (2022)	9,6% do PIB (2021), sendo 3,8% público
Fonte principal de financiamento	Seguros privados e pagamentos diretos	Impostos e contribuições sociais
População sem acesso garantido	Cerca de 26 milhões de pessoas	Toda a população tem direito garantido pela Constituição
Desigualdade no acesso	Alta, especialmente entre negros e latinos	Persistente, mas SUS promove equidade
Desempenho internacional	Entre os piores dos países ricos em custo-benefício	Reconhecido pela OMS como um dos maiores sistemas públicos do mundo

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Dados: OECD (2023); CDC (2023); IPEA (2023); DATASUS (2024); VIGITEL (2023).

Desse modo, conforme evidenciado no Quadro 1, observa-se que, o modelo de saúde norte-americano é caracterizado pela forte mercantilização dos serviços, o que contribui significativamente para a ocorrência de falências pessoais decorrentes de dívidas médicas.

Estima-se que dois terços das falências pessoais nos Estados Unidos estejam relacionadas a custos com saúde OECD (2023). Já no Brasil, o acesso gratuito proporcionado pelo SUS reduz consideravelmente esse risco, embora usuários do setor privado ainda estejam suscetíveis a esse tipo de endividamento.

Por fim, cabe destacar que, apesar das fragilidades estruturais do SUS, como a insuficiência de financiamento, a precarização da força de trabalho e as desigualdades regionais no acesso, o sistema brasileiro é reconhecido internacionalmente por sua abrangência, capilaridade e capacidade de articulação intersetorial. Em contrapartida, o sistema norte-americano, mesmo com investimentos expressivos, figura entre os piores em desempenho relativo entre países ricos, especialmente em termos de custo-benefício, equidade e efetividade na promoção da saúde (OECD, 2023) e (Paim, 2008).

1.3 Saúde no Brasil como uma expressão da questão social e sua evolução histórica

Reconhecer que a política de saúde também se configura como uma expressão da questão social nos permite compreender que a saúde não está dissociada das desigualdades históricas que permeiam a sociedade brasileira. A fragmentação do cuidado, precarização dos serviços e a escassez de recursos não representam apenas falhas técnicas, mas refletem as contradições estruturais do modo de produção capitalista. Assim, para entender a operacionalização da política de saúde, especificamente da política nacional de cuidados paliativos, é imprescindível retomar o processo histórico que estruturou a saúde no Brasil, a saber como um campo que perpassa interesses sociais distintos.

Ao tentar compreender a formação da política de saúde no Brasil, é fundamental inicialmente conhecer a evolução histórica do país, que foi marcada por profundas injustiças e deixou um legado de desigualdade, o qual reflete-se até hoje em suas dinâmicas sociais, incluindo o acesso aos serviços de saúde. O Brasil, desde a sua formação, é marcado pela exploração de territórios, escravidão e por um processo de dominação que resultou na criação de uma estrutura social excludente e hierárquica.

Conforme afirmam Martins *et al.* (2021), um dos pilares do desenvolvimento econômico do Brasil foi a escravidão, a qual estabeleceu um sistema econômico baseado na concentração de riqueza e no poder atribuído à elite branca. Tal realidade manifesta o que fora dito por Ribeiro (1995, p. 106) “A sociedade brasileira foi montada como uma máquina de moer gente, voltada para a acumulação de riquezas por uma minoria à custa da miséria da maioria”.

A colonização introduziu no Brasil uma série de enfermidades que contribuíram para o enfraquecimento das populações originárias, causado pelo que Crosby (1972) definiu como *troca colombiana*³. O processo de transformação da cultura dos povos originários, incluindo sua alimentação, ambiente e saúde, que ocorreu por meio do “encontro” dos continentes europeu, africano e americano, envolvendo a escravização dos africanos, a troca de animais (como galinha, vaca, cavalo) e alimentos (como uva, trigo, café, arroz, milho, batata, pimenta, tabaco). Além disso, também foram trazidas doenças como varíola, sarampo e gripe.

Nesse período, o cuidado com a saúde era limitado às práticas naturais e religiosas. Fazia-se uso de recursos naturais como rezas, alimentos e o isolamento, essas medidas eram realizadas por pajés, curandeiros e líderes religiosos. Conforme aponta Lima (2005), ao analisar

³ Segundo Crosby (1972), a “troca colombiana” trouxe doenças da Europa que dizimaram populações indígenas no Brasil.

a trajetória da política de saúde no Brasil, observa-se que por muito tempo não existia um planejamento bem estruturado ou uma política de saúde estruturada.

Em 1808, com a chegada da Família Real ao Brasil, foram realizadas algumas transformações na saúde pública. Nesse período surgiram as primeiras escolas de medicina no país, especificamente na Bahia e no Rio de Janeiro. Segundo Hochman (1998), esse período influenciou o início de uma intervenção estatal na saúde pública, porém, ainda se manifestava de forma restrita às necessidades da elite e do exército, o que evidencia que o acesso aos médicos era voltado para a proteção da Coroa Portuguesa, servindo às necessidades do Estado, sem qualquer compromisso efetivo com às necessidades da população, sempre de maneira excludente.

Foi nesse cenário que, impulsionadas por interesses políticos, surgiram as primeiras medidas sanitárias do século XIX, motivadas pela necessidade de preservar a força de trabalho, proteger soldados e funcionários do Estado, além de manter a “ordem” nas áreas urbanas habitadas pelas elites. Como destacam Rouquayrol (2013) e Almeida Filho (2013), as ações de saúde eram orientadas como formas de exercer controle social por meio da desinfecção de ambientes, numa tentativa de combater doenças transmissíveis, como a varíola e a peste bubônica, por exemplo.

A criação do Conselho Superior de Higiene Pública, em 1886, por meio do Decreto nº 9.554 foi fundamental para consolidar o papel do Estado no enfrentamento dos problemas sanitários, estabelecendo as bases para a organização de políticas públicas voltadas ao combate de epidemias e à regulamentação das práticas médicas, especialmente com foco na medicina preventiva. A medida ocorreu no período marcado pela centralização do poder no governo imperial, que buscava modernizar a capital e promover o desenvolvimento econômico, incluindo a atração de imigrantes e investimentos estrangeiros.

Essa medida teve forte influência do higienismo europeu que era conduzido por um caráter autoritário e elitista, com abordagens conflitantes, na medida em que buscava o assistencialismo curativo focado na doença, manifestava também a prática moralizante quando voltava para o controle dos corpos e comportamento da população vulnerável, sem reconhecer as verdadeiras causas do adoecimento. O Estado usava o discurso de prevenção para exercer controle sobre a população pobre, deslocando sua responsabilidade de garantir o direito à saúde, além disso, não reconhecia a saúde a partir de determinantes sociais, como trabalho, moradia, alimentação (Arouca, 1994).

Esse cenário evidencia que, historicamente, a saúde no Brasil foi concebida como um privilégio, perpetuando desigualdades e desafios que ainda hoje impactam a consolidação de

um sistema público igualitário e acessível a todos, o que implica garantir o acesso universal aos serviços de saúde para toda a população, independente de classe social, raça, gênero, território ou condição econômica, assegurando que toda população, tenha o mesmo acesso ao cuidado em saúde. Como destacam Giovanella *et al.* (2008), o direito à saúde implica a construção de um sistema público universal, igualitário e equitativo, que supere as desigualdades sociais, territoriais e étnico-raciais presentes na estrutura da sociedade brasileira.

Com o crescimento urbano e a expansão das políticas higienistas, surgiram novas demandas sociais relacionadas às condições de vida da classe trabalhadora que vivia em áreas de vulnerabilidade socioespacial, sem saneamento básico adequado. Além disso, a desigualdade social se refletia diretamente nos indicadores de saúde, tais como as altas taxas de mortalidade infantil, baixa expectativa de vida, grande incidência de doenças infecciosas, além da falta de acesso aos serviços de saúde.

Nesse cenário, a intervenção estatal se concentrava em medidas autoritárias, como as campanhas de vacinação obrigatória, queima de colchoes e invasões aos domicílios, essas ações eram realizadas, predominantemente em regiões periféricas, desconsiderando a lógica universal de um modelo assistencial abrangente. Segundo Oliveira Sobrinho (2002), o processo de higiene e limpeza social, ocorrido no final do século XIX e início do XX estava associado à pobreza e a um desejo utópico de uma cidade limpa e saudável, que se baseava em uma ideologia elitista.

Logo, é possível afirmar que o processo histórico da saúde no Brasil reflete as condições políticas e sociais do país, sem apresentar grandes avanços no que se refere à saúde pública inclusiva. Conforme aponta Paim (2008), a construção do sistema de saúde brasileiro ocorreu de maneira fragmentada, refletindo a luta da população pelo acesso aos serviços em meio à ausência de uma política pública estruturada.

Essa fragmentação pode ser observada na oferta desigual dos serviços, que eram concentrados em regiões acessíveis apenas a uma pequena parcela da população. No entanto, esse processo de centralização e desigualdade influenciou a evolução do sistema de saúde, elegendo, posteriormente, a criação do Sistema único de Saúde (SUS), no século XX, e evidenciando que, desde o início da colonização até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem organização institucional.

A criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) pela Lei Eloy Chaves, sancionada em 24 de janeiro de 1923 por meio do Decreto nº 4.682/1923, representou um marco inicial na organização da previdência social e da saúde no Brasil. Segundo Almeida (2003), a lei instituiu um sistema de aposentadorias e pensões voltado aos trabalhadores da indústria

ferroviária, com o objetivo de garantir proteção social e oferecer suporte financeiro em casos de aposentadoria, doença ou morte, na perspectiva do seguro social. Além disso, previa a implantação de um sistema de assistência médica, estendendo o acesso à saúde a uma parcela da classe trabalhadora formal.

No entanto, como destaca Lima (2012), esse modelo possuía um caráter restritivo, limitado aos trabalhadores com vínculo empregatício formal, especialmente no setor ferroviário, excluindo parte da população, como os trabalhadores rurais e informais. Assim, o acesso à saúde permanecia desigual, evidenciando as expressões da questão social presentes no sistema de saúde.

Com a crise econômica mundial de 1930 e as transformações políticas e sociais no Brasil, o modelo de previdência social e saúde passou por mudanças significativas. As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que atendiam categorias profissionais específicas, começaram a ser substituídas por uma estrutura mais ampla: Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Segundo Costa (2011), os IAPs, criadas nas décadas de 1940 e 1950, foram instituídos para diferentes categorias de trabalhadores, mas ainda atendiam apenas aos empregados urbanos formalizados, deixando de fora os trabalhadores rurais e informais. Essa exclusão gerou uma crescente demanda por uma reforma mais abrangente, que buscasse incluir toda a população no sistema de previdência social e de saúde.

Em 1966, uma nova reforma ocorreu com a unificação dos IAPs, que passou a ser regulamentada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa reforma aconteceu durante a Ditadura Militar, mais precisamente no governo do general Castello Branco. Embora a medida tenha contribuído para padronizar a concessão de benefícios, manteve o caráter excludente do sistema, ainda restrito aos trabalhadores formais urbanos, perpetuando desigualdades históricas no acesso à previdência social (Fleury, 1997).

O INPS foi instituído com a finalidade de integrar os diferentes IAPs em um único regime, abrangendo todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que passou a ser a principal legislação trabalhista do país. Conforme destacado por Almeida (2003), com essa unificação um passo importante foi dado para a inclusão de trabalhadores rurais, que anteriormente estavam excluídos do sistema de previdência social.

A inserção da população rural no sistema de previdência significava que, pela primeira vez, esses trabalhadores também passariam a ter direito a benefícios como aposentadoria, pensão e assistência médica, embora ainda com um modelo restrito e desigual em relação aos trabalhadores urbanos. A unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no INPS

refletia essa lógica de centralização do poder, ampliando o controle estatal sobre os recursos da previdência e reduzindo a autonomia das categorias profissionais.

Considera-se que essa unificação foi um avanço importante no processo de organização da seguridade social no Brasil, mas ainda assim o acesso à saúde e à previdência social permanecia limitado aos trabalhadores urbanos e formais. Esse cenário contribuiu para o fortalecimento da Movimento pela Reforma Sanitária, que, nas décadas de 1970 e 1980, buscou transformar o sistema de saúde brasileiro, apontando para a saúde como um direito universal e não um privilégio de poucos.

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu entre os dias 17 a 21 de março de 1986, em Brasília/DF. A Conferência ocorreu em um momento decisivo da história brasileira, marcado pela transição da ditadura militar para a redemocratização. Após um rígido regime autoritário, o país vivia um período de intensa mobilização social e política, com atuação de movimentos sociais, sindicatos e setores progressistas da sociedade civil na luta por direitos sociais universais.

Nesse cenário, a conferência tornou-se um espaço de participação popular e de formulação de propostas para a construção de um sistema público de saúde, democrático e descentralizado. A defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, proposta central do evento, refletia as demandas históricas da população e consolidou os princípios que viriam a fundamentar o Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente garantido pela Constituição Federal de 1988 (Paim, 2008).

Além disso, propôs as diretrizes para a criação de um sistema de saúde integral, descentralizado, equânime e que contasse com a participação popular. A partir dessas discussões e reivindicações, ocorreu a criação das Leis Orgânica de Saúde Nº 8.080/1990 e 8142 de 1990, as quais regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS) como um direito de todos os cidadãos e promovendo a inclusão universal da população ao acesso aos cuidados de saúde, independentemente de sua condição social ou vínculo de trabalho, instituído pela Constituição Federal em 1988, por meio do artigo 196, que afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, art. 196, 1988).

A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que trata a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e determina as transferências de recursos financeiros para a saúde e estabeleceu diretrizes essenciais para a organização e a implementação do

Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei determinou a descentralização da gestão, delegando aos estados e municípios a responsabilidade pela administração dos serviços de saúde, além de garantir a participação social por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências, permitindo que a população tivesse voz nas decisões sobre políticas públicas de saúde.

Outra diretriz importante foi a organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada e regionalizada, com a criação de uma rede de atenção que integra desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, visando à integralidade no atendimento. A partir de então, houve avanços na ampliação da cobertura dos serviços, como a criação do Programa Saúde da Família (atual Estratégia Saúde da Família) na década de 1990, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica e a expansão dos programas de imunização e vigilância epidemiológica (Paim, 2013).

Como podemos observar no Quadro 2, o SUS é estruturado em princípios fundamentais que orientam sua organização e funcionamento. A universalidade, equidade e integralidade. Além disso, o SUS é estruturado a partir da descentralização, participação social e regionalização e hierarquização.

Quadro 2 - Princípios e diretrizes do SUS

PRINCÍPIOS DO SUS		DIRETRIZES DO SUS	
Universalidade	Garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica.	Descentralização	A gestão do SUS deve ser compartilhada entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal.
Integralidade	A oferta de ações e serviços que atendam às necessidades de saúde da população de forma completa, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Considerando a integralidade do indivíduo.	Participação social	Garante o envolvimento da sociedade no planejamento, fiscalização e controle das políticas públicas de saúde por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.
Equidade	Busca à redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, priorizando grupos em situação de vulnerabilidade.	Regionalização e Hierarquização	Organiza os serviços e atribuições em níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciária), garantindo que os casos mais simples sejam resolvidos na atenção básica e os mais complexos encaminhados para serviços especializados.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

No entanto, o SUS enfrenta desafios persistentes, especialmente no que diz respeito ao subfinanciamento, à falta de infraestrutura e à desigualdade no acesso aos serviços de saúde. A lógica neoliberal de restrição do papel do Estado e incentivo à privatização tem afetado a consolidação do SUS, resultando em dificuldades para a efetivação de políticas públicas, como os cuidados paliativos.

O financiamento insuficiente do SUS é um dos maiores obstáculos para sua consolidação. A Emenda Constitucional nº 95/2016 também conhecida como o "Teto de Gastos Públicos", estabelece a limitação dos gastos públicos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, impondo que o crescimento das despesas seja restrito à variação da inflação do ano anterior, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Esse regime fiscal visa conter o aumento da dívida pública e promover o equilíbrio fiscal. Essa medida agravou essa situação ao limitar os investimentos em áreas essenciais, como saúde e educação, comprometendo a expansão e a qualificação dos serviços públicos (Brasil, 2016).

Como aponta Paim (2018), as políticas de austeridade fiscal impactam diretamente na precarização do trabalho dos profissionais de saúde e na redução da oferta de serviços, o que reflete na qualidade do atendimento à população. Além disso, observa-se um processo de mercantilização da saúde, com a ampliação da participação do setor privado e a terceirização dos serviços, tornando cada vez mais difícil o acesso universal aos atendimentos especializados. A consolidação do SUS depende da resistência contra retrocessos e da defesa de um sistema público de saúde que atenda às necessidades da população de forma equitativa.

Dessa forma, a trajetória da política de saúde no Brasil reflete um embate contínuo entre avanços institucionais e limitações estruturais. O SUS, apesar de suas conquistas, ainda necessita de maior investimento e fortalecimento para garantir o direito universal à saúde de forma equitativa e integral.

1.4 A Saúde como expressão da questão social

A saúde enquanto política pública se constrói como forma de enfrentamento das expressões da questão social. Por isso, ao analisar a sua trajetória, compreende-se que a saúde não se desvincula do processo de formação social e econômica do país. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma ruptura com modelos anteriores de atenção à saúde

pautados na filantropia, na seletividade e na lógica mercantil. Assim, o SUS materializa uma proposta contra hegemônica, fundamentada na noção de saúde como direito universal e na construção de um Estado de bem-estar social, ainda que sua implementação esteja permeada por contradições estruturais e disputas ideológicas. Conforme aponta Paim

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (Paim, 2009, p. 32).

Essa afirmação nos faz compreender que a constituição das políticas públicas de saúde no Brasil expressa, historicamente, como um modelo seletivo, fragmentado e funcional à lógica do capital. Como destaca Iamamoto (2007), as políticas sociais, entre elas a saúde, não são neutras, mas se constituem como respostas às expressões da questão social, sendo orientadas por projetos societários em disputa e, muitas vezes, operando para garantir a reprodução das condições de exploração capitalista, ao invés de superá-las.

Antes da conformação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde não era tratada como direito de cidadania universal, mas como um benefício condicionado à posição do sujeito no mercado de trabalho ou à caridade, o que produziu um sistema excludente e hierarquizado. Paim (2009), afirma que antes da saúde ser reconhecida como dever do Estado, era tratada mais como caso de polícia do que como questão social. A realização de campanhas voltadas para a saúde era como operação militar, e muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária.

A lógica predominante era a da assistência médica focalizada e da medicalização de problemas sociais, vinculadas ao controle dos corpos e à produtividade da força de trabalho. Para Fleury (1997), o modelo de atenção à saúde antes da Reforma Sanitária era funcional à acumulação capitalista, pois agia de forma a minimizar os custos sociais das crises econômicas, mantendo o foco na atenção curativa e emergencial. Nesse sentido, a saúde pública operava como instrumento de controle social e não como garantia de direitos.

Desde o período colonial, o Estado se estruturou como um aparelho que serve a elite, consolidando um modelo de dominação que naturalizou a exclusão da maioria da população do acesso a direitos sociais básicos. Como afirmam Oliveira Sobrinho (2002) e Costa (2011), a construção das políticas sociais no Brasil refletiu o caráter seletivo e clientelista do Estado,

onde os direitos eram concedidos não como universais, mas como privilégios concedidos conforme critérios de produtividade, filiação ao mercado de trabalho ou relações de dependência política.

Assim, o modelo de atenção à saúde reproduziu a lógica da desigualdade estrutural brasileira, legitimando a exclusão da maioria e a concentração de direitos nas mãos de minorias economicamente dominantes. Pois, conforme observamos anteriormente, a lógica do capital é priorizar o aumento da acumulação em detrimento da distribuição.

Nessa perspectiva, analisaremos a oferta a política de saúde enquanto direito universal, pois esta compõe um setor da economia onde se produzem bens e serviços, conforme aponta Paim (2009). O autor destaca que a saúde é composta por um conjunto diversificado de instituições que exercem diferentes funções dentro do sistema, e que existe o que conhecemos como sistema de saúde e ações de saúde, ou seja, os serviços de saúde podem ser analisados como estabelecimentos onde são realizados os atendimentos diretos à população, como hospitais, postos de saúde, clínicas, laboratórios e centros especializados.

Enquanto as ações de saúde compreendem práticas voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, executadas por equipes multiprofissionais nos sistemas mencionados. Além disso, os sistemas de saúde podem ser vistos também como indústrias farmacêuticas, fabricantes de equipamentos e insumos médico-hospitalares, bem como empresas de planos de saúde que operam sob lógica de mercado.

Dessa forma, enquanto parte dessas instituições realiza ações de cuidado direto, outra parte é voltada à produção de bens e à coordenação do sistema, evidenciando a complexidade e a articulação necessárias para o funcionamento da política de saúde, revelando a burocratização do sistema. Como consequência, muitas vezes há obstáculos no acesso e na continuidade do cuidado, pois o usuário precisa transitar entre diferentes níveis de atenção e setores institucionais, enfrentando filas, cadastros, encaminhamentos e protocolos que dificultam a resolutividade das ações de saúde.

Além disso, a burocratização é intensificada pela coexistência de interesses públicos e privados dentro do mesmo sistema, gerando disputas por financiamento, regulação e prioridades de investimento, tornando o processo decisório mais complexo e menos centrado nas necessidades da população, aliada à lógica tecnocrática e à escassez de recursos. Também contribui para a ineficiência administrativa, refletindo na demora na oferta de serviços e na descontinuidade de políticas públicas essenciais.

De acordo com Iamamoto (2008), essa estrutura burocratizada está ligada ao modelo de Estado capitalista, que organiza as políticas sociais a partir de uma lógica de regulação e

controle da força de trabalho, muitas vezes mais voltada à ordem do que à garantia universal de direitos. No caso da saúde, isso significa que a burocracia pode funcionar como um instrumento de exclusão indireta, dificultando o acesso de parcelas vulneráveis da população e evidenciando as expressões da questão social.

Esse processo de burocratização contribui para a fragmentação do funcionamento do sistema, dificulta o acompanhamento dos casos e o retorno do paciente ao cuidado contínuo, comprometendo o princípio da integralidade. Esse cenário é agravado nas periferias urbanas e áreas rurais, onde a escassez de serviços e profissionais torna ainda mais lento e distante o acesso efetivo.

Assim, a burocracia, longe de ser um mero problema técnico, atua como uma barreira estrutural, que penaliza especialmente os grupos sociais mais vulneráveis trabalhadores informais, desempregados, idosos e pessoas com doenças crônicas e se constitui como uma expressão contemporânea da questão social, evidenciando os limites da política de saúde em uma sociedade marcada pela desigualdade estrutural. Conforme define Paim.

Contudo, mesmo neste sistema de serviços de saúde é difícil verificar um objetivo único. Distintos objetivos manifestam-se no seu interior e muitos interesses externos atravessam o sistema. Assim, o objetivo pode ser assegurar a saúde das pessoas, mas também o lucro dos empresários e o emprego dos trabalhadores que atuam no sistema. Paim (2009, p. 43)

Dessa forma, evidencia-se que a finalidade do sistema de saúde, especialmente sob a lógica neoliberal, não está a serviço unicamente da promoção da saúde como direito, mas também no estímulo ao lucro, na movimentação do capital e na instrumentalização da força de trabalho, inserindo-se em um contexto mais amplo de controle social.

Conforme aponta Paim (2009) a saúde, nesse cenário, passa a ser tratada como mercadoria, acessível de forma desigual conforme a capacidade de consumo dos indivíduos. Assim, aqueles que detêm maior poder aquisitivo acessam mais e melhores serviços, enquanto os economicamente vulneráveis ficam restritos a uma oferta precarizada e insuficiente.

No Brasil cerca de 71,5% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento médico-hospitalar, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE, 2019), enquanto apenas 28,5 % têm planos privados de saúde e acesso à saúde suplementar. Isso revela a centralidade do SUS na garantia do direito à saúde e, ao mesmo tempo, a persistência de um sistema de saúde dual, em que o acesso e a qualidade do cuidado seguem condicionados pela posição socioeconômica dos indivíduos.

O Estado, que deveria assumir o papel de mediador das desigualdades produzidas pelo modo de produção capitalista, vê-se tensionado entre garantir o direito universal à saúde e operar sob a lógica seletiva do mercado, o que compromete a efetivação de políticas públicas capazes de responder à complexidade, permanência e diversidade das necessidades sociais em saúde.

Fleury (1997) reforça que a saúde, sob a ótica do capital, é tratada como um bem de consumo, regulada pelo mercado e acessível de acordo com o poder aquisitivo dos indivíduos, e não como um direito universal garantido pelo Estado.

Além disso, de acordo com Mendes (2019), a privatização indireta dos serviços de saúde representa um desafio à equidade, o que fortalece às desigualdades, a crescente terceirização da gestão hospitalar e o aumento da influência do setor privado no SUS podem aprofundá-las ainda mais, favorecendo grupos com maior poder aquisitivo e limitando o acesso de populações mais vulneráveis. A política de saúde no Brasil tem sido impactada pelo avanço do neoliberalismo e esse avanço tem implicações diretas no SUS, especialmente no seu financiamento e na garantia do acesso universal.

A garantia da universalidade e da equidade no acesso depende de investimentos públicos contínuos, políticas de fortalecimento da atenção básica e combate às desigualdades regionais e sociais. Sem um compromisso efetivo com a valorização do SUS e a ampliação dos recursos destinados à saúde, os princípios que fundamentam o sistema continuarão sendo ameaçados, impactando diretamente a vida da população mais vulnerável. Iamamoto (2007) aponta que a questão social se expressa no acesso aos direitos básicos, revelando a contradição entre as conquistas formais e as condições reais de acesso.

SEÇÃO II: O MODELO HOSPITALCÊNTRICO, A ATENÇÃO TERCIÁRIA NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS COMO UM DIREITO DA POPULAÇÃO

A presente seção tem como objetivo refletir criticamente o modelo hospitalocêntrico predominante na assistência à saúde no Brasil e suas implicações na organização dos serviços em redes, com destaque para a atenção terciária e os desafios da integralidade no cuidado oncológico. Ao analisar a emergência dos cuidados paliativos como uma política pública e direito da população, busca-se evidenciar a importância da articulação entre os níveis de atenção e da defesa do cuidado integral como expressão dos direitos humanos.

2.1 Modelos de saúde no Brasil: trajetória histórica, contradições e disputas em torno da integralidade

Considerando as desigualdades historicamente expressas na organização dos serviços de saúde brasileira, conforme discutido na seção anterior, é fundamental compreender como a centralidade do hospital e a fragmentação do serviço de saúde se consolidaram como modelo predominante de atenção. Essa centralidade não resultou de uma escolha neutra ou meramente técnica, mas refletiu a lógica de uma sociedade hierarquizada, na qual a saúde era concebida como mercadoria ou concessão e não como um direito de cidadania.

Segundo Sá *et al.* (2017), ao longo das décadas, especificamente as décadas de 1930 a 1960, tanto a população quanto as autoridades sanitárias compreendiam a saúde como a simples ausência de doença. Essa concepção reducionista fundamentou a consolidação de dois modelos hegemônicos de atenção: o sanitarista-campanhista, centrado nas ações estatais de combate a epidemias por meio de campanhas; e o médico-assistencial, voltado para a cura individualizada, com ênfase na atuação médica e no uso de medicamentos.

Ambos os modelos se estabeleceram como hegemônicos, orientando as práticas institucionais e políticas públicas de saúde, além de moldarem a percepção social sobre o cuidado em saúde, contribuindo para a exclusão de parcelas significativas da população do acesso contínuo e integral aos serviços de saúde. Conforme Paim (2009), o modelo de atenção à saúde dominante no Brasil foi historicamente marcado por uma racionalidade técnico-assistencial, hospitalocêntrica e centrada na doença, o que expressa a hegemonia de uma concepção biomédica que ignora os determinantes sociais do processo saúde-doença.

No decorrer desse processo histórico, o modelo sanitarista-campanhista, de acordo com Sá *et al.* (2017), teve sua consolidação diretamente relacionada ao enfrentamento das doenças infectocontagiosas, por meio de campanhas de vacinação e ações pontuais de controle de epidemias. Esse modelo ganhou força especialmente entre o final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, com as descobertas da bacteriologia, o uso de vacinas e medicamentos, assumindo um caráter verticalizado, centralizador e fragmentado, voltado prioritariamente para grupos populacionais considerados em risco e não para o conjunto das necessidades sociais em saúde.

Desse modo, observa-se que tais práticas contribuíram para a consolidação de uma lógica de intervenção tecnicista e focalizada, voltada à contenção imediata de agravos, sem compromisso com a transformação das condições estruturais que determinam o processo saúde-doença. Com o avanço do processo de modernização do Estado, sobretudo durante o governo

Vargas, consolidou-se o modelo médico-assistencial privatista, estreitamente vinculado à expansão da previdência social e à criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

De acordo com Sá *et al.* (2017), trata-se de um modelo de saúde pautado na lógica mercantil, no qual a iniciativa privada assume centralidade na oferta dos serviços, priorizando procedimentos especializados e o atendimento individualizado. Essa dinâmica frequentemente ocorre em detrimento da atenção primária e das ações de prevenção, revelando uma concepção de saúde como bem de consumo, e não como direito social universal.

Entre a Revolução de 1930 e os desdobramentos do Estado Novo (1937-1945) que prolongando-se, em certa medida, até a agenda nacional-desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960 o Brasil vivenciou profundas transformações, como a centralização do poder estatal sob Vargas, o impulso inicial à industrialização e a consolidação de uma robusta legislação trabalhista (culminando na CLT de 1943).

Essas medidas buscavam estruturar o mercado formal de trabalho e incorporar o trabalhador urbano ao projeto nacional de desenvolvimento, ancorando-se na expansão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e na crescente intervenção do Estado nas políticas sociais, inclusive na saúde. Como observa Netto (2011), as políticas sociais no capitalismo não romperam com a lógica da mercantilização e da seletividade, mas funcionaram como instrumentos de controle social e reprodução das relações de dominação de classe, beneficiando exclusivamente os segmentos integrados ao mercado formal de trabalho.

Nesse contexto, a medicina previdenciária configura-se como uma manifestação histórica concreta do modelo médico-assistencial privatista, evidenciando a maneira pela qual o Estado incorporou essa lógica assistencial sem promover rupturas estruturais, limitando-se a financiá-la de forma parcial e restrita aos trabalhadores formais vinculados ao sistema previdenciário. Essa configuração institucionalizou a concepção da saúde como um benefício condicionado à relação trabalhista, refletindo uma lógica corporativista que privilegiava uma parcela específica da população em detrimento do acesso universal.

Com raízes na assistência filantrópica das Santas Casas e na prática da medicina liberal, o modelo médico-assistencial consolidou-se sob uma lógica curativa, centrada no ato médico, na prescrição medicamentosa e na hospitalização, caracterizando-se pela sua natureza hospitalocêntrica e medicalocêntrica. Conforme destaca Paim (1999), essa organização fragmentada da atenção negligenciava ações preventivas e a integralidade do cuidado.

Arouca (2003), complementa que a medicina previdenciária foi fundamental para a consolidação desse modelo, estruturado sob uma lógica contributiva e tecnocrática, que restringia o acesso à assistência aos trabalhadores formais, excluindo grande parte da

população. O cuidado, portanto, limitava-se a procedimentos técnico-operacionais, sem abordar os determinantes sociais do processo saúde-doença, reforçando uma atenção seletiva, centrada na doença e não integral e universal.

Pinheiro e Mattos (2009) destacam que a medicina preventiva assumiu um caráter fortemente medicalizante, ao ampliar as possibilidades de aplicação técnica dos saberes médicos sobre a doença, direcionando-os para o controle e a regulação de diversos aspectos da vida social. Essa lógica se insere no que Foucault (1976) conceitua como biopolítica, ou seja, uma forma de governo no qual a saúde passa a ser concebida como um ideal coletivo e uma responsabilidade social.

Nessa perspectiva, Zorzanelli e Cruz (2018) apontam que o hospital, anteriormente associado à exclusão e à morte, foi ressignificado como espaço de cura e de preservação da vida, reafirmando o papel central das instituições médicas na gestão dos corpos e na normatização da vida em sociedade.

Esse processo, que predominou especialmente entre as décadas de 1930 a 1980, contribuiu para o fortalecimento dos hospitais como epicentro da atenção à saúde, em detrimento de ações preventivas e da atenção primária. De acordo com Paim (2009), o sistema se estruturava de forma fragmentada em três grandes vias: a saúde pública, a medicina do trabalho e a previdenciária, sendo esta última responsável pelas ações curativas e individualizadas.

Segundo Mendes (2010), sistemas de saúde fragmentados caracterizam-se pela organização de pontos de atenção isolados e sem integração entre si, o que inviabiliza a oferta de cuidado contínuo à população. Além disso, esses sistemas se estruturam de forma hierárquica e desarticulada, priorizando o atendimento a condições agudas, com centralidade no cuidado médico e ênfase em intervenções curativas. Essa lógica contribui para a passividade dos usuários, a atuação reativa dos serviços à demanda e um modelo de financiamento baseado em procedimentos, desconsiderando o gerenciamento de riscos.

É nesse contexto que emerge a crítica ao modelo hospitalocêntrico, especialmente nas décadas de 1970 e 1980, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira. O termo hospitalocentrismo, derivado da junção de "hospital" (do latim *hospitale*) e "cêntrico" (do grego *kéntron*), denuncia a centralidade do hospital na organização dos serviços de saúde e a prevalência de práticas medicalizantes, fragmentadas e descoladas das necessidades sociais mais amplas. De acordo com Donnangelo (1975), a hegemonia desse modelo expressa as contradições de um sistema profundamente desigual, marcado pela medicalização da vida social.

Diante das limitações dos modelos sanitaria-campanhista e médico-assistencial privatista, especialmente no cenário das décadas de 1970 e 1980, emergiu no Brasil um novo paradigma de atenção à saúde: o modelo de vigilância em saúde. Essa proposta foi concebida como resposta à crise do sistema nacional de saúde e ao esgotamento das abordagens tradicionais, agravado pelas transformações no perfil epidemiológico da população, marcadas pelo crescimento das doenças crônicas, dos acidentes e de outras condições associadas às novas formas de morbidade (Sá *et al.*, 2017).

Na perspectiva apontada por Paim (2009), o país passava por uma transição no perfil epidemiológico, com a redução de doenças transmissíveis historicamente associadas à pobreza, como tuberculose, verminoses e desnutrição, e a ascensão de condições crônicas não transmissíveis, como neoplasias, violências e acidentes. Esse cenário exigia uma reconfiguração das estratégias de atenção, ampliando o foco das ações para além do tratamento curativo.

Nesse sentido, Paim (1999) aponta que a vigilância sanitária opera por meio de um conjunto de tecnologias e instrumentos técnicos que visam proteger os meios de vida e atender a determinadas necessidades sociais, articulando-se diretamente com os determinantes do processo saúde-doença. A depender do contexto histórico e do estágio de desenvolvimento científico e tecnológico, essa combinação de recursos configura distintos modelos de atenção e formas de intervenção sobre a realidade sanitária, refletindo os interesses sociais e econômicos em disputa em cada período.

Diferentemente das práticas fragmentadas e reativas dos modelos anteriores, o modelo de vigilância em saúde propõe uma mudança profunda, tanto nas diretrizes técnicas quanto nas práticas gerenciais, fundamentada em uma concepção ampliada de saúde que supera a visão biologicista e medicalizante, incorporando a saúde como um fenômeno social e integral, conforme apontam (Sá *et al.*, 2017).

Essa nova perspectiva estava alinhada aos debates internacionais sobre saúde pública, como os apresentados no *Relatório Lalonde*⁴, de 1974, que representou um marco na crítica ao modelo biomédico tradicional. De acordo com Sá *et al.* (2017), este documento propôs uma concepção ampliada de saúde, ao evidenciar que seus determinantes extrapolavam os limites

⁴ Segundo Sá *et al.* (2017), o Relatório Lalonde, elaborado no Canadá em 1974, criticou os sistemas de saúde estruturados sob a ótica biomédica e propôs um novo conceito de saúde, fundamentado em quatro determinantes: biologia, ambiente, estilo de vida e organização sanitária. O documento evidenciou a importância dos fatores sociais na determinação da saúde.

do sistema assistencial, sendo influenciados por quatro fatores fundamentais: a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e a organização dos serviços de saúde. Ao introduzir essa abordagem, o relatório contribuiu para o deslocamento do foco centrado na doença, chamando atenção para os determinantes sociais e para as desigualdades que moldam as condições de saúde das populações.

À luz da crítica marxista, essa mudança no campo da saúde revela dimensões estruturais profundas. Para Marx (1975), o ser humano necessita dispor não apenas dos meios de produção, mas também de condições materiais como saúde, alimentação e ambiente que viabilizem sua existência e capacidade produtiva. Assim, ao restringir o acesso à saúde apenas aos trabalhadores formais, o modelo previdenciário expressava uma racionalidade que compreendia a saúde não como um direito universal, mas como um benefício funcional à lógica do capital.

Dessa forma, os meios de vida, como parte das necessidades sociais, tornam-se também objeto das práticas em saúde, e sua regulação por exemplo, por meio da vigilância sanitária integra a divisão técnica do trabalho em saúde com uma função essencial à reprodução social.

A crítica ao modelo hospitalocêntrico fundamentou a luta pela criação de um novo modelo de atenção, orientado por princípios como universalidade, equidade, descentralização, participação social e integralidade do cuidado. Esse debate deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, como marco de ruptura com o modelo excludente anterior, segundo apontam Sá *et al.* (2017, p. 61) “O SUS nasceu com a perspectiva de mudar e alterar a situação de exclusão em que viviam os brasileiros, em especial aqueles que, por não contribuírem com a previdência social, não tinham o direito de ser atendidos.”

O reconhecimento de que a saúde resulta de múltiplos fatores além da assistência médica representou uma mudança de paradigma necessária para enfrentar as desigualdades sociais e avançar na construção de um sistema de saúde mais universal, preventivo e integral, em sintonia com as demandas contemporâneas do Brasil. Nesse sentido, o modelo de vigilância em saúde consolidou-se como um marco teórico-prático que antecede e influencia a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao orientar suas bases na promoção da saúde e na ampliação do conceito de cuidado (Sá *et al.*, 2017).

A nova realidade sanitária passou a exigir respostas mais integradas, contínuas e universais, incompatíveis com a lógica fragmentada, pontual e verticalizada que sustentava os modelos vigentes até então. Paim (1999), aponta que essa transformação impôs ao Estado e aos formuladores de políticas públicas o desafio de superar práticas focalizadas e emergenciais,

exigindo uma reorganização do sistema que considerasse a complexidade das necessidades sociais e ampliasse o alcance das ações em saúde.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, institui-se uma concepção ampliada de assistência à saúde, rompendo com os paradigmas baseados na contribuição previdenciária, na medicalização e na exclusividade do atendimento ao trabalhador formal. Orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o novo modelo propõe uma profunda reorganização da oferta de serviços, expandindo o cuidado para além da dimensão curativa e reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado.

Nesse sentido, Paim (2009) aponta que mais do que escolher entre modelos de atenção, o desafio está em articular diferentes tecnologias, saberes e práticas que respondam às múltiplas realidades e perfis epidemiológicos do país. Assim, não se trata de propor um modelo único e universal, mas sim de reconhecer a diversidade dos arranjos assistenciais e organizativos possíveis, orientados por racionalidades técnicas e políticas que devem estar voltadas à construção de um sistema público de saúde que seja, de fato, equânime, integral e sensível às complexas necessidades humanas em saúde.

Trata-se de uma inflexão paradigmática que reposiciona a atenção primária como eixo estruturante do sistema e promove a articulação entre promoção, prevenção e reabilitação, com ênfase na participação social. Assim, o modelo assistencial instituído com o SUS não apenas propõe uma nova forma de organização dos serviços, mas redefine os próprios fundamentos ético-políticos do cuidado em saúde no país.

2.2 A atenção terciária no SUS: desafios da integralidade

Embora a atenção terciária seja o foco desta seção, sua análise requer o entendimento da articulação entre os diferentes níveis de atenção, especialmente diante das demandas complexas do cuidado oncológico. Isso porque a efetividade dos serviços de alta complexidade depende diretamente da existência de uma rede bem estruturada, com fluxos integrados e comunicação eficiente entre os pontos de atenção.

De acordo com Paim (2009), o SUS é composto por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, organizados em rede de forma regionalizada e hierarquizada. Essa organização em rede pressupõe a integração entre os serviços, evitando que funcionem de forma isolada, autônoma e sem comunicação entre si. Esse autor ressalta que a organização em rede regionalizada permite distribuir os estabelecimentos de saúde (ambulatórios, laboratórios e

hospitais) de acordo com o território, garantindo que os serviços básicos estejam mais descentralizados e acessíveis, enquanto os especializados se concentrem em pontos de maior complexidade, assegurando o atendimento integral à população e prevenindo a fragmentação do cuidado.

Entretanto, apesar do arcabouço normativo que sustenta essa organização, as práticas assistenciais ainda enfrentam obstáculos concretos que comprometem sua efetividade. Segundo Sá *et al.* (2017), diante das fragilidades persistentes na organização do sistema de saúde brasileiro, propõe-se atualmente a reestruturação dos serviços a partir de uma lógica mais integrada e resolutiva, por meio da constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A proposta das RAS visa redirecionar as ações e os serviços do SUS, promovendo uma organização em rede capaz de produzir impactos positivos nos indicadores de saúde das diferentes populações.

Segundo Mendes (2011), as RAS configuram-se como arranjos organizativos compostos por ações e serviços de diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica, articulados entre si por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Seu principal objetivo é assegurar a integralidade do cuidado por meio de uma atenção contínua, coordenada, humanizada e de qualidade. Com isso, as RAS buscam qualificar o desempenho do SUS no que se refere ao acesso, à equidade, à efetividade clínica e sanitária e à eficiência na utilização dos recursos públicos.

Sá *et al.* (2017) apontam que o SUS organiza suas ações em diferentes níveis de complexidade, que vão desde o nível primário, voltado predominantemente para a promoção e prevenção em saúde, até o nível terciário, centrado em ações especializadas e reabilitadoras. Segundo o Ministério de Saúde, a partir da regulamentação do SUS pela Lei nº 8.080/1990, sendo fortalecido pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a organização do sistema em três níveis de atenção passou a ser oficialmente adotada. Esses níveis compreendem:

A Atenção Primária, como porta de entrada prioritária, que é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), também conhecidas como postos de saúde, que têm como principal finalidade a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado contínuo da população (Brasil, 2022).

A Atenção Especializada, que é composta por dois níveis: a atenção secundária e a atenção terciária, que correspondem, respectivamente, à média e à alta complexidade no cuidado à saúde. A média complexidade abrange serviços ambulatoriais e hospitalares especializados. Esses serviços são destinados a situações clínicas que exigem recursos

assistenciais e tecnológicos intermediários, não solucionáveis na Atenção Primária, mas que ainda não demandam os recursos altamente complexos da atenção terciária (Brasil, 2022).

A alta complexidade, ou atenção terciária, por sua vez, compõe o âmbito da atenção especializada, e é composta por hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e Unidades de Ensino e Pesquisa. Essas instituições devem dispor de infraestrutura mais complexa, com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centros cirúrgicos, além de recursos tecnológicos avançados. Os procedimentos realizados nesse nível de atenção são de alto custo e elevada complexidade, como os tratamentos oncológicos, por exemplo. Esse nível também contempla atendimentos para condições clínicas que não puderam ser resolvidas na atenção primária ou na média complexidade, devido à singularidade ou à gravidade dos casos (Brasil, 2022).

Apesar das diretrizes estabelecidas, a transição de um modelo assistencial centrado na doença e na alta complexidade para uma lógica baseada na integralidade do cuidado e na articulação em rede permanece como um desafio estrutural. Segundo Mendes (2011), a implementação das RAS enfrenta obstáculos objetivos, como o subfinanciamento crônico do SUS, as desigualdades regionais, falhas na regulação do acesso e a persistência de uma cultura organizacional fortemente hospitalocêntrica.

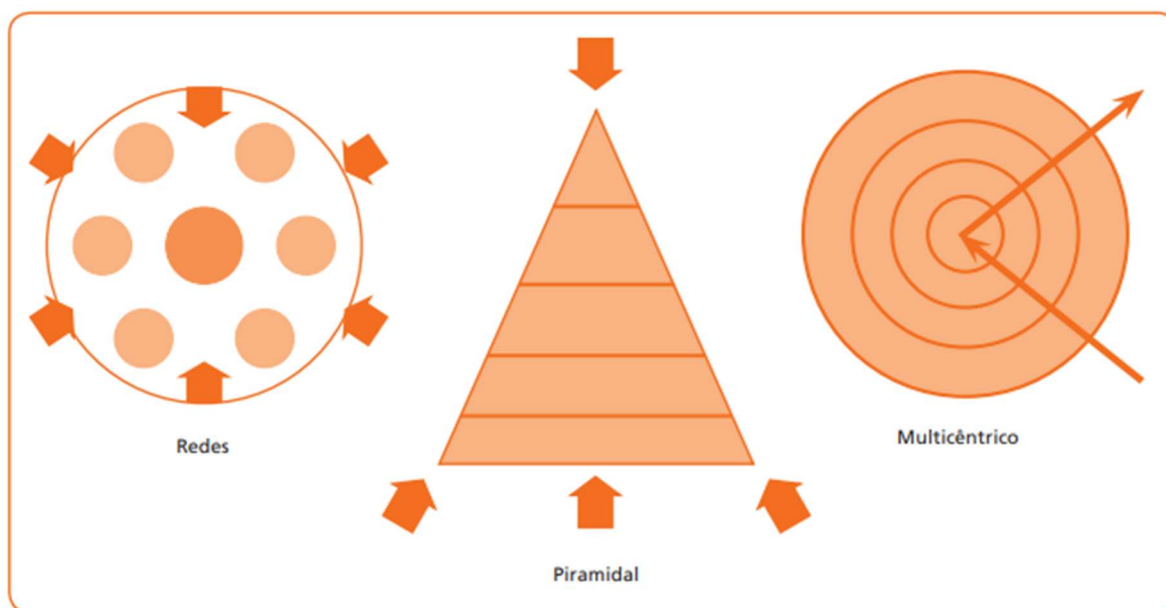
No entanto, de acordo com Paim (2009), é fundamental compreender que o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer de forma integral, contemplando ações e procedimentos que abrangem desde a promoção e prevenção até o diagnóstico, tratamento e reabilitação, nos mais variados níveis de complexidade. Assim, a oferta de cuidados especializados e hospitalares deve ser garantida conforme a necessidade concreta de cada usuário, assegurando a efetividade do princípio da integralidade.

Ainda de acordo com Paim (2009), esta seria uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil com base nos princípios, diretrizes e dispositivos definidos pela Constituição Federal e pela legislação constitucional que a regulamenta, conforme já foi apresentado. Nesse sentido, a efetivação desses princípios pressupõe não apenas a estruturação legal e organizacional do sistema, mas também a qualificação da experiência do usuário. Silva *et al.* (2024), ressaltam que para além de garantir a qualidade nos serviços prestados em todos os níveis de atenção, é essencial considerar o percurso do usuário dentro da rede, reconhecendo-o como protagonista do cuidado.

Desse modo, a atenção à saúde deve estar orientada pela experiência do usuário e pela efetiva resolução de suas necessidades, garantindo que o sistema funcione de forma articulada, contínua e responsiva, e não como um conjunto fragmentado de serviços. A partir dessa

perspectiva, Sá *et al.* (2017) destacam que a organização da rede de saúde pode assumir diferentes arranjos, entre os quais se sobressaem os modelos piramidal, multicêntrico e em rede, conforme ilustrado na figura 1.

Figura 1 - Formas de estruturação dos serviços de saúde



Fonte: Sá *et al.* (2017, p. 68).

Conforme descrito por Sá *et al.* (2017), a forma piramidal estrutura os serviços de saúde de maneira hierárquica, com uma base ampla composta por unidades de atenção primária, como postos, centros de saúde e equipes de saúde da família; níveis intermediários que correspondem à atenção secundária, voltada para especialidades médicas e pequenos hospitais; e o topo, representado pela atenção terciária, realizada em hospitais de referência.

A forma multicêntrica organiza as unidades de saúde em círculos concêntricos, cada um com um grau distinto de complexidade, possibilitando um fluxo mais flexível entre os serviços conforme a necessidade do cuidado. Por fim, a forma em rede se caracteriza por uma articulação poliárquica de serviços que compartilham uma missão comum e atuam de forma cooperativa e interdependente, garantindo uma atenção contínua, integral e coordenada, com centralidade na atenção primária à saúde (Sá *et al.*, 2017).

Logo, podemos observar que a integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) enfrenta importantes obstáculos, especialmente no que diz respeito à articulação entre a Atenção Primária e a Terciária. Nesse sentido, Bravo (2000), reforça que um dos fatores que

comprometem o pleno avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), é o afastamento do princípio da integralidade, entendido como a indissociabilidade entre as ações de prevenção e de atenção curativa.

Na prática, observou-se uma priorização da assistência médico-hospitalar em detrimento das iniciativas voltadas à promoção e à proteção da saúde. Nesse sentido, a proposta de Reforma do Estado aplicada ao setor saúde muitas vezes caracterizada como uma contra reforma visava fragmentar o SUS em dois subsistemas: um voltado para a atenção hospitalar e outro para a atenção básica, o que enfraquecia a lógica de integração e universalidade do sistema.

Essa desarticulação favorece a fragmentação das ações de saúde, dificultando a elaboração de planos terapêuticos integrados e resultando, muitas vezes, na repetição de exames, em intervenções desnecessárias e no atraso da resolução dos casos, gerando prejuízos tanto para os usuários quanto para o sistema de saúde. Tal cenário se torna ainda mais preocupante quando se observa o crescimento de doenças crônicas e complexas, como o câncer, que exigem um cuidado contínuo e articulado entre os diferentes níveis de atenção.

Essa realidade se agrava diante do crescimento de doenças crônicas e complexas, como o câncer, que demandam cuidados contínuos, especializados e interdisciplinares. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022), a estimativa para o triênio 2023–2025 é de aproximadamente 704 mil novos casos de câncer por ano no Brasil. O câncer, portanto, configura-se como uma condição emblemática para analisar os desafios da atenção terciária no SUS e a necessidade de um cuidado integral que não se limite à dimensão curativa. Ainda de acordo com o INCA (2017), o tratamento oncológico requer não apenas o enfrentamento da doença em si, mas também a promoção de qualidade de vida durante e após o processo terapêutico.

Na atenção primária, conforme o INCA (2011), as ações de prevenção e detecção precoce são fundamentais, pois permitem o diagnóstico em estágios iniciais, aumentando as chances de cura e reduzindo a morbidade. Essa etapa envolve atividades educativas, rastreamento, estímulo a hábitos saudáveis e encaminhamento oportuno aos serviços especializados.

No âmbito da atenção terciária, concentram-se os procedimentos de alta complexidade, como quimioterapia, radioterapia, cirurgias oncológicas e os cuidados paliativos. Dentre as especificidades do cuidado oncológico nesse nível, os cuidados paliativos ganham destaque, por promoverem alívio da dor e manejo de sintomas, com foco na qualidade de vida e no acolhimento das necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente.

Segundo o Ministério da Saúde, os cuidados paliativos devem ser ofertados desde o diagnóstico de doenças progressivas e incuráveis, podendo ocorrer em ambientes hospitalares ou domiciliares, conforme a necessidade e escolha da pessoa assistida (Brasil, 2024). Logo, a integralidade do cuidado depende não apenas da existência de serviços tecnicamente qualificados, mas de uma rede articulada, responsiva e comprometida com a garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões.

Ademais, a consolidação da atenção terciária no SUS, especialmente no cuidado oncológico, exige o fortalecimento da articulação entre os níveis de atenção, a superação da cultura hospitalocêntrica e o enfrentamento das desigualdades territoriais e estruturais que ainda atravessam o sistema.

Paim (1999), aponta que o modelo médico hegemônico, caracterizado pela centralidade no atendimento de indivíduos doentes seja por demanda espontânea ou encaminhamento da atenção primária apresenta sérias limitações em relação à efetividade, à equidade e à resposta às necessidades prioritárias de saúde. Apesar de, em alguns contextos, garantir uma assistência de qualidade, trata-se de uma abordagem ainda restrita e insuficiente diante das complexidades do processo saúde-doença.

Por outro lado, o modelo sanitarista, baseado em campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras ações, busca responder às necessidades coletivas de saúde. No entanto, também enfrenta dificuldades importantes, tanto na promoção e proteção da saúde quanto na oferta de uma atenção que garanta qualidade, efetividade e equidade.

Complementarmente, Paim (1999) ressalta que o modelo de atenção à saúde não deve ser confundido com um padrão organizacional, uma estrutura administrativa ou um conjunto de normas burocráticas. Trata-se, na verdade, de uma racionalidade que orienta a ação em saúde e uma lógica de intervenção que articula saberes, técnicas e tecnologias com vistas à resolução de problemas e ao atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Assim, o modelo assistencial expressa uma maneira específica de organizar os meios de trabalho em saúde, indicando como combinar de forma mais eficaz os recursos técnico-científicos disponíveis. Nessa perspectiva, ele representa a dimensão técnica das práticas em saúde e revela concepções implícitas sobre o cuidado, os objetivos da intervenção e os modos de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença.

2.3 A emergência dos cuidados paliativos na política de saúde: concepção, diretrizes e os desafios para sua efetivação como direito

Com o objetivo de promover atenção integral ao indivíduo, emerge o conceito de cuidados paliativos. Uma abordagem centrada no alívio do sofrimento e na promoção da qualidade de vida de pacientes com doenças graves e incuráveis e suas origens remontam um extenso processo histórico de reflexão sobre a morte, o sofrimento humano e a dignidade no cuidado. Desse modo, ao reconhecer o cuidado como direito social, busca-se estratégias de descentralização, visto que o Estado é induzido a promover políticas públicas buscando o enfrentamento das expressões da questão social, presentes nas contradições das relações sociais (Fonseca; Frossard; Oliveira, 2016).

Embora o conceito formal de cuidados paliativos tenha sido sistematizado apenas no século XX, na antiguidade já havia alguns filósofos que abordavam de maneira indireta, questões sobre a longevidade e sobre a dignidade humana no final da vida. O pensamento de Sócrates (470-399 a.C.), por exemplo, abordava a morte de uma forma serena, defendendo que não deveria ser temida, mas compreendida como uma transição. Essa perspectiva contribuía para diminuir o sofrimento diante da morte, promovendo um cuidado digno e reflexivo no final da vida.

Conforme o pensamento exposto por Platão no diálogo Fédon, a morte pode ser entendida não como um mal, mas como uma libertação da alma, que se separa do corpo para alcançar uma existência mais pura e verdadeira. Nesse sentido, a morte seria uma transição necessária, e não algo a ser temido.

Ainda que situada em um tempo anterior à consolidação dos cuidados paliativos como campo específico, a reflexão filosófica sobre a dignidade humana e o enfrentamento do sofrimento já sinalizava a necessidade de um cuidado mais integral e ético. Essa perspectiva ganha concretude na década de 1960, no Reino Unido, com a atuação de Cicely Saunders, profissional com formação em serviço social, enfermagem e medicina, cuja experiência com pacientes em sofrimento revelou as limitações de um modelo biomédico centrado exclusivamente na cura.

A partir dessa crítica, Saunders (2000) inaugura uma ruptura paradigmática ao defender que o cuidado à pessoa em processo de morte deve ser orientado não apenas pelo controle dos sintomas, mas pela promoção da qualidade de vida, reconhecendo as dimensões sociais, físicas, espirituais e afetivas que atravessam o sofrimento humano. Trata-se, portanto, de um marco que

tensiona a lógica tecnicista da medicina tradicional e inaugura uma abordagem que afirma a centralidade da pessoa e não apenas da patologia.

As raízes históricas dos cuidados paliativos estão profundamente ligadas ao conceito de *hospice*, termo que remonta à Idade Média e que se originou no contexto das peregrinações cristãs. Naquele período, os *hospices* eram abrigos criados por ordens religiosas com o objetivo de acolher peregrinos adoecidos durante suas jornadas, além de oferecer cuidado a mulheres em trabalho de parto, pessoas pobres, órfãos e leprosos.

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), mais do que espaços físicos de repouso, esses lugares assumiam uma função social e espiritual de proteção, alívio do sofrimento e dignificação da vida. A própria etimologia da palavra “paliativo”, derivada do latim *pallium* que significa proteger, cobrir, amparar, reforça essa concepção de cuidado como acolhimento e amparo diante da vulnerabilidade humana.

Contudo, ao longo do tempo, essa noção de cuidado foi sendo progressivamente substituída por uma lógica biomédica e hospitalocêntrica, especialmente com o avanço da medicina moderna. Nesse cenário, a terminalidade passou a ser tratada de forma técnica e despersonalizada, marcada pela exclusão das famílias, pela ausência de comunicação com os pacientes e pela negação da finitude. Como observam Peixoto (2009), era comum que pessoas em fase terminal morressem isoladas, muitas vezes sem pleno conhecimento de seu estado clínico, evidenciando a carência de uma abordagem que considerasse a complexidade do sofrimento humano.

Assim, o ressurgimento e a consolidação dos cuidados paliativos, especialmente no Brasil, a partir da década de 1980, podem ser compreendidos como uma resposta crítica a essa racionalidade tecnicista e desumanizada. Mais do que uma inovação terapêutica, os cuidados paliativos resgatam uma prática histórica de acolhimento e dignidade, reafirmando o cuidado como expressão de um compromisso ético com a vida até seu fim natural.

No Brasil, a institucionalização dos cuidados paliativos ainda é marcada por avanços tímidos e por uma consolidação tardia, revelando as contradições entre a necessidade social de cuidado e a resposta efetivada pelo Estado. Embora o debate sobre a integralidade do cuidado tenha ganhado força a partir das proposições de Cicely Saunders, sua incorporação ao contexto brasileiro se deu de forma lenta e desigual.

Hermes e Lamarca (2013) apontam que a trajetória dos cuidados paliativos no país tem início apenas na década de 1980, evidenciando o atraso histórico frente aos desafios impostos pelo sofrimento evitável. Nesse período, o país atravessava o período final da ditadura militar e o sistema de saúde vigente ainda estava fortemente ancorado em um modelo

hospitalocêntrico, curativista e biologicista, que priorizava a intervenção tecnológica sobre o cuidado integral. O primeiro serviço estruturado, implantado em 1983 no Rio Grande do Sul, seguido por iniciativas pontuais em São Paulo, Santa Catarina e Paraná, conforme aponta Peixoto (2007), demonstra uma resposta fragmentada, frequentemente restrita a instituições hospitalares específicas.

Um dos poucos marcos significativos nesse processo foi a criação da Unidade IV do INCA, em 1998, sob gestão do Ministério da Saúde, com foco exclusivo nos cuidados paliativos. No entanto, mesmo esse avanço reflete mais uma exceção institucional do que uma política consolidada em nível nacional, revelando a persistente lacuna entre o discurso sobre a humanização do cuidado e a realidade dos serviços ofertados.

A década de 1990 marca um ponto de inflexão no cenário internacional com a publicação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), do relatório *Alívio da Dor e Cuidados Paliativos: Uma Necessidade Global* ⁵ (World Health Organization 1990), esta publicação foi posteriormente traduzida e difundida no Brasil em 1997 pelo INCA, que reconhece os cuidados paliativos como dimensão essencial do direito à saúde.

Esse reconhecimento representa um avanço normativo e ético, ao explicitar que o enfrentamento da dor e a promoção da qualidade de vida são inseparáveis da integralidade do cuidado em saúde, sobretudo no caso de pacientes com doenças graves e em estágios terminais. No entanto, esse marco também evidencia o quanto os sistemas de saúde, especialmente nos países subdesenvolvidos, estavam despreparados para enfrentar o desafio de incorporar essa abordagem de forma universal e equânime.

No Brasil, esse atraso histórico se revela na criação tardia da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), o que ocorreu somente em 1997, como resposta à crescente mobilização de profissionais da saúde diante das lacunas assistenciais no cuidado ao paciente terminal. A fundação da ABCP pode ser compreendida como uma tentativa de consolidar institucionalmente uma prática até então “marginalizada”, promovendo sua legitimação dentro do campo da saúde. Ainda assim, sua atuação enfrentou e continua enfrentando entraves estruturais relacionados à escassez de políticas públicas específicas, à baixa formação profissional e à persistência de um modelo biomédico centrado na cura, que tende a invisibilizar o sofrimento que escapa à racionalidade técnica.

⁵ O relatório da Organização Mundial da Saúde publicado em 1990 destacou a dor e os cuidados paliativos como questões globais de saúde pública, defendendo sua inclusão nos sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento.

É nesse contexto que emerge com maior vigor, a partir dos anos 2000, o movimento pela humanização do cuidado, impulsionando debates sobre a formação crítica dos profissionais de saúde e a necessidade de incluir práticas paliativas nos currículos e na atuação cotidiana. Como analisa Menezes (2008), os cuidados paliativos não devem ser compreendidos apenas como uma inovação técnica ou terapêutica, mas como expressão das transformações nas relações sociais com o morrer, que desafiam as instituições a ressignificarem o cuidado em direção a uma abordagem mais ética, integral e sensível às dimensões subjetivas e socioculturais do fim da vida.

A criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2005, representou um esforço relevante na tentativa de consolidar os cuidados paliativos como um campo legítimo de atuação científica e profissional no Brasil. Voltada para o incentivo ao ensino e à pesquisa, a ANCP surge em um cenário de crescente pressão por respostas mais humanizadas no campo da saúde, diante da insuficiência do modelo biomédico tradicional frente ao sofrimento de pacientes em estágio terminal. No entanto, a criação da academia, embora significativa, reflete também a necessidade de suprir a lacuna deixada pelo Estado, cuja atuação na temática ainda se mostrava incipiente e desarticulada.

Somente em 2006, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 3.150/GM/MS, a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, sinalizando uma tentativa de incluir formalmente essas práticas no âmbito do SUS. Apesar de representar um avanço simbólico, a medida não se traduziu, na prática, em uma política pública robusta e amplamente implementada. A criação da Câmara Técnica, longe de resolver as carências estruturais e formativas, expôs os limites da institucionalização dos cuidados paliativos no Brasil, que ainda carece de diretrizes claras, financiamento adequado e integração efetiva entre os níveis de atenção.

Esses marcos, portanto, embora importantes, devem ser analisados com cautela: mais do que expressarem um compromisso consolidado do Estado com o cuidado paliativo, refletem um processo ainda fragmentado, dependente da mobilização de setores acadêmicos e profissionais e marcado por desigualdades regionais e por uma lenta incorporação da lógica do cuidado integral no sistema público de saúde.

A ampliação dos cuidados paliativos no início do século XXI, conforme ressaltam a OMS (2004) e Costa (2014), sinaliza uma inflexão no paradigma assistencial, ao deslocar o foco exclusivo da cura para uma atenção voltada à dignidade humana, à escuta e à singularidade da experiência de quem vivencia o processo de morte. Essa expansão permitiu que um número maior de pacientes passasse a ter acesso a cuidados contínuos e integrais, ainda que essa

incorporação tenha ocorrido de maneira desigual nos diversos contextos nacionais e regionais, especialmente em países como o Brasil, marcados por desigualdades estruturais e histórico subfinanciamento das políticas sociais.

Nesse cenário, a promulgação da Lei Federal nº 13.489, em 25 de setembro de 2017, representou um avanço normativo relevante ao reconhecer os cuidados paliativos como um direito no âmbito do SUS. No entanto, é preciso analisar com criticidade que a existência de uma norma jurídica não garante, por si só, sua efetividade prática. A consolidação desse direito resultou de intensa mobilização de atores sociais entre profissionais da saúde, entidades especializadas e movimentos organizados e expressa uma tentativa de institucionalizar um modelo de cuidado mais humanizado. Contudo, a ausência de diretrizes operacionais claras e de financiamento adequado manteve, por anos, os cuidados paliativos em uma posição de inércia nas prioridades do sistema de saúde.

Apenas em 2024, com a publicação da Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024, foi formalizada a Política Nacional de Cuidados Paliativos, Brasil (2024), marco que simboliza o reconhecimento tardio por parte do Estado da necessidade de integrar essa modalidade de cuidado às redes públicas de atenção. A política estabelece princípios fundamentais que, embora coerentes com as diretrizes do SUS como universalidade, integralidade e equidade, impõem desafios significativos à sua operacionalização, considerando a insuficiência de equipes capacitadas, a fragmentação das redes e a ausência de protocolos unificados em muitos territórios.

A Lei nº 13.489/2017 já previa diretrizes estruturantes como a promoção da qualidade de vida, a inclusão da temática nos currículos de formação em saúde, a educação permanente para os profissionais do SUS, o estímulo à atuação multiprofissional e a oferta de suporte tanto ao paciente quanto à sua família. Também destacava a necessidade de garantir medicamentos e insumos adequados para o alívio dos sintomas, integrando as dimensões física, emocional, espiritual e social do cuidado, como parte de uma abordagem integral e centrada na pessoa (Brasil, 2017). Contudo, mesmo esses princípios, apesar de bem fundamentados, enfrentam dificuldades de operacionalização, sobretudo nas regiões mais vulneráveis do país.

Outro ponto central diz respeito à comunicação ética e empática entre equipes, pacientes e familiares, com respeito à autonomia dos sujeitos, inclusive por meio de diretivas antecipadas de vontade, dispositivo que ainda encontra resistência cultural e barreiras institucionais para sua efetivação. A articulação entre os diferentes níveis de atenção primário, secundário e terciário é igualmente fundamental, não apenas como diretriz teórica, mas como exigência

concreta para garantir a continuidade do cuidado e evitar interrupções que acentuem o sofrimento de pacientes e familiares.

Nesse sentido, a estruturação da rede deve ser orientada pela lógica da integralidade, não como princípio abstrato, mas como prática concreta de articulação intersetorial, interdisciplinar e territorializada. Conforme apontam Almeida *et al.* (2018), a integralidade deve ser compreendida como eixo estruturante do SUS, à medida que rompe com a lógica fragmentada de atenção e permite a construção de respostas mais complexas e contextualizadas às necessidades dos sujeitos. Sua efetivação demanda, portanto, uma reorganização do trabalho em saúde, que envolva tanto a gestão dos serviços quanto a escuta qualificada dos usuários.

Salman *et al.* (2024) reforçam esse entendimento ao destacarem que a implementação efetiva da Política Nacional de Cuidados Paliativos requer a formação de profissionais com competências específicas, como a escuta ativa, a comunicação compassiva, o manejo de sintomas e a habilidade para lidar com dimensões subjetivas e existenciais do sofrimento. A formação de equipes interdisciplinares deve ir além da formalidade e buscar, de fato, incorporar saberes e práticas diversas na construção de um cuidado integral, ético e humanizado.

No entanto, de acordo com Pessini (2005) os cuidados paliativos (CP) ainda são alvo de frequentes interpretações equivocadas, muitas vezes confundidos com práticas como a eutanásia ou com a simples suspensão de tratamentos. Essa concepção distorcida ignora que os CP não visam antecipar a morte, mas reconhecê-la como parte natural e inevitável do processo de viver. A abordagem paliativa não implica abandono terapêutico, mas sim a recusa em manter intervenções consideradas fúteis ou desproporcionais, como no caso da distanásia, que apenas prolonga o sofrimento, sem perspectivas de recuperação.

Assim, ao contrário da visão reducionista que associa os cuidados paliativos à passividade, Pessini (2005) ressalta que cuidar paliativamente exige, muitas vezes, um conjunto de ações clínicas e sociais mais ativas, integradas e complexas. Trata-se de um cuidado que não está ancorado na sofisticação tecnológica, mas na articulação ética e técnica de uma equipe multiprofissional comprometida com o alívio do sofrimento em todas as suas dimensões física, emocional, social e espiritual. Essa perspectiva amplia o escopo da atenção à saúde, reafirmando o valor da vida até seu fim natural e a dignidade do sujeito como princípio norteador da prática assistencial.

Diante da complexidade que envolve o processo de adoecimento e finitude, os cuidados paliativos exigem, necessariamente, a atuação de uma equipe multiprofissional comprometida com a integralidade do cuidado. Trata-se de uma abordagem que não se limita ao controle dos

sintomas físicos, mas que reconhece a importância de atender às dimensões psicológicas, espirituais e sociais do sujeito.

Nesse sentido, Hermes e Lamarca (2013) enfatizam que o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura deve ser assistido de maneira integral, o que pressupõe a articulação entre diferentes saberes, a partilha de responsabilidades e o reconhecimento das singularidades de cada demanda. A efetivação desse cuidado, portanto, não pode ocorrer de forma isolada, fragmentada ou hierarquizada, mas sim por meio de um trabalho que valorize a complementaridade entre os profissionais envolvidos.

Andrade (2012) reforça essa perspectiva ao afirmar que cuidar paliativamente, seja em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, requer, prioritariamente, uma prática interdisciplinar pautada na troca horizontal de conhecimentos, na divisão ética de tarefas e na negação da sobreposição mecânica de funções. Para essa autora, reconhecer o ser humano como sujeito integral, com necessidades múltiplas específicas, é condição indispensável para a construção de um cuidado humanizado e resolutivo, que não se reduza à lógica biomédica, mas que se abra ao diálogo entre diferentes áreas e saberes.

SEÇÃO III: A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ARACAJU E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

Esta seção teve como objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no contexto local de Aracaju, destacando sua relação com o Projeto Ético Político do serviço social e sua operacionalização. Parte-se de uma abordagem contextual e descritiva do cenário municipal, identificando os principais serviços disponíveis, os desafios enfrentados na organização dos cuidados paliativos e os dados epidemiológicos que evidenciam a incidência do câncer em Sergipe e em Aracaju, com destaque para o papel estratégico da rede oncológica e dos serviços prestados pelo Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE).

A análise se aprofunda ao discutir os fundamentos teórico-metodológicos que orientam a intervenção do Serviço Social nesse campo, considerando o cuidado como um direito social e um valor vinculado à dignidade humana. Serão examinadas ainda as contribuições específicas do Projeto Ético-Político do Serviço Social, com ênfase na defesa do cuidado integral, na necessidade de reconhecimento da dor total e da dor social, bem como nas estratégias de intervenção profissional, análise sociofamiliar e defesa de direitos. Busca-se, assim, evidenciar a centralidade da atuação do serviço social na promoção de um cuidado humanizado, ético e comprometido com a efetivação de direitos no contexto dos cuidados paliativos em Aracaju.

3.1 A organização dos cuidados paliativos em Aracaju: panorama, serviços disponíveis e desafios locais

Sergipe é o menor estado do Brasil e, segundo o IBGE (2022), a estimativa de população até 2024 era de 2.291,077 pessoas. Os dados mostram um cenário desigual de acesso aos serviços de saúde pública no estado. Como podemos observar na tabela 1, municípios grandes e médios concentram o maior número de unidades de saúde, enquanto os pequenos contam com estruturas básicas e limitadas.

Tabela 1: Habitantes por município x Estabelecimento de saúde por município em Sergipe

Município	População	Estabelecimentos de Saúde
Amparo do São Francisco	2.170	1
Aquidabã	20.131	13
Aracaju	602.757	115
Araúá	10.318	16
Areia Branca	18.081	9
Barra dos Coqueiros	41.511	7
Boquim	24.636	10
Brejo Grande	7.841	3
Campo do Brito	18.149	13
Canhoba	3.791	6
Canindé de São Francisco	26.834	13
Capela	31.645	28
Carira	19.939	12
Carmópolis	13.853	7
Cedro de São João	5.391	3
Cristinápolis	17.100	10
Cumbe	3.824	5
Divina Pastora	4.340	4
Estância	65.078	34
Feira Nova	5.975	4
Frei Paulo	14.530	6
Gararu	11.096	9
General Maynard	3.037	2
Gracho Cardoso	5.834	5
Ilha das Flores	8.321	5
Indiaroba	16.549	15
Itabaiana	103.440	44
Itabaianinha	40.678	17
Itabi	4.745	5
Itaporanga d'Ajuda	34.411	26
Japaratuba	16.209	17
Japoatã	13.407	7
Lagarto	101.579	53

Laranjeiras	23.975	16
Macambira	6.838	5
Malhada dos Bois	3.579	3
Malhador	11.533	5
Maruim	15.719	10
Moita Bonita	11.050	7
Monte Alegre de Sergipe	14.336	2
Muribeca	7.822	8
Neópolis	16.426	12
Nossa Senhora Aparecida	9.232	5
Nossa Senhora da Glória	41.212	18
Nossa Senhora das Dores	24.996	14
Nossa Senhora de Lourdes	6.268	8
Nossa Senhora do Socorro	192.330	49
Pacatuba	12.502	5
Pedra Mole	2.778	4
Pedrinhas	7.396	2
Pinhão	5.677	3
Pirambu	7.913	8
Poço Redondo	33.439	12
Poço Verde	21.794	13
Porto da Folha	26.576	16
Propriá	26.618	14
Riachão do Dantas	18.313	13
Riachuelo	8.748	5
Ribeirópolis	17.033	9
Rosário do Catete	9.295	7
Salgado	20.279	15
Santa Luzia do Itanhhy	13.616	11
Santa Rosa de Lima	3.937	5
Santana do São Francisco	7.346	4
Santo Amaro das Brotas	11.092	6
São Cristóvão	95.612	19
São Domingos	10.327	7
São Francisco	3.243	3
São Miguel do Aleixo	3.434	6
Simão Dias	42.578	20
Siriri	7.834	8
Telha	3.274	4
Tobias Barreto	50.905	17
Tomar do Geru	12.012	7
Umbaúba	23.917	12

Fonte: Elaborado pela autora em 2025, com dados do IBGE 2023.

A distribuição desigual de unidades de saúde evidencia as barreiras de acesso que pacientes oncológicos enfrentam para alcançar serviços que ofereçam cuidados paliativos especializados, especialmente considerando que apenas a capital sergipana concentra centros de referência em oncologia. De acordo com os dados apresentados na tabela 1, podemos observar como é evidente a disparidade entre as unidades de saúde das regiões. Embora o

número da população seja menor em alguns municípios, os serviços ofertados não são suficientes para a integralidade e universalidade dos atendimentos.

Diante desse cenário de desigualdades, Cambota e Rocha (2015) apontam que o acesso à saúde está profundamente condicionado por fatores socioeconômicos e geográficos, de modo que indivíduos com melhores condições econômicas, residentes em regiões mais desenvolvidas apresentam maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde em comparação àqueles que vivem em áreas menos favorecidas e com baixos níveis socioeconômicos.

No que se refere ao tratamento oncológico, observa-se uma expressiva desigualdade na oferta e distribuição dos serviços especializados no estado de Sergipe. Segundo dados do Ministério da Saúde (2025), apenas dois municípios do estado (Aracaju e Lagarto) possuem hospitais habilitados para o atendimento oncológico. Essas instituições atendem também pacientes oriundos de outras regiões, especialmente da macrorregião de saúde que engloba mais de 2,9 milhões de pessoas distribuídas em 153 municípios dos estados de Sergipe, Alagoas, Bahia e Pernambuco. Essa concentração regional impõe significativas barreiras de acesso aos usuários residentes em outras localidades, os quais, em sua maioria, dependem do transporte fornecido pelas prefeituras para se deslocarem até os centros de tratamento.

Tal dinâmica implica jornadas exaustivas, em que os pacientes precisam sair de casa nas primeiras horas da manhã, realizando longos percursos para coleta de todos os usuários e retornam apenas no final do dia, após a finalização de todos os atendimentos. Esse processo compromete a qualidade de vida dos pacientes e evidencia a fragilidade da política de regionalização da atenção oncológica no estado.

Nessa perspectiva, Souza Oliveira *et al.* (2011) apontam que considerar a distância entre os usuários e os serviços de saúde é fundamental no planejamento do cuidado, especialmente em tratamentos que demandam comparecimento frequente, como no caso do atendimento oncológico. Fatores como a localização geográfica dos serviços e dos pacientes, os meios de transporte disponíveis, o tempo de deslocamento e os custos envolvidos impactam diretamente na acessibilidade.

Em um país com dimensões continentais como o Brasil, a má distribuição dos equipamentos de saúde no território nacional representa um dos principais obstáculos para a garantia do acesso equitativo à atenção especializada, como destaca Paim (2009), a estruturação desigual da rede de atenção à saúde aprofunda as iniquidades regionais e fragiliza a garantia do direito à saúde como um todo.

Neri e Soares (2002) reforçam que as desigualdades no acesso revelam a complexidade do conceito de equidade em saúde, que não se restringe apenas à universalidade, mas é preciso

considerar as diferenças nas necessidades e condições da população, e destacam a importância de distinguir equidade em saúde, que avalia as disparidades na morbidade e mortalidade entre grupos populacionais, e equidade no consumo de saúde, que se refere às desigualdades no uso dos serviços.

Ademais, esses autores ressaltam que, para avançar na concretização da integralidade e universalidade no sistema de saúde, é fundamental compreender os princípios dos conceitos de *equidade horizontal e equidade vertical*.⁶ A equidade não significa oferecer o mesmo tratamento ou serviço para todos, mas sim garantir tratamentos e serviços específicos conforme as necessidades individuais de cada pessoa. A adoção desses princípios é essencial para reduzir as desigualdades estruturais que afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos às populações mais vulneráveis.

Dessa forma, compreender as condições de vida dos pacientes oncológicos e identificar suas principais necessidades é fundamental para aprimorar a qualidade do atendimento, sobretudo dos profissionais que lidam diariamente com indivíduos cujas vidas são profundamente impactadas pelo diagnóstico e tratamento, o que exige não apenas competência técnica, mas também sensibilidade às dimensões sociais e existenciais que atravessam o processo de adoecimento. Nessa perspectiva, Carvalho (2008) afirma que

O estar com câncer pode trazer uma série de implicações em níveis: físico, emocional, afetivo, profissional e financeiro para o sujeito enfermo [...] se o processo de adoecimento tem uma série de determinantes sociais relacionados às condições de vida, o enfrentamento a doença tem relação direta com os contextos socioeconômico e cultural em que vivem os pacientes e seus familiares. Estamos diante de desigualdades sociais que não são naturais. Carvalho (2008, p. 100)

Assim sendo, Frossard *et al.* (2020) apontam que, à medida em que a doença compromete a capacidade do indivíduo de manter suas relações sociais, seja de maneira leve ou severa, observa-se o surgimento ou a intensificação da *dor social*⁷. Em geral, essa limitação decorre inicialmente da dor física, que impacta a vida social, que promove a dependência e potencializa as expressões da questão social.

⁶ De acordo com Neri e Soares (2002) Equidade horizontal defende que indivíduos com necessidades iguais devem receber tratamentos iguais, quanto equidade vertical reconhece que aqueles com necessidades diferentes devem receber tratamentos diferenciados, ajustados às suas especificidades.

⁷ Frossard *et al.*, (2020) apontam que a dor social refere-se ao sofrimento causado pela perda ou fragilização das relações sociais, geralmente decorrente de doenças que limitam a capacidade do indivíduo de interagir e exercer sua sociabilidade. Está profundamente ligada às condições materiais de vida e às expressões da questão social, como exclusão, pobreza e dependência.

3.2 A incidência do câncer em Sergipe e em Aracaju

É fundamental destacar que os dados apresentados se referem à incidência anual estimada, que representa os novos casos, e não à prevalência, que representa o número total de pessoas vivendo com a doença em determinado momento. Os números são arredondados pelo INCA e representam uma média para cada ano do triênio 2023-2025.

Em Sergipe, segundo dados do INCA (2022), os principais tipos de câncer com maior incidência estimada para o período estão apresentados na Tabela 2. A Tabela 3 apresenta a estimativa de novos casos de câncer por ano em Aracaju e os tipos de câncer.

Tabela 2: Estimativa de novos casos de câncer por ano (2023-2025) em Sergipe

Tipo de Câncer	Homens (por ano)	Mulheres (por ano)	Total anual estimado
Próstata	560	-	560
Mama	-	470	470
Colo e Reto	160	160	320
Pulmão (Traqueia, Brônquios)	110	90	200
Estômago	120	60	180
Colo do Útero	-	130	130
Cavidade Oral	90	30	120

Fonte: Elaborado pela autora, 2025. Dados: INCA (2022)

Tabela 3: Estimativa incidência de câncer em Aracaju (2023–2025) por tipo

Tipo de Câncer	Homens (por ano)	Mulheres (por ano)	Total anual estimado
Próstata	200	-	200
Mama	-	210	210
Colo e Reto	70	80	150
Pulmão (Traqueia, Brônquios)	40	50	90
Estômago	40	20	60
Colo do Útero	-	50	50

Fonte: Elaborado pela autora, 2025. Dados: INCA (2022)

A concentração de quase 2 mil casos anuais em Aracaju reforça a necessidade de organizar uma rede de cuidados paliativos que atenda não apenas a capital, mas também pacientes vindos do interior, garantindo acesso equânime e integral aos cuidados necessários.

A análise da projeção anual de novos casos de câncer por região de saúde em Sergipe, conforme apresentado na tabela 2, revela uma distribuição desigual da capacidade assistencial oncológica no estado. Aracaju, município com maior densidade populacional com 602.757 habitantes (IBGE 2023), funciona como polo centralizador de todos os serviços de alta complexidade no SUS em oncologia do estado.

De acordo com a Associação dos Amigos da Oncologia (AMO, 2025), Aracaju dispõe de três unidades hospitalares públicas integradas à rede estadual de atenção oncológica do SUS: o Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), o Hospital Cirurgia e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS). No setor privado, observa-se uma maior diversidade de instituições especializadas, como a Clínica Vitta, Centro de Oncologia, Clínica OncoHematos, Instituto de Oncologia San Giovanni, Núcleo de Oncologia de Sergipe, Hospital São Lucas, Hospital Primavera e a Clínica Clinradi.

Além disso, a cidade também conta com organizações da sociedade civil atuantes no terceiro setor, que oferecem suporte complementar aos pacientes e seus familiares. Entre elas, destacam-se o Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), a Associação dos Amigos da Oncologia (AMO), a Associação de Apoio ao Adulto com Câncer do Estado de Sergipe (AAACASE) e a Associação dos Voluntários a Serviço da Oncologia (AVOSOS). Essas instituições prestam serviços como hospedagem, alimentação, transporte, consultas, exames, fornecimento de medicamentos e apoio técnico especializado.

Nesse cenário, torna-se necessária a efetivação de políticas e programas voltados ao controle do câncer, o que requer a organização de linhas de cuidado que integrem todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com o INCA (2018), esse modelo assistencial deve articular de forma contínua os recursos disponíveis, o acesso aos serviços e os tratamentos essenciais, como diagnóstico precoce, terapias oncológicas, reabilitação e cuidados paliativos.

Desse modo, cabe ao Estado garantir essa estrutura por meio da oferta e coordenação dos diversos serviços de saúde. Já a responsabilidade pela execução dessas ações integradas recai sobre os profissionais da saúde, que devem atuar de forma articulada para garantir a efetividade do cuidado em todas as suas dimensões, pois, de acordo com o INCA (2018), o cuidado em saúde não se restringe aos procedimentos clínicos, sendo essencial reconhecer os pacientes como sujeitos integrais, considerando a singularidade de suas trajetórias de vida, condições socioculturais, expectativas e desejos.

Assim, conforme afirma Frossard (2016), a abordagem das pessoas com câncer deve contemplar as múltiplas dimensões do sofrimento físico, emocional, espiritual e social, promovendo não apenas o controle da doença, mas também a preservação da qualidade de vida

ao longo de todo o processo de cuidado. É nessa perspectiva que se operacionaliza a Política Nacional de Cuidados Paliativos, compreendida como política pública e inserida num campo de relações contraditórias entre as forças sociais presentes na sociedade, que perpassam o Estado visando ao enfrentamento da questão social.

Ainda de acordo com Frossard (2016), a estruturação dos serviços que ofertam cuidados paliativos requer uma gestão organizacional alinhada aos objetivos da instituição, sobretudo no setor público, onde se espera que as ações sejam conduzidas com eficiência, eficácia, agilidade, participação e transparência. Essa gestão deve ser capaz de impactar e transformar a realidade social, especialmente no que se refere à qualidade do processo de morrer no Brasil, sendo fundamental para a efetivação de um cuidado paliativo qualificado. Nesse sentido, podemos observar, no quadro 3, as principais características que compõem o modelo de atenção à saúde voltado aos Cuidados Paliativos de acordo com a Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Quadro 3 - Diferença no atendimento com e sem a PNCP

Aspectos do Atendimento	Modelo de saúde sem Cuidados Paliativos	Modelo de saúde com Cuidados Paliativos
Foco do cuidado	Centrado na doença e na cura.	Centrado na pessoa e na qualidade de vida.
Equipe profissional	Atuação médica isolada ou pouco integrada (modelo hospitalocêntrico).	Abordagem multiprofissional e interdisciplinar.
Atenção à dor e sintomas	Tratamento limitado à dor física.	Controle integrado da dor e de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais.
Participação da família	Família pouco envolvida no processo de cuidado.	Família considerada parte ativa e também cuidada.
Continuidade do cuidado	Fragmentação entre níveis de atenção.	Cuidados contínuos e articulados entre atenção primária, terciária e domiciliar.
Direitos do paciente	Baixo reconhecimento da autonomia e da dignidade do paciente.	Valorização da autonomia, dignidade e escuta ativa.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025. Dados da ANCP (2024).

A implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos pelo Ministério da Saúde pressupõe a criação de equipes especializadas em cuidados paliativos em todo o país, das quais 11 serão implantadas em Sergipe (Brasil, 2024). Essa iniciativa busca superar desafios históricos, como a escassez de profissionais capacitados, limitações no acesso e a concentração dos serviços nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, ampliando o cuidado para regiões historicamente desassistidas, como Norte e Nordeste.

De acordo com o Ministério da Saúde (2024), a política se estrutura em três eixos: formação de equipes multiprofissionais, promoção de educação permanente e garantia de acesso a medicamentos e insumos e estabelece diretrizes para a atuação dessas equipes em hospitais, ambulatorios, serviços de atenção domiciliar e atenção primária. As equipes devem atuar tanto de forma assistencial quanto matricial, como evidenciado abaixo.

As equipes assistenciais de Cuidados Paliativos (EACP) constituem-se como dispositivos fundamentais para a garantia do cuidado contínuo, humanizado e integral às pessoas em situação de doenças ameaçadoras da vida. Conforme normativas do Ministério da Saúde (2024), as EACP são equipes de gestão municipal, com composição interdisciplinar e atuação multiprofissional, responsáveis por desenvolver ações paliativas tanto no estabelecimento de saúde ao qual estão vinculadas quanto, conforme o caso, em outros pontos da rede, acompanhando o paciente até o óbito e ofertando suporte à família no pós-óbito. As EACP exercem papel estratégico de retaguarda assistencial no território de abrangência, apoiando tecnicamente os demais serviços e consolidando a atenção paliativa como parte indissociável do direito à saúde.

As Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP) compõem um dos arranjos organizativos centrais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de qualificar e apoiar tecnicamente os serviços no desenvolvimento de ações paliativas. Instituídas como equipes interdisciplinares, de gestão estadual e com atuação territorial definida por macrorregiões de saúde, as EMCP operam por meio de práticas matriciais que incluem sensibilização, capacitação, teleconsultorias e corresponsabilização dos diferentes pontos de atenção. Além de suporte técnico em situações de intercorrência, estratégias de educação permanente voltadas tanto para os profissionais quanto para a população em geral, além de atuação conjunta com os serviços locais em casos assistenciais mais complexos.

Nesse contexto, para compreender como a PNCP vem sendo operacionalizada no SUS de Aracaju, destaca-se o cenário dos hospitais especializados, em especial o HUSE, que será o foco da análise a seguir. Embora a Política Nacional de Cuidados Paliativos tenha como diretriz a atuação integrada em todos os níveis de atenção à saúde, no município de Aracaju, os serviços

especializados estão majoritariamente concentrados em hospitais de alta complexidade vinculados à rede estadual de oncologia do SUS. Entre eles, destacam-se o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), o Hospital Cirurgia e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS).

3.3 A Política Nacional de Cuidados Paliativos e sua operacionalização em Aracaju: o foco no HUSE

Considerando as limitações de acesso a informações sistematizadas e atualizadas sobre a implementação da PNCP nos serviços públicos de Aracaju, além da experiência prática da autora enquanto estagiária no Serviço Social da oncologia do HUSE, optou-se por focar a análise nesta unidade hospitalar, reconhecida como referência no tratamento oncológico em Sergipe. Essa delimitação metodológica não objetiva excluir os demais serviços, mas sim permitir uma compreensão mais fundamentada sobre como a política nacional vem sendo operacionalizada no contexto local.

O HUSE, por sua estrutura, complexidade e abrangência, oferece subsídios significativos para discutir os avanços, os desafios e as contradições da efetivação dos cuidados paliativos na rede pública de saúde em Aracaju. Inaugurado em 1996, o Centro de Oncologia do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) recebeu o nome de Centro de Oncologia Doutor Oswaldo Leite (COOL), criado com o objetivo de oferecer tratamento especializado para pacientes diagnosticados com câncer, uma demanda crescente no estado (Sergipe, 2024).

De acordo com a Funesa (2011), desde sua criação, o COOL tem sido fundamental na prestação de cuidados oncológicos, proporcionando à população sergipana acesso a tratamentos como quimioterapia, radioterapia, consultas, cuidados paliativos e exames especializados. Além de atender pacientes dos 75 municípios de Sergipe e da capital Aracaju, o hospital também absorve demandas oriundas de estados vizinhos, como a Bahia e Alagoas.

O HUSE realiza o atendimento de pacientes oncológicos tanto em regime ambulatorial quanto por meio de internações hospitalares. No entanto, é importante destacar que nem todos os usuários oncológicos atendidos pela instituição se encontram em situação de cuidados paliativos. Ou seja, o HUSE acolhe pacientes em diferentes fases da doença oncológica desde aqueles que estão em tratamento curativo ou controle clínico, até os que já evoluíram para estágios avançados, nos quais o enfoque passa a ser o alívio do sofrimento e a promoção da qualidade de vida. Essa diferenciação é fundamental para compreender o perfil dos

atendimentos e a organização das práticas de cuidado na instituição, uma vez que os cuidados paliativos exigem uma abordagem específica.

Outro ponto que merece destaque diz respeito à ausência de informações sistematizadas sobre a quantidade de pacientes oncológicos em cuidados paliativos no município de Aracaju. A inexistência de dados atualizados e acessíveis sobre o número de pessoas efetivamente inseridas em cuidados paliativos representa uma importante limitação para o planejamento e avaliação das políticas públicas, dificultando a identificação da demanda real, o dimensionamento de recursos e a implementação de estratégias que garantam o acesso oportuno e equitativo a esse tipo de cuidado.

Segundo dados obtidos junto ao Serviço Social do setor de oncologia do HUSE, até o mês de junho de 2025, não havia pacientes internados oficialmente classificados sob cuidados paliativos, embora 60 pacientes estivessem hospitalizados. Essa constatação evidencia a ausência de institucionalização plena dos cuidados paliativos no ambiente hospitalar, apesar da presença de demandas compatíveis com esse tipo de abordagem.

Além disso, a cobertura limitada dos cuidados paliativos domiciliares, com apenas 15 pacientes atendidos até junho de 2025, mostra-se insuficiente diante da demanda estimada. Segundo o Ministério da Saúde (2024), aproximadamente 625 mil pessoas necessitam de cuidados paliativos no Brasil, o que, considerando a população de Sergipe, indicaria que um contingente significativo de pacientes permanece sem atendimento adequado. Esse cenário revela uma restrição importante na abrangência da política, sobretudo diante da incidência crescente de câncer no estado, conforme apresentado na Tabela 3. Soma-se a isso a inexistência de fluxos organizados para o início precoce do cuidado e a ausência de protocolos que articulem a atenção primária à terciária, dificultando a continuidade e a integralidade da atenção.

No cenário global, a Organização Mundial da Saúde (2020) estima que, anualmente, cerca de 56,8 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos, incluindo 25,7 milhões que se encontram no último ano de vida. No entanto, apenas cerca de 14% desse total recebem efetivamente esse tipo de cuidado, evidenciando a grande dimensão do desafio global relacionado à oferta e ao acesso aos cuidados paliativos. Além disso, ainda de acordo com a OMS (2020), aproximadamente 34% das pessoas que necessitam desses cuidados são pacientes com câncer, o que reforça a importância dessa condição no contexto da atenção paliativa.

Ressalta-se, contudo, que a equipe responsável por cuidados paliativos também atua no âmbito do Programa Melhor em Casa (PMec), que é uma iniciativa federal do Ministério da Saúde, instituída pela Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, atualmente orientado pela Portaria GM/MS Nº 963 de 27 de maio de 2013, que integra as RAS do SUS. Seu principal

objetivo é oferecer atendimento domiciliar multiprofissional e contínuo a pessoas que, por condições clínicas como doenças crônicas, limitações temporárias ou cuidados paliativos, apresentam dificuldade ou impossibilidade de se deslocar até uma unidade de saúde.

Como política pública nacional, o programa visa reduzir internações desnecessárias, ampliar a humanização do cuidado e proporcionar conforto e autonomia ao paciente em seu ambiente familiar (Brasil, 2014). Nesta modalidade, segundo dados do Serviço Social do setor de oncologia do HUSE, até junho de 2025 haviam 15 pacientes em cuidados paliativos domiciliares.

No contexto de Aracaju, embora o HUSE realize o acompanhamento de pacientes paliativos por meio do PMeC, a baixa cobertura observada, com apenas 15 pacientes em acompanhamento domiciliar até junho de 2025, evidencia que a operacionalização da PNCP, via PMeC, ainda ocorre de forma limitada, distante das necessidades epidemiológicas da população oncológica da região.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2024), em 2023, foram registrados 5.190.708 atendimentos, correspondendo a uma média aproximada de 432 mil procedimentos por mês, número que engloba demandas de diversas especialidades, não se restringindo aos casos oncológicos, porém, evidência um contraste marcante entre o elevado volume geral de atendimentos realizados e o número reduzido de pacientes contemplados pelos cuidados paliativos domiciliares.

A equipe de Cuidados Paliativos da oncologia do HUSE atende os pacientes em cuidados domiciliares em Aracaju e na Grande Aracaju, Nossa Senhora do Socorro (apenas no complexo Taíçoca), Barra dos Coqueiros e São Cristóvão (apenas nos bairros Eduardo Gomes e Rosa Elze). A respeito dos cuidados domiciliares, a PNCP assegura que

II - Atenção domiciliar: indicada para pessoas que necessitam de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou domicílio, ofertada por equipes da atenção primária ou de Serviços de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa, atuando em articulação com a família, RAS e comunidade do território, de forma que o domicílio seja o principal local de cuidado, observando-se o Projeto Terapêutico Singular - PTS explícito no prontuário domiciliar. (Brasil, 2024, p. online).

O HUSE conta com uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e nutricionista, conforme previsto na Política Nacional de Cuidados Paliativos. No entanto, a PNCP, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681, de 2024, estabelece que os pontos de atenção das RAS devem dispor de duas equipes com funções distintas, conforme apresentado anteriormente, às EACP, responsáveis pelo atendimento direto

aos usuários, e as EMCP, voltadas ao apoio técnico-pedagógico às demais equipes da rede. No caso do HUSE e da estrutura vigente no município, observa-se que apenas uma equipe acumula ambas as funções, o que contraria a diretriz da PNCP e pode comprometer a qualidade e a integralidade da atenção, limitando a atuação especializada e o suporte adequado à rede.

Além disso, a Portaria GM/MS nº 3.681, de 2024, prevê “proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do serviço ou equipe, familiares, cuidadores e comunidade, indicando periodicidade e temáticas, no caso das EMCP.” O que, de acordo com dados do Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe, não foi, até o momento, realizado (Brasil, 2024; Centro De Oncologia Dr. Oswaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe, 2025).

Em consonância com a diretriz da PNCP, a qual prevê a atenção domiciliar como principal local de cuidado para pessoas em cuidados paliativos, observa-se que no HUSE, esse processo ocorre de forma articulada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no território do paciente. Nesses casos, após a definição da palição registrada em prontuário pelo médico responsável, são realizadas orientações à família e ao paciente sobre o manejo domiciliar.

A partir desse momento, a família é instruída a procurar a UBS de referência para solicitar os equipamentos, materiais e insumos necessários ao cuidado domiciliar, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Somente após a confirmação da disponibilidade desses recursos pela unidade básica, é efetivada a desospitalização do paciente, garantindo que o acompanhamento domiciliar ocorra em condições mínimas de segurança e conforto, ainda que de forma dependente da estrutura e resposta dos serviços da atenção primária. Esse fluxo evidencia a importância da articulação entre atenção terciária e atenção primária, mas também revela a vulnerabilidade do processo frente às desigualdades regionais de acesso e estrutura das UBS.

Nesse sentido, conforme afirma Frossard *et al.* (2020), observa-se que a atenção domiciliar, ao promover a desospitalização do cuidado, revela de forma mais evidente as expressões da questão social, como moradias inadequadas, insegurança alimentar, desemprego, abandono e situações de violência, elementos que impactam diretamente o processo de cuidado e exigem intervenções além do campo estritamente biomédico.

Assim, a assistência domiciliar exige ações intersetoriais articuladas e qualificadas, sendo fundamental a integração entre os diversos equipamentos da rede de proteção social e de saúde como a Atenção Básica, o CRAS, o CREAS e os serviços de urgência e emergência, para assegurar um cuidado integral, contínuo e digno às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Essa articulação também se mostra indispensável para o acolhimento e o suporte aos familiares e cuidadores, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais no território (Adaptado de Brasil, 2013; Frossard, 2016).

Ainda nesse sentido, Frossard (2016) afirma que, considerando o que foi exposto, torna-se evidente que a abordagem dos Cuidados Paliativos deve ir além da perspectiva centrada exclusivamente na cura, incorporando ações que promovam a proteção social do paciente e garantam o respeito à sua autonomia. Portanto, é fundamental refletir sobre a necessária articulação entre as políticas de saúde e de assistência social, especialmente para assegurar apoio integral às famílias em situação de vulnerabilidade, que frequentemente enfrentam barreiras no acesso aos serviços e no seguimento do tratamento. Outro ponto a ser abordado é que a PNCP assegura que

VII - aplicar protocolos de comunicação envolvendo a pessoa, respeitando suas particularidades e necessidades, bem como seu direito à recusa de tratamentos e procedimentos, à autodeterminação e ao alívio da dor e, quando necessário, acionar o comitê de bioética respectivo, conforme estabelecido pelas normas da instituição e dos Conselhos Profissionais; e VIII - prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada. (Brasil, 2024, p. online).

A análise do fluxo de atendimento delineado na PNCP evidencia a necessidade de questionar se existem, de fato, protocolos assistenciais ou linhas de cuidado organizadas que garantam a identificação precoce e o encaminhamento sistemático de pacientes oncológicos para os cuidados paliativos. De acordo com o INCA (2022), a abordagem paliativa deve ser iniciada o mais precocemente possível, podendo inclusive ocorrer em paralelo ao tratamento com intenção curativa, com o objetivo de controlar sintomas, melhorar as condições clínicas e cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais do paciente.

Além disso, o INCA destaca que a transição entre o cuidado curativo e o paliativo deve ser um processo contínuo, adaptado à evolução da doença de cada pessoa, reforçando que, na fase terminal, a prioridade passa a ser a promoção do conforto e da dignidade. A ausência de fluxos que operacionalizem essa transição precoce compromete a efetivação dos cuidados paliativos como direito e perpetua um modelo centrado exclusivamente na intervenção curativa, em detrimento de um cuidado integral e humanizado.

Essa lacuna organizacional pode resultar na medicalização excessiva, em hospitalizações prolongadas e na ausência de intervenções voltadas para o alívio do sofrimento, contrariando as diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos, que preveem a

integração do cuidado paliativo em todas as etapas da atenção oncológica, com base em critérios clínicos e não apenas na terminalidade.

Também não foram identificados indicadores oficiais ou dados sistematizados que permitam aferir o tempo médio entre o diagnóstico em estágio avançado do câncer e o início efetivo dos cuidados paliativos, em Aracaju. A ausência desses indicadores inviabiliza o monitoramento da oportunidade da intervenção paliativa, impedindo a avaliação da qualidade do cuidado e a identificação de atrasos que possam comprometer a qualidade de vida dos pacientes.

Essa limitação evidencia a necessidade de aprimorar os sistemas de informação em saúde para subsidiar a formulação de políticas mais eficazes e orientadas pelas necessidades reais da população oncológica, conforme posto na PNCP, “Art. 20. Compete ao Ministério da Saúde: II - monitorar indicadores epidemiológicos e avaliar a eficácia da PNCP” (Brasil, 2024, p. online).

No município de Aracaju, não foram identificadas políticas públicas locais específicas voltadas à efetiva implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos. Essa ausência se expressa na falta de um plano municipal estruturado, de protocolos clínico-assistenciais específicos, de fluxos bem definidos entre os níveis de atenção, bem como de financiamento próprio e capacitação sistemática das equipes.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2020), a consolidação de políticas locais em cuidados paliativos exige ações como a elaboração de diretrizes municipais, definição de fluxos assistenciais, capacitação das equipes, articulação entre os pontos de atenção e a criação de indicadores para o monitoramento da qualidade da assistência.

Algumas experiências que obtiveram sucesso nesse campo já foram documentadas em municípios como Belo Horizonte (MG), que desenvolveu um plano municipal de cuidados paliativos, estabeleceu equipes matriciais especializadas e integrou os serviços hospitalares, domiciliares e da atenção básica em uma linha de cuidado articulada, (Minas Gerais, 2021, n.p.). A ausência dessas estratégias em Aracaju evidencia a fragilidade na institucionalização dos cuidados paliativos na esfera local, comprometendo sua efetividade como componente da atenção integral à saúde no SUS.

A inexistência de diretrizes locais ou normativas específicas pode resultar na descontinuidade do cuidado, na sobrecarga das famílias e da equipe, além da limitação do acesso equitativo a serviços que assegurem qualidade de vida a pessoas com condições crônicas, progressivas e ameaçadoras da vida. Por fim, podemos observar no quadro 4, como essa política

se operacionaliza para os pacientes oncológicos do município de Aracaju em atendimento no HUSE

Quadro 4 - Operacionalização da PCNC em Aracaju

Aspecto analisado	Observação no HUSE/Aracaju
Abrangência da PNCP	Implementação limitada, com baixa cobertura de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares (15 pacientes até junho/2025).
Equipe de cuidados paliativos	Existe equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e nutricionista), mas acumula funções das EACP e EMCP, em desacordo com a PNCP.
Fluxos e protocolos	Ausência de fluxos organizados e linhas de cuidado que garantam encaminhamento precoce para cuidados paliativos, sobretudo na atenção primária.
Início precoce dos cuidados	Não há indicadores que monitorem o tempo entre diagnóstico avançado e início dos cuidados paliativos, dificultando a transição oportuna do cuidado curativo para o paliativo.
Atuação do Programa Melhor em Casa	Atende pacientes oncológicos em cuidados domiciliares, mas depende da articulação com as UBS para viabilizar insumos e equipamentos, revelando desigualdades no acesso e na infraestrutura.
Educação permanente (capacitação)	Não realizada até o momento, apesar de prevista pela PNCP para profissionais, familiares e cuidadores.
Assistência no luto e cuidados pós-morte	Não há informações sobre a existência de protocolos ou ações estruturadas para o acompanhamento de familiares no processo de luto, apesar de previsto na PNCP.
Articulação intersetorial (saúde-assistência social)	Limitada; a atenção domiciliar expõe desigualdades sociais, mas não há fluxos consolidados com equipamentos da rede de proteção social como CRAS, CREAS ou serviços de urgência.
Políticas públicas locais (normas ou diretrizes municipais)	Inexistência de políticas ou normativas específicas em nível municipal que regulamentem ou fortaleçam a operacionalização da PNCP em Aracaju.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025. Dados da Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil 2024)

A análise dos dados sistematizados no quadro acima evidencia um conjunto de fragilidades na operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos no contexto do HUSE e da atenção domiciliar em Aracaju. Observa-se que, embora haja uma equipe multiprofissional atuante, a ausência de distinção clara entre Equipe de Cuidados Paliativos (EACP), Equipe de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio

(EMAP), conforme diretrizes da PNCP e do Programa Melhor em Casa, compromete a especialização e a qualidade do cuidado.

Ademais, a articulação intersetorial ainda é limitada, a assistência social, embora fundamental no cuidado paliativo, especialmente nos casos de vulnerabilidade social, não está integrada de forma efetiva à rede de atenção, refletindo diretamente na descontinuidade do cuidado e na fragilização do suporte às famílias. Ainda, destaca-se a inexistência de políticas municipais específicas que regulamentem ou fortaleçam a operacionalização da PNCP em Aracaju.

3.4 O Serviço Social e os Cuidados Paliativos: Fundamentos Teórico-Metodológicos da Intervenção Profissional

A inserção do Serviço Social no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu no contexto da Reforma Sanitária brasileira, especialmente nas décadas de 1980 e 1990, período marcado por intensas mobilizações sociais e pela atuação crítica de diversos segmentos profissionais na luta pela universalização do direito à saúde, segundo Castro (2018). Nesse cenário, assistentes sociais participaram ativamente dos movimentos que reivindicavam a construção de um sistema público, integral, descentralizado e com participação social.

O CFESS (2009) destaca que o Serviço Social vivenciou uma importante tensão interna durante a década de 1990, que se expressava na área da saúde como resultado do embate entre os ideais da Reforma Sanitária e o avanço do projeto privatista. De um lado, consolidava-se a hegemonia da tendência da intenção de ruptura, que expressava a maturidade teórico-política da profissão; de outro, emergiam críticas conservadoras, principalmente daquelas vertentes que questionavam a capacidade do marxismo de responder às complexas demandas da contemporaneidade.

Nesse sentido, Iamamoto (2013), afirma que a década de 1980 representou um marco no processo de amadurecimento da tendência “Intenção de Ruptura” no Serviço Social brasileiro, especialmente no âmbito acadêmico e das entidades representativas da categoria. Esse período foi caracterizado por uma intenção de ruptura com posturas conservadoras e pela aproximação crítica com o pensamento marxista, o que conferiu à profissão uma base teórico-metodológica sólida e uma legitimidade intelectual no campo das ciências sociais.

O Serviço Social se consolida como uma profissão historicamente legitimada na divisão sociotécnica do trabalho, tendo como base de atuação as múltiplas expressões da questão social. Sua prática na área da saúde está profundamente vinculada à realidade, considerando que o

processo de adoecimento humano também é socialmente construído, a partir das condições de vida. Assim, é imprescindível levar em conta o cotidiano e as condições de existência dos sujeitos que buscam os serviços de saúde (Tierlinga; Oliveira, 2024).

A atuação do assistente social no Brasil é regulamentada por marcos legais e normativos, como a Lei nº 8.662/1993 e a Resolução CFESS nº 273/2008, que definem atribuições, competências e diretrizes para a prática profissional. Tais normativas orientam a atuação do assistente social com vistas à efetivação dos direitos sociais, especialmente no que se refere ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, destacando ainda a importância da intervenção interdisciplinar, da mediação e da orientação aos usuários quanto aos seus direitos.

Enquanto profissão inserida no campo da saúde, o Serviço Social desempenha um papel fundamental na promoção e viabilização de direitos, atuando na interface entre condições de saúde e desigualdades sociais. A prática profissional orienta-se pela defesa da autonomia e da emancipação dos sujeitos, com base em uma compreensão ética, crítica e transformadora da realidade (CFESS, 2008; Iamamoto, 2012).

O assistente social também integra equipes multiprofissionais, conforme previsto na Resolução CNS nº 218/1997 e na Resolução CFESS nº 383/1999. De acordo com, Iamamoto (2002), a diversidade de saberes nas equipes de saúde contribui para a construção de respostas mais humanizadas e coletivas, respeitando as especificidades de cada profissão e enriquecendo o trabalho interdisciplinar.

Nesse sentido, de acordo com o CFESS (1993), o exercício profissional é respaldado por atribuições previstas no Art. 4º da Lei nº 8.662/1993, que incluem desde a elaboração e execução de políticas sociais, orientação e atendimento aos usuários, até o encaminhamento de demandas e a mediação de acesso a direitos. Também são atribuídas à profissão atividades técnicas e institucionais no campo da pesquisa, formação profissional, representação institucional e apoio a movimentos sociais.

Ainda de acordo com o CFESS (1993), o assistente social pode exercer funções privativas como coordenar pesquisas, prestar assessoria técnica, realizar pareceres e laudos, atuar na docência e coordenar cursos e eventos, fiscalizar o exercício profissional e dirigir serviços técnicos e instituições representativas da categoria.

A Resolução CFESS nº 493/2006, por sua vez, estabelece condições éticas e técnicas para o exercício profissional adequado, determinando que os espaços de atendimento devem garantir privacidade, condições ambientais adequadas e segurança para o manuseio de documentos sigilosos.

Nesse contexto, Silva (2016), observa que o assistente social atua como mediador das relações sociais, articulando direitos e necessidades dos usuários aos recursos institucionais e políticas públicas de saúde. Trata-se de um trabalho que exige, para além das competências técnicas, uma postura ética e humanizada, pautada na promoção da dignidade humana. Nesse sentido, Netto (2009) afirma que os projetos profissionais expressam a identidade da profissão e seus valores fundamentais, orientando a prática do assistente social no enfrentamento das expressões da questão social e na defesa intransigente dos direitos da população.

Assim, conforme aponta Iamamoto (2022), o Serviço Social atua a partir de uma perspectiva ética, crítica e propositiva, que reconhece a singularidade da experiência do sofrimento, mas também denuncia as determinações estruturais que atravessam esse processo. Portanto, é possível afirmar que os princípios do Projeto Ético-Político se concretizam na defesa do cuidado integral, da dignidade humana e do direito à vida, mesmo em sua fase final.

Nesse mesmo sentido, Vasconcelos (2001) ressalta que diante da complexidade crescente das contradições sociais que o sistema capitalista já não consegue mais ocultar completamente, a atuação profissional comprometida com um projeto ético-político voltado à radicalidade democrática e à defesa da classe trabalhadora exige mais do que apenas posicionamentos normativos. Requer, igualmente, uma postura teórico-metodológica sólida, capaz de captar a especificidade da realidade social. Dessa forma, a teoria social de Marx oferece um caminho metodológico fundamental, ao propor uma relação necessária entre o sujeito e o objeto da investigação, possibilitando compreender o movimento real da sociedade por meio da reprodução teórica de sua dinâmica.

Essa compreensão crítica da realidade torna-se ainda mais relevante no campo da saúde, especialmente nos cuidados paliativos, onde as expressões da questão social emergem com intensidade. O adoecimento, em sua forma crônica ou terminal, expõe de maneira dramática as desigualdades no acesso aos serviços, à informação, ao cuidado digno e à presença do Estado. Dessa maneira, faz-se necessário revisitar o que disse Iamamoto acerca do trabalho do assistente social

O assistente social trabalha com a Questão Social, que pode ser definida como: o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (Iamamoto, 1999, p. 27).

Partindo dessa realidade, sabe-se que as políticas sociais são fruto das correlações de forças econômicas, políticas e sociais que se manifestam em cada contexto histórico. Desse modo, o assistente social é chamado a compreender o sujeito para além de sua condição imediata, articulando suas demandas às determinações sociais, econômicas e históricas que produzem o sofrimento. Conforme destaca o CFESS (2009), essa atuação envolve o atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; bem como investigação, planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

Conforme Frossard *et al.* (2020), o Serviço Social, enquanto profissão de caráter político, crítico e interventivo, fundamenta-se em um instrumental teórico-metodológico multidisciplinar, que possibilita analisar e intervir nas múltiplas expressões da questão social. Sua prática articula-se às políticas sociais e orienta-se por uma dimensão socioeducativa e assistencial (enquanto política de assistência social), contribuindo para a efetivação dos direitos sociais e o enfrentamento das desigualdades estruturais. Essa atuação amplia-se para contemplar não apenas o paciente, mas também sua família e rede de apoio, reconhecendo a complexidade das relações envolvidas no processo de cuidado.

Nesse sentido, Martinelli (1997) adverte que, ao reduzir a prática profissional a uma mera resposta urgente a questões imediatas, corre-se o risco de esvaziar a intervenção social de sua dimensão transformadora, pois deixa de considerar no sujeito atendido a sua dignidade humana e a integralidade de suas necessidades. Essa perspectiva limitada distancia o trabalho do projeto ético-político da profissão, que exige a leitura crítica da realidade e o compromisso com a superação das desigualdades.

Ainda segundo Frossard *et al.* (2020), orientado pelo Código de Ética Profissional de 1993 e pelo Projeto Ético-Político, o exercício do Serviço Social articula as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, possibilitando ao assistente social elaborar propostas de intervenção comprometidas com a realidade da sociedade brasileira e com a defesa dos direitos humanos. Nesse sentido, a sistematização e o uso adequado dos instrumentos profissionais são elementos indispensáveis para a efetividade da intervenção nas diversas expressões da questão social.

Assim, a atuação do assistente social fundamenta-se na concepção de totalidade, baseada no referencial teórico-metodológico marxista, segundo o qual a realidade é entendida como uma totalidade dinâmica, marcada por contradições e transformações constantes, acessível apenas por meio de uma análise dialética que considera avanços e retrocessos históricos. Como enfatiza Vasconcelos (2006), romper com práticas conservadoras exige não apenas clareza e adesão consciente a referências ético-políticas, mas também a apropriação de

uma perspectiva crítica capaz de articular teoria e prática, possibilitando uma intervenção crítica e orientada para a transformação social.

Diante do exposto, torna-se indispensável compreender o cuidado como um direito social fundamental, indissociável dos princípios de dignidade humana e justiça social, superando perspectivas assistencialistas e reconhecendo-o como expressão concreta da sociedade capitalista. Frossard (2024) ressalta que o cuidado enquanto direito constitui o elo entre as áreas da assistência social e da saúde, funcionando como estratégia para a territorialização e descentralização dos serviços, ao mesmo tempo em que exige a construção de práticas críticas, resolutivas e humanizadas, voltadas para a realidade social.

Essa autora ainda afirma que em um movimento dialético, o Serviço Social problematiza a filosofia amplamente aceita dos cuidados paliativos, apropriando-se do conceito de dignidade humana em sua inserção histórica e social. Essa perspectiva busca analisar a convergência entre a essência do Serviço Social e a dos cuidados paliativos, ambas pautadas em uma concepção integral do cuidado, orientada para potencializar a capacidade de enfrentamento do adoecimento.

Ademais, a autora ainda enfatiza que a dignidade humana é princípio fundante do Serviço Social, norteando sua formação teórica e seu código de ética, ao mesmo tempo em que impulsiona a defesa de direitos humanos, sociais, políticos e econômicos, e estimula a adoção de uma perspectiva crítica que reconheça as dimensões estruturais que geram injustiças e discriminações na sociedade. Para Frossard

A dignidade humana é base para o serviço social. Esse conceito embasa a formação teórica da atividade, sendo norte do seu código de ética. Enfatiza-se a atuação em defesa dos direitos humanos, sociais, políticos e econômicos. Em verdade, os assistentes sociais brasileiros são estimulados a adotar uma perspectiva crítica sobre a realidade social em que atuam, ou seja, o reconhecimento de dimensões que geram injustiças e discriminações (Frossard, 2024, p. 20).

Nesse sentido, destaca-se que a formação acadêmica dos assistentes sociais desempenha papel central na consolidação dessa perspectiva crítica. Como afirmam Simão *et al.* (2010), é por meio dessa preparação teórica e prática que se desenvolvem competências essenciais, como a escuta qualificada e a compreensão das dimensões objetivas e subjetivas envolvidas nas situações atendidas. Essas habilidades são fundamentais para que o assistente social atue de maneira participativa e criativa, elaborando propostas capazes de responder, de forma efetiva, às demandas de indivíduos e grupos em situação de vulnerabilidade.

Dessa maneira, pode-se afirmar que a atuação do assistente social no campo dos cuidados paliativos envolve, entre outras atribuições, a mediação de conflitos, a defesa da autonomia dos sujeitos e a participação na construção coletiva do plano de cuidado (Frossard *et al.*, 2020). Essas ações se articulam ao compromisso ético-político da profissão, orientando práticas que reconhecem a complexidade da dor social e a centralidade dos direitos no processo de cuidado.

As autoras acima citadas, destacam sobre a importância de o assistente social reconhecer e compreender o histórico do paciente, sendo fundamental para empregar de maneira eficaz os instrumentos profissionais, uma vez que essas informações permitem identificar as expressões da questão social que se manifestam em cada fase do tratamento, subsidiando a construção de intervenções mais contextualizadas e articuladas.

Essa perspectiva possibilita compreender o indivíduo de forma integral, superando a visão fragmentada que limita o cuidado apenas à dor física, como ocorre no modelo médico centrado na cura e no hospital. Em vez disso, propõe enxergar a pessoa como um ser multidimensional, cuja experiência de sofrimento envolve aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, demandando intervenções que considerem todas essas dimensões de maneira articulada.

De acordo com Andrade (2007), essa compreensão de dor social é observada a partir do conceito de dor total introduzida por Cicely Saunders (1999), que ampliou a noção de dor ao considerá-la não apenas como fenômeno físico, mas como uma experiência que abrange dimensões emocionais, sociais e espirituais do paciente, conforme podemos observar na figura 2.

Figura 2 - Representação do conceito de dor total



Fonte: Toledo, Alígia. Qual é o significado da dor total? 2024. Disponível em: <https://draligiatoledo.com.br/qual-e-o-significado-da-dor-total/>.

Toledo (2024), afirma que a dor, especialmente no contexto do câncer, representa um dos sintomas mais recorrentes e temidos por pacientes com doenças crônicas. A noção de “dor total”, desenvolvida por Saunders, rompe com a visão biomédica restrita, ao reconhecer que o sofrimento atravessa dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Nesse sentido, o cuidado integral, sustentado por uma equipe multiprofissional, não se limita ao alívio de sintomas, mas busca resgatar a autonomia, o sentido da vida e a dignidade no processo de adoecimento.

Adicionalmente, Pessini (2002) define que a dor total pode ser observada de maneira que a dor social manifesta-se no sofrimento provocado pelo isolamento e pela dificuldade de comunicação que acompanham o processo de morrer, evidenciando a importância da presença solidária diante da perda de papéis sociais, como quando um pai doente se torna dependente dos filhos, revelando a crueldade da ruptura dos vínculos e funções familiares.

Frossard *et al.* (2020) também introduzem o conceito de dor social, compreendida como o sofrimento vivenciado a partir da ruptura de laços sociais, da exclusão e da perda de sentido diante das limitações impostas pela doença. Para o Serviço Social, reconhecer essa dimensão é essencial na construção de intervenções que promovam não apenas o alívio físico, mas também o atendimento das necessidades sociais e concretas, das expressões da questão social, vivenciadas pelos pacientes e suas famílias.

A dor física, mais facilmente observável, decorre de doenças, ferimentos ou da deterioração do corpo, limitando o funcionamento e a interação social e atuando como um sinal de alerta, mas que, em casos de dor intensa, pode extrapolar essa função e levar a pensamentos suicidas (Pessini, 2002).

Por sua vez, a dimensão psíquica envolve fatores múltiplos e complexos, emergindo com sentimentos como perda do controle, desesperança e a necessidade de ressignificar a existência frente à proximidade da morte, configurando um desafio para o cuidado integral. Por fim, a dor espiritual surge da perda de sentido e esperança, expressa na angústia existencial que faz o indivíduo perceber a vida e a morte como desprovidas de significado, exigindo atenção à busca de propósito como parte fundamental do cuidado paliativo. Esse entendimento crítico reforça que a dor total não pode ser reduzida ao físico, exigindo práticas interdisciplinares que considerem o ser humano em sua integralidade biopsicossocial e espiritual (Pessini, 2002).

Dessa maneira, de acordo com Frossard *et al.* (2020), a compreensão da dor total em cuidados paliativos envolve o cuidado ao paciente que busca não apenas o alívio da dor física, mas também a promoção de conforto, o respeito à dignidade e a valorização de todos os aspectos de sua vida, reconhecendo a importância de incluir os familiares nesse processo, já que estes também compartilham o sofrimento.

Assim, torna-se necessário abordar a instrumentalidade profissional, a fim de compreender como ela se manifesta na operacionalização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. Diante disso, Guerra (2014), afirma que a instrumentalidade se refere à habilidade de selecionar e utilizar, de forma consciente, as estratégias e ações mais condizentes com os objetivos a serem alcançados. No exercício profissional, o sujeito mobiliza sua racionalidade e intencionalidade, ajustando-as às metas pretendidas. Dessa forma, a efetividade do trabalho está relacionada à clareza quanto à razão e à vontade do agente, exigindo um conhecimento aprofundado da realidade e a capacidade de tomar decisões coerentes com os meios disponíveis e os fins desejados.

Guerra (2014) ressalta a importância de ir além do imediatismo, do que “está posto”, no entanto, salienta que essa não é uma tarefa simples. Para ela, é necessário investir

significativamente em uma nova forma de compreender e interpretar a realidade social, superando percepções místicas, mistificadas ou limitadas ao senso comum, de modo a ultrapassar as aparências que encobrem os fatos sociais. Partindo dessa compressão, ela ainda afirma que

Esta, por si só, é histórica e dialética: acompanha o movimento da própria realidade, identifica suas contradições, apanha, atua e modifica as mediações que tecem a realidade, num recorrente processo de totalização, na perspectiva de incorporar alguns elementos antigos, transforma-os, reconfigura-os, supera-os. (Guerra, 2014, p. 33).

Ainda nesse sentido, a instrumentalidade não pode ser vista como o “é o como fazer”. Nessa perspectiva, ainda de acordo com Guerra (2014), os instrumentos utilizados pelo assistente social são recursos que mediam a relação com os usuários, orientados por respostas previamente pensadas e planejadas, carregando, portanto, uma intencionalidade própria da prática profissional, que se desenvolve no exercício do trabalho e precisa acompanhar o dinamismo da realidade, sendo construída e reformulada a partir dela. Por isso, seu caráter é histórico e dialético, exigindo uma racionalidade que sustente esse movimento contínuo.

Desse modo, Claudinho (2023) defende que a concretização dos cuidados paliativos deve estar alinhada à realidade concreta vivida pela pessoa em situação de adoecimento, bem como à dos familiares que compartilham desse processo, acompanhando tanto a trajetória da doença quanto o enfrentamento da morte. Nesse contexto, o assistente social desempenha um papel central, pois atua diretamente na mediação entre o sujeito adoecido, seus familiares e os serviços de saúde, buscando viabilizar os direitos sociais, respeitados e que as decisões sobre o cuidado sejam tomadas de forma ética, participativa e contextualizada.

Nesse sentido, para Andrade (2012), a atuação do assistente social em equipes de cuidados paliativos envolve intervenções direcionadas não apenas ao paciente, mas também aos familiares, à rede de suporte social, à instituição responsável pela organização do serviço e às diversas áreas profissionais que compõem a equipe interdisciplinar.

Assim, Andrade (2012) reforça e define que a atuação do assistente social junto à equipe destaca-se pela competência em analisar e traduzir para os/as demais profissionais que a compõe as dimensões socioeconômicas e culturais que permeiam a vida do paciente e de sua família. Ao reconhecer essas questões, o profissional assume papel estratégico como mediador entre a família e a equipe interdisciplinar, viabilizando intervenções alinhadas aos objetivos centrais dos cuidados paliativos: promover uma vida digna e oferecer suporte aos entes que

permanecem. Essa mediação é essencial para garantir que o cuidado seja integral e humanizado, contemplando as especificidades de cada contexto familiar.

Andrade (2012) destaca ainda que a atuação profissional envolve a análise de aspectos como a composição familiar e o local de moradia. A identificação de quem reside com o paciente, quem pode oferecer suporte e a presença de outros dependentes no domicílio permite ao profissional avaliar as possibilidades e limitações da família no cuidado, contribuindo para a organização desse processo. Já a análise do local de moradia possibilita verificar se a região conta com suporte social adequado ou se existem obstáculos no acesso aos serviços de saúde, o que orienta o planejamento de encaminhamentos, transporte e assistência domiciliar por parte do assistente social.

Dando continuidade à sua análise, a autora também afirma que é fundamental que o assistente social reconheça a família do paciente como ela realmente é, evitando projeções de uma “família ideal” que não corresponde à realidade vivida. Nem sempre os laços familiares são sólidos ou harmoniosos, assim como nem sempre existem condições financeiras, emocionais ou organizacionais adequadas para prestar o cuidado necessário.

Além disso, o próprio paciente pode ter desejos que divergem do que a equipe considera ideal para seu cuidado. Compreender esses limites e possibilidades familiares é condição essencial para um atendimento efetivo, sendo imprescindíveis a escuta qualificada, o acolhimento sensível e o respeito no tempo certo para abordar temas delicados, considerando que nem todas as informações ou percepções surgirão em um primeiro contato.

Na perspectiva apontada, Frossard *et al*, (2020) afirmam que o serviço social é uma profissão de caráter interventivo, desse modo, compreende-se que a atuação do assistente social vai além do simples conhecimento da realidade do paciente e de sua família, propondo a análise crítica das expressões da questão social e a construção de estratégias para seu enfrentamento. Nesse sentido, partindo da compreensão do ser humano em sua totalidade, o Serviço Social reconhece que, mesmo diante da enfermidade, o indivíduo continua a viver e a exercer seus direitos e deveres. Por isso, é fundamental considerar todas as dimensões de sua vida.

No caso de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, que frequentemente apresentam limitações físicas em razão do avanço da doença, recomenda-se a elaboração de uma procuração para designar um representante legal, assegurando que suas decisões e interesses sejam respeitados de forma segura e juridicamente válida (Brasil, 2019). Esse instrumento possibilita que as decisões sobre atos da vida civil sejam tomadas por alguém de confiança do paciente, garantindo segurança, respeito à autonomia e efetividade na proteção de seus direitos, sobretudo diante de um tratamento prolongado e potencialmente incapacitante.

No contexto laboral, pacientes com câncer que mantêm a qualidade de segurado perante o INSS têm direito a solicitar o auxílio-doença, benefício que assegura suporte financeiro durante o período de incapacidade. A qualidade de segurado é determinada pelas contribuições previdenciárias do trabalhador, podendo ser prorrogada por até 12 meses adicionais quando houver registro no SINE ou recebimento de seguro-desemprego dentro do prazo que mantém essa condição (Brasil, 2019).

Além disso, a aposentadoria por invalidez é um benefício amplamente requerido por pacientes com dependência parcial ou total, podendo ser acrescida em 25% nos casos que demandam cuidados permanentes. Sua concessão está condicionada à comprovação de incapacidade definitiva para o trabalho, realizada por perícia médica do INSS ou do órgão competente, e, em casos de neoplasias malignas, não há exigência de carência, desde que as contribuições tenham sido feitas antes do diagnóstico (Brasil, 2019).

Estes direitos exemplificados mostram a importância da atuação do assistente social na equipe multidisciplinar e revela-se essencial para viabilizar o acesso a eles, considerando que, conforme ressalta Iamamoto (2007), os assistentes sociais intervêm diretamente nas manifestações mais agudas da questão social, como se expressam na vida dos indivíduos das classes subalternas em suas relações com as estruturas de poder.

Essa intervenção é fundamental, tanto no enfrentamento das desigualdades que dificultam o acesso aos benefícios previdenciários e jurídicos quanto na construção de iniciativas coletivas voltadas à efetivação e ampliação dos direitos de cidadania, articulando-se, assim, às políticas públicas necessárias para assegurar a dignidade e a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.

Souza e Gileá (2020) ressaltam que o trabalho deste profissional se caracteriza pela escuta qualificada, mediação de conflitos, orientação sobre direitos e apoio emocional, tanto ao paciente quanto à família. As atividades desempenhadas pelo assistente social nesse campo são amplas e articuladas com a equipe multiprofissional, incluindo:

- Acolhimento ao paciente e aos familiares;
- Suporte emocional e social;
- Contribuição para o resgate da dignidade do paciente;
- Escuta sensível e análise da realidade vivida;
- Levantamento do perfil socioeconômico;
- Apoio na identificação e fortalecimento da rede de apoio;
- Atuação como interlocutor entre paciente, família e equipe de saúde;
- Promoção da autonomia dos usuários e garantia do direito à voz;
- Orientação quanto aos direitos sociais, previdenciários e de saúde;
- Preparação da família para o processo de perda e luto;
- Mediação ativa e integração dos diversos níveis de cuidado;
- Intervenção psicossocial com foco na gestão dos cuidados sociais;

- Elaboração compartilhada de planos de cuidado com o paciente;
- Articulação com recursos e serviços disponíveis na comunidade;
- Suporte em relação aos trâmites e ao processo de sepultamento. (Souza; Gileá, 2020, p. 69).

Essa atuação exige do assistente social não apenas domínio técnico, mas também sensibilidade ética e compromisso com a defesa da dignidade humana, especialmente diante da finitude da vida. Nesse sentido, esses autores destacam as competências desenvolvidas pelos assistentes sociais:

- Informar a equipe quem é o paciente do ponto de vista biográfico;
- Visita domiciliares;
- Atendimento ambulatorial;
- Articulações com demais políticas;
- Identificar a modalidade de atendimento em Cuidados Paliativos;
- Acolhimento e acompanhamento a família na fase do luto;
- Problematicar os valores culturais presentes neste processo;
- Promover junto a equipe momentos de estudo de caso;
- Conhecer e estabelecer uma rede interinstitucional;
- Vistas periódicas ao paciente internado;
- Ações socioeducativas e temas relacionados ao Cuidados Paliativos;
- Seguimento do acompanhamento depois da saída do usuário;
- Reunião multidisciplinar e familiar. (Souza; Gileá, 2020, p. 70).

As competências do assistente social em equipes de cuidados paliativos destacadas estão totalmente relacionadas com as previstas para sua atuação na saúde, conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, conforme assegura o CFESS (2010), que orientam as principais ações a serem desenvolvidas por esses profissionais, de maneira a:

- Democratizar as informações, oferecendo orientações individuais e coletivas e realizando encaminhamentos que assegurem o acesso da população usuária aos seus direitos sociais.
- Elaborar o perfil socioeconômico dos usuários, identificando condições determinantes e condicionantes de saúde, para embasar estratégias de intervenção fundamentadas na análise das situações habitacionais, trabalhistas, previdenciárias e familiares, além de fornecer subsídios para a atuação dos demais profissionais de saúde.
- Facilitar e ampliar o acesso dos usuários aos serviços e à garantia de direitos no âmbito da seguridade social, por meio da criação de mecanismos e rotinas de atendimento.
- Conhecer a realidade do usuário por meio de visitas domiciliares, possibilitando uma compreensão ampliada de seu contexto social e familiar.
- Fortalecer os vínculos familiares, estimulando o usuário e sua família a assumirem um papel ativo nos processos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.
- Atuar junto à equipe de saúde na realização de ações socioeducativas, integrando programas, projetos e clínicas para potencializar a atenção integral. (CFESS, 2010; Andrade, s.d.)

Assim, cabe ao assistente social que busca romper com práticas conservadoras adotar uma perspectiva crítico-reflexiva sustentada em fundamentos ético-políticos, possibilitando uma atuação fundamentada, capaz de analisar criticamente a realidade. Atuando de maneira criativa, construindo estratégias inovadoras frente aos desafios concretos do cotidiano profissional; e transformadora, ao articular teoria e prática como condição para uma intervenção social consciente e comprometida com a emancipação dos sujeitos (Vasconcelos, 2000).

CONCLUSÃO

A pesquisa desenvolvida descreveu a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, com ênfase na assistência prestada a pacientes oncológicos em Aracaju, especialmente os que são atendidos pelo Centro de Oncologia do HUSE.

Partindo do reconhecimento da saúde como expressão da questão social, o trabalho contextualizou historicamente a formação da política de saúde no Brasil, analisando as determinações sociais do processo saúde-doença e os impactos do neoliberalismo na conformação das políticas públicas. Para isso, o trabalho foi dedicado ao debate teórico-conceitual da questão social, à crise do Estado neoliberal e à trajetória da política de saúde como campo de disputa por direitos no cenário brasileiro.

A pesquisa abordou a crítica ao modelo hospitalocêntrico ainda hegemônico e nas fragilidades da atenção terciária no SUS, especialmente diante da crescente demanda por cuidados complexos, como os paliativos. Assim, apresentou as diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos, destacando sua concepção centrada na dignidade do sujeito e nos princípios da integralidade e do cuidado multiprofissional. Também foram apontados as contradições e os entraves para sua efetivação, como o subfinanciamento, a fragmentação da rede de atenção e a persistente mercantilização da saúde.

Além disso, abordou a realidade local de Aracaju, analisando o panorama dos serviços disponíveis, os dados epidemiológicos do câncer na região e as práticas desenvolvidas no HUSE, principal referência em oncologia do estado. Verificou-se que, embora existam iniciativas voltadas aos cuidados paliativos na rede pública, ainda há desafios estruturais e institucionais que comprometem sua efetivação plena. O estudo reafirma a importância da atuação do Serviço Social na defesa dos direitos dos pacientes, sustentado no projeto ético-político da profissão e no compromisso com a garantia da vida com dignidade até o fim.

Os objetivos do estudo foram alcançados, visto que foi possível descrever como ocorre o processo de operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS em Aracaju, com foco nos pacientes oncológicos, a partir da análise da estrutura do sistema, dos serviços disponíveis e dos desafios enfrentados para sua efetivação.

Foi possível apresentar a inserção dos cuidados paliativos na política de saúde, considerando seus princípios norteadores, estrutura organizacional e financiamento; identificar a relação entre esses cuidados e a promoção da qualidade de vida dos pacientes; bem como pontuar os avanços e obstáculos na oferta desse serviço na rede pública municipal, especialmente no contexto do HUSE.

Com isso, foi possível constatar que a relação entre a política de saúde e a operacionalização dos cuidados paliativos no SUS se materializa de forma contraditória: embora existam diretrizes nacionais que reconhecem os cuidados paliativos como um direito, sua operacionalização ainda é limitada por entraves estruturais, subfinanciamento, escassez de equipes capacitadas e ausência de planejamento integrado.

No caso de Aracaju, observou-se que, apesar da presença da equipe que atua no HUSE, a oferta de cuidados paliativos para pacientes oncológicos permanece restrita e pouco articulada entre os níveis de atenção. Isso evidencia que a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos ainda não garante, de forma ampla e equitativa, o acesso ao cuidado digno e integral, conforme preconizado pelo SUS.

Assim, os principais resultados evidenciaram que a política de saúde no Brasil, desde sua efetivação como direito social na Constituição de 1988, reflete as contradições da questão social no contexto do modo de produção capitalista. A análise teórica demonstrou que a conformação histórica da saúde pública esteve marcada por disputas em torno do modelo de atenção entre um sistema universal, público e integral, como propõe o SUS, e a crescente influência das reformas neoliberais, que resultaram em cortes de investimentos, precarização do trabalho e mercantilização do cuidado. Nesse sentido, compreendeu-se que o acesso aos cuidados paliativos está diretamente condicionado às determinações sociais que estruturam as políticas públicas no país.

A pesquisa também permitiu identificar que o modelo hospitalocêntrico ainda é predominante na organização da assistência à saúde, dificultando a articulação entre os níveis de atenção e a efetividade do cuidado integral. No caso dos cuidados paliativos, essa centralidade hospitalar limita a continuidade e a humanização do cuidado, especialmente no contexto da atenção oncológica no domicílio.

Observou-se também, que, embora as diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos apontem para a atuação em rede, com equipes multiprofissionais e abordagens integradas, há fragilidades na implementação prática dessas recomendações, sobretudo nos serviços da atenção primária e domiciliar.

Em Aracaju, os dados levantados indicaram que o HUSE é a principal referência do SUS para pacientes oncológicos, sendo um dos poucos espaços onde há algum nível de organização dos cuidados paliativos no SUS local. No entanto, esse cuidado ainda ocorre de forma limitada e fragmentada, sem um programa institucionalizado que articule ações intersetoriais e multiprofissionais em toda a rede de atenção. A ausência de protocolos

específicos, de registros sistemáticos dos atendimentos paliativos e de equipes especializadas compromete a qualidade da assistência e a continuidade do cuidado.

Além disso, o estudo revelou que, apesar de avanços pontuais e do compromisso ético de muitos profissionais, os cuidados paliativos em Aracaju ainda enfrentam desafios significativos para se consolidarem como uma política pública efetiva. Assim, ao evidenciar as contradições entre as diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos e a realidade da sua operacionalização, a pesquisa aponta para a necessidade de avanços estruturais, institucionais e políticos que garantam o cuidado integral, contínuo e humanizado.

O Serviço Social, nesse contexto, tem papel fundamental na mediação das demandas sociais dos usuários, na garantia dos direitos dos pacientes e na defesa de uma política de saúde que assegure o cuidado digno até o fim da vida. Assim, os resultados reforçam a urgência de investimentos, formação de equipes e institucionalização das diretrizes da política nacional no nível local, com vistas à superação das desigualdades no acesso ao cuidado paliativo oncológico.

Além disso, o estudo contribui para o fortalecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social ao trazer subsídios para a análise crítica da política de saúde e da efetivação dos cuidados paliativos no SUS, com base em uma perspectiva comprometida com a transformação social.

Na dimensão teórico-metodológica, a pesquisa promove o aprofundamento da compreensão da realidade social marcada pelas desigualdades no acesso ao cuidado em saúde, mobilizando categorias analíticas que permitem desvelar as determinações estruturais que condicionam a atenção oncológica paliativa. A partir de uma leitura crítica das expressões da questão social e das contradições do modelo de saúde vigente, reforça-se a importância de fundamentar a prática profissional em uma abordagem dialética e histórica.

Nesse sentido, na dimensão ético-política, o trabalho reafirma o compromisso do Serviço Social com a defesa dos direitos humanos, da equidade e da justiça social, ao reconhecer o cuidado paliativo como um direito e denunciar sua insuficiente operacionalização. A pesquisa se alinha à construção de um projeto profissional comprometido com a dignidade humana, a universalização do acesso às políticas públicas e a luta contra a mercantilização da saúde.

Já na dimensão técnico-operativa, os resultados apresentados podem subsidiar a atuação profissional por meio do planejamento de ações integradas, da construção de fluxos e protocolos de atendimento, da articulação intersetorial e do fortalecimento da rede de atenção, contribuindo

para a efetivação dos cuidados paliativos como expressão concreta da integralidade do cuidado no SUS.

Diante de tais considerações, recomenda-se para trabalhos futuros um maior aprofundamento sobre a operacionalização da Política Nacional de Cuidados Paliativos nos diferentes níveis de atenção à saúde, com foco na integração efetiva entre atenção primária, especializada e domiciliar, bem como na formação continuada das equipes multiprofissionais.

Ademais, destaca-se a necessidade de estudos que investiguem a percepção dos usuários e familiares sobre o cuidado recebido, a fim de identificar lacunas na humanização da assistência e fortalecer estratégias de escuta qualificada e participação ativa no processo de cuidado. Além disso, pesquisas com abordagens qualitativas e quantitativas em outros contextos municipais e regionais podem contribuir para a construção de um diagnóstico mais amplo sobre os desafios e potencialidades da política em âmbito nacional.

REFERENCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. ampliada e atualizada. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2025.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Quem somos**. São Paulo: ANCP, 2024. Disponível em: <https://paliativo.org.br/quem-somos> . Acesso em: 18 jun. 2025.

ALMEIDA, Maria de Fátima. **História da Saúde no Brasil: da colônia ao império**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2003.

ALMEIDA, P.F. et al. **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate, v.42, n.1, 2018.

ALMEIDA, P.F. et al. **Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha**. Saúde Debate, v.37, n.98, 2013.

ANDRADE, Letícia. **Serviço Social em Cuidados Paliativos**. [apresentação de slides]. São Paulo: Hospital das Clínicas da FMUSP, [n.d]. Disponível em: [O-Papel-do-Serviço-Social-na-Equipe-de-Cuidados-Paliativos-Dra-Leticia-Andrade SLIDE.pdf](#) . Acesso em: 26 jun. 2025.

ANDRADE, Letícia. **Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte. Cuidados paliativos na assistência domiciliar**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <https://archive.org/details/9788575416105>. Acesso em: [data de acesso].

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 29 jul. 2025.

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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm . Acesso em: 18. Jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Saúde e Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo/> . Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978. Publicada em 06 fev. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-normatiza-cuidados-paliativos-no-sus>. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. **Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde**, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-543210>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006. **Institui a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos e Terapia da Dor no âmbito do Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 dez. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3150_12_12_2006.html. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 248, p. 88, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 11 Jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/carol/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Final%20da%2012%C2%AA%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 27. jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sergipe: **Saúde implementa Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/sergipe/2024/maio/sergipe-saude-implementa-politica-nacional-de-cuidados-paliativos-no-sus>. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. **Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 out. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 maio 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html . Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. **Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar e do Programa Melhor em Casa**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 jan. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. Elizabete et al. (Org). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009

CAMBOTA, Jacqueline Nogueira; ROCHA, Fabiana Fontes. **Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões**. Revista de Economia Contemporânea, v. 25, n. 1, p. 1–27, 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6008/1/PPE_v45_n02_Determinantes.pdf Acesso em: 25 jun. 2025.

CENTRO DE ONCOLOGIA DR. OSWALDO LEITE (HUSE). **Ficha de atendimento domiciliar**. Aracaju: Hospital de Urgência de Sergipe, 2025. Documento não publicado.

CENTRO DE ONCOLOGIA DR. OSWALDO LEITE (HUSE). **Ficha de internamento**. Aracaju: Hospital de Urgência de Sergipe, 2025. Documento não publicado.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde** (versão preliminar). Brasília: CFESS, Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, mar. 2019. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf Acesso em 20. Jun.2025.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na saúde. In: MOTA, A. Elizabete et al (org.s). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, M. T.; SILVA, L. L. **A formação do sistema previdenciário brasileiro: 90 anos de história**. Administração Pública e Gestão Social, [S.l.], v.1, n.3, p. 159-173, 2016. Disponível em: < <https://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/view/1019/pdf> > Acesso em: 17 jun. 2025.

COOK, N. D. A Bolsa Colombiana. In: BENTLEY, J. H.; SUBRAHMANYAM, S.; WIESNER-HANKS, M. E. (orgs.). **História mundial de Cambridge**. Cambridge: Cambridge University Press, 2015. p. 103-134.

CLARK, David. Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 6, p. 727-736, 1999. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699000982>. Acesso em: 20 jun. 2025.

DA SILVA, MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde Debate, v.42, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 26 jun. 2025.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de despesas em saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br> . Acesso em: 13 jun. 2025.

EURICO, Márcia Campos; PASSOS, Rachel Gouveia; ALMEIDA, Magali da Silva; MARTINS, Tereza Cristina Santos (org.). **Questão racial, Serviço Social e os desafios contemporâneos**. 1. ed. Campinas: Editora Papel Social, 2021.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. São Paulo: Globo, 2001.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp, 1996.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: **reflexões teóricas**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 367–383, mar./abr. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000200008> . Acesso em: 17 jun. 2025.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975

FRIEDMAN, Milton. **Capitalismo e liberdade**. Tradução de Anna Maria Capovilla e outras. Rio de Janeiro: LTC, 2014. Obra original publicada em 1962.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; Emiko Yoshikawa; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. Disponível em: <https://www.atheneu.com.br/saude-publica-bases-conceituais-2-edicao-ebook>. Acesso em: 17 jun. 2025.

FROSSARD, Andrea Georgia De Souza; FONSECA, Dolores; SOUZA, Lilian Joyce de Oliveira; ALVAREZ, Marcia Machado Resende. **Dor social e serviço social no contexto brasileiro**. SciELO Preprints, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1064. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1064> . Acesso em: 19. jun. 2025.

FROSSARD, Andrea. **A natureza do serviço social nos cuidados paliativos: uma perspectiva crítica e dialética**. Revista Princípios, [S. l.], n. 171, p. 66–75, set./dez. 2024. Disponível em: [file:///C:/Users/carol/Downloads/12_Artigo_Andrea%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/carol/Downloads/12_Artigo_Andrea%20(1).pdf) Acesso em 22. jun. 2025.

FROSSARD, Andrea. **Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias**. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 14, Edição Especial, art. 12, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/rPmtKfqybLTXdJMTj9hZrvs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22. jun. 2025.

GIOVANELLA, Ligia; FERRARI, Rosana; LIMA, Lúcia de Almeida; D'AVILA, Sandra; ARAÚJO, Maria Cristina; CARVALHO, Ana Lúcia. **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014. Disponível em https://api.metabooks.com/api/v1/asset/mmo/file/71d16c1d798b476da6e24069f6cba8e5?access_token=b44a17d6-3135-458b-b486-f2fbb39c12c5. Acesso em 23. Jun. 2025.

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, set. 2013. DOI: [10.1590/S1413-81232013000900012](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012). Acessado em 18. jun. 2025.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna: Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo. Edições Loyolas 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade. trabalho e formação profissional**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2022.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IANNI, Octávio. **Estado e Planejamento Econômico no Brasil**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1971. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rae/a/LpmqJnpC3SxVRq9M4Pcn9Bs/>. Acesso em 25. jun. 2025.

IANNI, Octávio. **Estado e capitalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2023: acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cuidados paliativos: são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida.** Publicado em: 20 mar. 2023. Atualizado em: 20 mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 29 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **História do controle do câncer no Brasil.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, 2017. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/114>. Acesso em: 18 jun. 2025.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de Saúde no Brasil: Indicadores de financiamento e cobertura.** Brasília: IPEA, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2025.

LIMA, José Carlos. **A saúde pública no Brasil: evolução histórica e desafios contemporâneos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O. História da especialização em saúde pública no Brasil: nota introdutória. In: LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; SANTOS, Paulo R. E. (Org.). **Uma escola para a saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. p. 19-45. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d48x7/pdf/lima-9788575414002-03.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2025.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2024.

MARX, K. O Capital. **Crítica a economia Política.** Vol. I. Fundo de Cultura, México, 1975. *E-book*. Disponível em <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10013938&parte=1>. Acesso em 25. jun. 2025

MALTHUS, Thomas Robert. **Princípios de economia política: considerado com vista à sua aplicação prática. Ensaio sobre a população.** Tradução de Antonio Alves Cury; apresentação de Ernane Galvêas. São Paulo: Editora Nova Cultural; Círculo do Livro Ltda., 1996.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2025.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Melhor em Casa conta com 40 equipes em Sergipe**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/sergipe/2024/novembro/programa-melhor-em-casa-counta-com-40-equipes-em-sergipe#:~:text=Em%202022%2C%20havia%201.971%20equipes,mensal%20de%20432%20mil%20atendimentos>. Acesso em: 1. agosto. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos#:~:text=No%20Brasil%2C%20cerca%20de%20625,graves%2C%20cr%C3%B4nicas%20ou%20em%20finitude>. Acesso em: 2 ago. 2025.

MINAS GERAIS. Lei nº 23.938, de 23 de setembro de 2021. **Estabelece princípios, diretrizes e objetivos para as ações do Estado voltadas para os cuidados paliativos no âmbito da saúde pública**. Diário Oficial do Executivo, Belo Horizonte, 24 set. 2021. Disponível em <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/23938/2021/> Acesso em 26. jun. 2025.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E et al (Org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. **Desigualdade social e saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 77-87, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n5WCfG6hxCNTKjT5tVdqGJs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2025.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 31–50.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2002.

NETTO, José Paulo. **Materialismo histórico-dialético: reflexões sobre o método**. São Paulo: Expressão Popular, 2002.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2007.

OECD. **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> . Acesso em: 12 jun. 2025.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Health Insurance Coverage**. Atlanta: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov>. Acesso em: 14 jun. 2025.

OLIVEIRA, André Luiz Mendes; SACOMANO NETO, Mário; DONADONE, Júlio César. **O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 29, n. 4, p. e190393, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YK5By6PLB5YcpG8N8qHB5Gn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

OLIVEIRA, Higor Claudino. **Que faz o assistente social no âmbito dos cuidados paliativos?** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Oncologia) Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Ensino, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2023.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/carol/Downloads/O%20que%20e%CC%81%20o%20SUS%20-%20Jairnilson%20Silva%20Paim_250606_143756.pdf. Acesso em: 17 nov. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: https://www.espp.pr.gov.br/sites/escola-saude/arquivos_restritos/files/migrados/File/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_paim.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.

PALIATIVO BRASIL. **20 milhões de pessoas necessitam de Cuidados Paliativos, diz Organização Mundial da Saúde**. 2014. Disponível em: <https://paliativo.org.br/20-milhoes-de-pessoas-necessitam-de-cuidados-paliativos-diz-organizacao-mundial-da-saude/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

PESSINI, Léo. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar**. Revista Bioética, Brasília, v. 10, n. 2, p. 51–66, 2002. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/214/215. Acesso em: 27 jun. 2025.

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, [S.l.], v. 3, p. 1-24, 2006. Disponível em: [https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-\[16-200511-SES-MT\].pdf](https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-[16-200511-SES-MT].pdf). Acesso em: 27 maio. 2025.

PLATÃO. Fédon. Tradução e texto original em grego. In: **PLATO. Phaedo**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2017. (Loeb Classical Library, 36). Disponível em: https://www.loebclassics.com/view/plato_philosopher-phaedo/2017/pb_LCL036.487.xml. Acesso em: 29 jul. 2025.

Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org). **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: 2013.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/N4hsVVQGKcYt8CCjsGQyXQj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2025.

RZEZNIK, Cristiane; Dall'agnol, Clarice Maria. **(Re) descobrindo a vida apesar do câncer. Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. especial (2000), p. 84-100, 2000.

Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23488> . Acesso em: 6 jun. 2025.

SÁ, Gloria Regina da Silva; et al. Políticas públicas de saúde e a organização do SUS. In: SILVA, Gloria Regina da (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. cap. 2. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/m4kn3/pdf/silva-9786586084245-04.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SALMAN, M. S. M.; *et al.*, de. Política Nacional de Cuidados Paliativos: Desafios da Qualificação Profissional em Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 70, n. 3, p. e-044753, 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4753. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4753> .

Acessado em 18. Jun. 2025.

SANTOS, Josiane. **“Questão social”: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, et al. **Os desafios de comunicação entre os níveis de Atenção Primária e Terciária no município de Parnaíba-PI**. Ensaio & Ciência: CBiológicas, Agrárias e da Saúde, v. 28, n. 1, p. 214–228, 2024. Disponível em:

<https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaiociencia/article/view/10718/7041>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SOARES DE OLIVEIRA SOBRINHO, Afonso. **São Paulo e a ideologia higienista entre o século XIX e XX: a utopia da civilidade**. Sociologias, [S. l.] v. 15, n. 32, 2013. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/38648> . Acesso em: 15 jun. 2025.

SOUZA OLIVEIRA, E. X. G. et al. **Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p. 317-326, 2011. Disponível em: [SciELO Brasil - Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais](#). Acesso em: 30 jun. 2025.

SOC, S.; SÃO PAULO. Tatiane Marques Abrantes Apontamentos sobre Promoção da **Saúde e Biopoder** Notes on Health Promotion and Biopower. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YnBxBjrZCC7bspJhCPK4v8b/?format=pdf&lang=pt> .

Acesso em: 29 jul. 2025.

SODRÉ, Francis. **Serviço social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 103, p. 453–475, jul./set. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 28. jun. 2025.

SOUZA, Cássia Costa Oliveira de; GILEÁ, José. **Cuidados paliativos: o papel do assistente social na equipe multiprofissional**. Revista Scientia, Salvador, v. 5, n. 3, p. 59–76, set./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/scientia/article/view/8785/6375>. Acesso em: 29 jun. 2025.

TEIXEIRA, L. A. **O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 13-31, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/9byMtFNYmgVxcZftjQYMvHy/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 10 jan. 2018.

TIERLINGA, Mariana Wadi; OLIVEIRA, Jairo da Luz. **A prática integrativa do Serviço Social na saúde hospitalar e no território**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 147, n. 2, e-6628373, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Px4dpHLNvVKqn6Vfmc4tPGm/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 18 jun. 2025.

TOLEDO, Alígia. **Qual é o significado da dor total?** In: **Dra. Alígia Toledo**. [S. l.]: Dra. Alígia Toledo, [2024]. Disponível em: <https://draligiatoledo.com.br/qual-e-o-significado-da-dor-total/> . Acesso em: 27 jun. 2025.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; YAZBEK, Maria Carmelita; MATOS, Maria Helena Elpídio de (org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 247–266.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee**. Meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989. Geneva: WHO, 1990. (Technical Report Series, 804). Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/39524>. Acesso em: 30 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 05 ago. 2025.

YAZBEK, Maria Carmelita. **A dimensão política do trabalho do assistente social**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/4RNYGqckdySpPrJ6cTmsBSQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 ago. 2025.