



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

VALÉRIA CRISTINA PEREIRA LOPES

**O SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E PREVENÇÃO
DO CÂNCER**

**MIRACEMA DO TOCANTINS, TO
2025**

Valéria Cristina Pereira Lopes

O Serviço Social na efetivação do direito à saúde e prevenção do câncer

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Me. Amanda Elisa Vaz

Miracema do Tocantins, TO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- L864s Lopes, Valéria Cristina Pereira.
 O Serviço Social na efetivação do direito à saúde e à prevenção do
 câncer. / Valéria Cristina Pereira Lopes. – Miracema, TO, 2025.
 77 f.
- Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2025.
Orientador: Amanda Elisa Vaz
1. Saúde Pública. 2. Serviço Social. 3. Direitos Sociais. 4.
Oncologia. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

VALÉRIA CRISTINA PEREIRA LOPES

O SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E PREVENÇÃO DO
CÂNCER

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Serviço Social foi avaliado para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovada (o) em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 27/ junho / 2025

Banca Examinadora

Prof. Me. Amanda Elisa Vaz, orientadora, UFT

Prof. Dr. Célia Maria Gradini Albiero, avaliadora, UFT

Prof. Dr. João Nunes da Silva, avaliador, UFT

Dedico este trabalho à minha mãe Vanderleya Pereira Lopes, in memoriam, a quem agradeço a base que deu para construir a pessoa que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pela minha vida, e por me permitir realizar os meus objetivos durante todos estes anos de estudos.

Aos meus filhos Suzana Lopes Borba Morais, Saulo Vítor Lopes Borba Morais e Sofia Lopes Borba Morais por serem o meu objetivo. Ao meu esposo Waldson Almeida Morais pelo apoio incondicional.

Aos familiares e amigos, que me incentivaram, apoiaram e contribuíram para a minha formação.

Àquelas que colaboraram diretamente para a conclusão do curso e deste trabalho, minha tia Iolanda Pereira Lopes Silva, e, minha sogra Maria Delfina Almeida Morais.

À professora Amanda Elisa Vaz, por ter sido minha orientadora, desempenhando tal função com ética, dedicação e amizade.

Aos professores e professoras, pelos ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

Aos colegas de curso, pelo companheirismo e pela troca de experiências, que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formanda.

A todos os técnicos e funcionários da Universidade Federal do Tocantins, pela cordialidade e presteza sempre que solicitados.

Às instituições as quais passei por campo de estágio, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Miracema do Tocantins, Instituto de Desenvolvimento Rural do Estado do Tocantins (RURALTINS), Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), essencial no meu processo de formação profissional, por tudo que aprendi ao longo desses anos de curso.

Às pessoas que participaram direta ou indiretamente deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

RESUMO

Esta pesquisa aborda os desafios e as potencialidades do exercício profissional do Serviço Social na efetivação do direito à saúde de pacientes oncológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). A relevância do estudo está nas dificuldades socioeconômicas, institucionais e estruturais que comprometem o acesso universal, integral e humanizado ao cuidado oncológico no Brasil. A análise começa pelo histórico da inserção do Serviço Social na saúde pública brasileira, evidenciando sua consolidação dentro do SUS, pautada no compromisso ético-político com a justiça social, a equidade e a defesa dos direitos sociais. O objetivo geral é compreender os desafios e as potencialidades do exercício profissional do assistente social na garantia do direito à saúde de pacientes oncológicos. Os objetivos específicos incluem: examinar as políticas públicas, diretrizes e normativas que regem a atenção oncológica no país, avaliando sua efetividade; relacionar a prática profissional aos princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, destacando seu papel no enfrentamento das desigualdades e na defesa dos direitos dos usuários; e analisar as contribuições da profissão na promoção da saúde, defesa dos direitos sociais e mediação entre usuários, serviços de saúde e acesso a programas/benefícios sociais. A metodologia adotada é qualitativa e exploratória, baseada em pesquisa bibliográfica e documental, fundamentada em autores como Bravo, Yamamoto e Sarreta, além de normativas do CFESS, INCA e Ministério da Saúde. Os resultados indicam que, apesar dos avanços normativos, persistem lacunas na implementação das políticas públicas oncológicas, dificultando a plena garantia do direito à saúde. O Serviço Social desempenha papel estratégico como mediador crítico, promotor de direitos e articulador de redes de apoio, fortalecendo o cuidado integral e humanizado. Conclui-se que a efetivação desse direito exige o fortalecimento das políticas públicas, ampliação da articulação intersetorial e valorização do trabalho multiprofissional, reafirmando o compromisso ético-político da profissão com a construção de uma saúde pública universal, equitativa e democrática.

Palavras-chave: Saúde Pública. Serviço Social. Direitos Sociais. Oncologia.

ABSTRACT

This research addresses the challenges and potentialities of Social Work practice in ensuring the right to health for oncology patients within Brazil's Unified Health System (SUS). The relevance of the study lies in the socioeconomic, institutional, and structural difficulties that compromise universal, comprehensive, and humanized access to cancer care in the country. The analysis begins with the historical trajectory of Social Work within Brazilian public health, highlighting its consolidation in the SUS, grounded in an ethical-political commitment to social justice, equity, and the defense of social rights. The general objective is to understand the challenges and potentialities of the social worker's role in guaranteeing oncology patients' right to health. The specific objectives include: examining the public policies, guidelines, and regulations that govern oncology care in Brazil, assessing their effectiveness; relating professional practice to the principles of the Ethical-Political Project of Social Work, emphasizing its role in confronting inequalities and defending users' rights; and analyzing the profession's contributions to health promotion, the defense of social rights, and mediation between users, health services, and access to social programs/benefits. The methodology adopted is qualitative and exploratory, based on bibliographic and documentary research, grounded in authors such as Bravo, Yamamoto, and Sarreta, as well as CFESS, INCA, and Ministry of Health regulations. The results indicate that, despite regulatory advances, gaps remain in the implementation of oncology public policies, hindering the full realization of the right to health. Social Work plays a strategic role as a critical mediator, rights advocate, and network coordinator, strengthening comprehensive and humanized care. It is concluded that the realization of this right requires the strengthening of public policies, expansion of intersectoral coordination, and appreciation of multidisciplinary work, reaffirming the profession's ethical-political commitment to building a universal, equitable, and democratic public health system.

Keywords: Public Health. Social Work. Social Rights. Oncology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ABEPSS | Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CadÚnico | Cadastro Único para Programas Sociais |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| CF | Constituição Federal |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COVID-19 | Coronavírus |
| DPCA | Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| FGTS | Fundo de Garantia por Tempo de Serviço |
| ICMS | Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva |
| INSS | Instituto Nacional da Seguridade Social |
| IOF | Imposto sobre Operações Financeiras |
| IPI | Imposto sobre Produtos Industrializados |
| IPTU | Imposto Predial e Territorial Urbano |
| IPVA | Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores |
| LBA | Legião Brasileira de Assistência |
| LOAS | Lei Orgânica de Assistência Social |
| MDS | Ministério do Desenvolvimento Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PASEP | Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público |
| PIS | Programa de Integração Social |
| PNES | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização do SUS |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| RASs | Redes de Atenção à Saúde |

| | |
|-----------|---|
| RCBP | Registros de Câncer de Base Populacional |
| RHC | Registros Hospitalares de Câncer |
| RURALTINS | Instituto de Desenvolvimento Rural do Estado do Tocantins |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| FGTS | Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade |
| SFH | Sistema Financeiro de Habitação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| TFD | Tratamento Fora de Domicílio |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UCP | Unidades de Cuidados Paliativos |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 | SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: COMPROMISSOS EM DEFESA DA VIDA..... | 15 |
| 2.1 | A inserção histórica do Serviço Social na saúde pública: avanços e desafios contemporâneos | 17 |
| 2.2 | O trabalho multidisciplinar do Assistente Social na saúde pública | 25 |
| 2.3 | O exercício profissional nos cuidados paliativos | 31 |
| 3 | CUIDADO ONCOLÓGICO NO SUS: ENTRE A HUMANIZAÇÃO E OS DIREITOS EM SAÚDE | 43 |
| 3.1 | A Humanização do Cuidado Oncológico no SUS | 45 |
| 3.2 | Direitos, Políticas e Práticas de cuidado..... | 53 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 64 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 68 |
| | REFERÊNCIAS..... | 72 |

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objeto de estudo os desafios e as potencialidades do exercício profissional do Serviço Social na efetivação do direito à saúde de pacientes oncológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa parte da contradição entre o direito à saúde, garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988, e as dificuldades enfrentadas por usuários do SUS, especialmente no campo da oncologia, para acessar um cuidado integral, equitativo e humanizado.

Embora o Brasil disponha de políticas públicas específicas voltadas para o tratamento do câncer, como as diretrizes do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e normativas do Ministério da Saúde (MS), persistem desigualdades estruturais, socioeconômicas e institucionais que comprometem a efetividade desse direito. A atenção oncológica exige não apenas recursos técnicos e clínicos, mas também sensibilidade social e articulação intersetorial para responder à complexidade das necessidades dos pacientes.

Trata-se de um tema de grande relevância diante do crescimento das doenças crônicas no Brasil, especialmente o câncer, que representa uma das principais causas de mortalidade no país e no mundo, e por suas implicações não apenas clínicas, mas também sociais, econômicas, políticas e culturais.

A complexidade que envolve a trajetória de um paciente oncológico demanda um olhar ampliado sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, o que torna a inserção do assistente social fundamental para a efetivação de políticas públicas de caráter universal, equitativo e integral

Minayo (2006, p. 13), afirma que “as condições de saúde e doença são socialmente determinadas”, o que exige uma abordagem interdisciplinar, sensível às desigualdades sociais que atravessam o processo de adoecimento.

O Serviço Social exerce um papel estratégico ao mediar as relações entre usuários e políticas públicas, promovendo o acolhimento ético, a defesa de direitos e a articulação de redes de cuidado. O exercício profissional do assistente social no campo da oncologia revela-se fundamental, considerando-se a complexidade das demandas que envolvem o diagnóstico precoce, o acesso ao tratamento e a garantia de cuidados integrais e humanizados.

No entanto, esse exercício profissional é atravessado por obstáculos como o financiamento do sistema, a fragmentação da rede de atenção, a precarização do trabalho e a sobrecarga profissional, o que dificulta a consolidação de práticas alinhadas aos princípios do projeto ético-político da profissão.

Orientada por um projeto ético-político comprometido com a defesa intransigente dos direitos sociais, encontra na saúde um campo estratégico de intervenção, especialmente no que se refere ao acesso universal e igualitário aos serviços públicos, buscando romper com as desigualdades históricas que dificultam o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e a continuidade do cuidado.

Conforme expressa o Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993), cabe ao profissional “contribuir para a eliminação das desigualdades sociais e para a garantia dos direitos sociais historicamente negados”.

A CF de 1988, marco jurídico e político da redemocratização do país, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas pública, sociais e econômicas que visem à redução dos riscos e à promoção do bem-estar (BRASIL, 1988).

Embora a legislação brasileira avance no reconhecimento formal do direito à saúde, conforme os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade e participação social), sua efetivação plena ainda enfrenta desafios históricos.

A consolidação de um sistema público de saúde encontra entraves como a precarização do trabalho, a gestão fragmentada, o desmonte de políticas públicas e as dificuldades de acesso, especialmente para as populações em situação de vulnerabilidade.

A atenção oncológica exige a articulação entre diferentes políticas públicas e práticas profissionais comprometidas com a integralidade do cuidado, a equidade e a justiça social. Dentre os profissionais inseridos nesse cenário, o assistente social desempenha um papel estratégico na mediação entre usuários e o sistema de saúde, atuando na defesa de direitos, na construção de redes de apoio e na superação de barreiras institucionais que dificultam o acesso aos serviços.

Considerando a importância do exercício profissional do assistente social no contexto das políticas públicas de saúde, este trabalho tem como objetivo geral apreender os desafios e as potencialidades da atuação do Serviço Social na efetivação do direito à saúde de pacientes oncológicos no SUS.

Para alcançar esse propósito, propõem-se os seguintes objetivos específicos: examinar as políticas públicas, diretrizes e normativas do SUS que orientam a atenção oncológica no Brasil, refletindo sobre sua efetividade na promoção do acesso universal, integral e humanizado ao cuidado do paciente oncológico; relacionar a prática profissional do assistente social aos princípios do Projeto Ético-Político da profissão, evidenciando seu compromisso com a equidade, a justiça social, a humanização do cuidado no enfrentamento do câncer e o fortalecimento das redes intersetoriais de atenção à saúde; e, por fim, analisar as contribuições do Serviço Social na atenção oncológica, com ênfase na promoção da saúde, na defesa dos direitos sociais dos pacientes oncológicos, bem como na mediação entre os usuários, os serviços de saúde e o acesso a programas e benefícios sociais destinados a essa população.

Neste cenário, o Serviço Social se insere como uma profissão comprometida com a transformação da realidade social, atuando na formulação, implementação, gestão e avaliação de políticas públicas.

A partir de uma abordagem crítica, o assistente social contribui para a construção de estratégias intersetoriais que viabilizem o acesso a direitos, ao mesmo tempo em que realiza ações educativas, mobiliza redes de apoio e promove o fortalecimento do protagonismo dos usuários do sistema de saúde.

A escuta qualificada, o acolhimento ético, a mediação entre os sujeitos, o diagnóstico social, planejamento, avaliação e sistematização do tratamento oncológico pelos serviços públicos são práticas cotidianas que evidenciam o papel singular do Serviço Social no cuidado integral a pacientes com câncer.

A organização deste trabalho compreende três capítulos. O primeiro capítulo corresponde à introdução, apresentando o problema de pesquisa, os objetivos, a justificativa e a metodologia adotada de caráter bibliográfico e documental, com abordagem qualitativa, fundamentada em autores com produções acadêmicas da área de interesse desta pesquisa.

O segundo capítulo, discute a origem e o desenvolvimento histórico do Serviço Social na política de saúde, com destaque para sua inserção nas políticas de saúde, os fundamentos ético-políticos da profissão e os desafios enfrentados nos serviços públicos, especialmente no trabalho em equipe interdisciplinar em relação aos cuidados paliativos, sendo analisadas as contribuições da profissão para a

consolidação de um modelo de atenção centrado no sujeito e na integralidade do cuidado.

O terceiro capítulo, adentra o campo específico da atenção oncológica no Sistema Único de Saúde, problematizando a efetivação do direito à saúde para pacientes com câncer, com ênfase nas estratégias de humanização do cuidado.

O capítulo articula uma análise das políticas públicas voltadas à oncologia, com base nas normativas do SUS, nas diretrizes do INCA e nas orientações do MS, além das políticas de humanização e de amparo as pessoas acometidas com câncer. A partir da análise dessas políticas públicas, o capítulo evidencia o papel do assistente social na articulação de cuidados humanizados, na defesa de direitos, acesso a benefícios e programas sociais e na superação das iniquidades sociais que atravessam o processo de adoecimento.

A metodologia da pesquisa é apresentada após o terceiro capítulo, sendo fundamentada na abordagem bibliográfica. De acordo com Andrade (2010), esse tipo de pesquisa permite a sistematização do conhecimento já produzido sobre o objeto de estudo.

As principais referências utilizadas incluem obras de Bravo (2007, 2009, 2010), Iamamoto (2001, 2006, 2007, 2009), Sarreta (2008, 2009), Sodré (2012), Yazbek (1994, 2009, 2021), além de documentos e normativas do CFESS (1993, 1999, 2010), INCA (2020, 2022, 2024) e do Ministério da Saúde (2017). Também foram consultadas produções acadêmicas relevantes publicadas em revistas científicas como *Ciência & Saúde Coletiva*, *Serviço Social & Sociedade* e *SER Social*.

Complementarmente, a análise documental contribui para a compreensão crítica de legislações, portarias ministeriais, diretrizes do SUS, normativas e políticas públicas voltadas para a área oncológica e específicas do Serviço Social na área da saúde pública. Essa abordagem favorece a análise da construção ética das relações entre o profissional, o paciente e seus familiares, bem como das diretrizes que orientam a prática profissional do assistente social.

Ao integrar fundamentos teóricos, práticas institucionais e referenciais legais, esta pesquisa reafirma o compromisso ético-político do Serviço Social com a construção de uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva, onde o direito à saúde seja reconhecido como expressão concreta da dignidade humana e da justiça social.

Desse modo, o estudo busca contribuir para o fortalecimento de uma atuação crítica e qualificada da profissão no campo da saúde, ampliando o debate sobre os desafios e as potencialidades da intervenção do assistente social na área da oncologia. Assim, essa pesquisa portanto, também evidencia o engajamento da categoria com a efetivação dos direitos humanos, destacando a saúde como dimensão essencial e inseparável da promoção da vida com dignidade.

2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: COMPROMISSOS EM DEFESA DA VIDA

O Serviço Social, ao longo de sua trajetória histórica no Brasil, tem desempenhado um papel fundamental na promoção da saúde e na efetivação dos direitos sociais. Sua atuação no campo da saúde pública é marcada por disputas, avanços e resistências, revelando uma prática profissional crítica e comprometida com a transformação das condições sociais que produzem o adoecimento da população.

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a presença do assistente social ganhou novos contornos, integrando equipes interdisciplinares e atuando com base em princípios como equidade, integralidade e participação social.

Nesse contexto, o Serviço Social contribui para garantir o acesso universal aos serviços, fortalecer a intersetorialidade e promover a participação social — elementos essenciais para a consolidação de um sistema de saúde público e democrático.

Segundo Yazbek (2009, p. 31), “a atuação do Serviço Social no SUS fortalece a perspectiva da saúde como direito de cidadania, rompendo com práticas assistencialistas e tecnicistas que ainda permeiam algumas instituições”. Essa transformação exige dos assistentes sociais uma ampliação da compreensão sobre os determinantes sociais da saúde, além de uma articulação crítica entre diferentes áreas do conhecimento, reafirmando o compromisso com a defesa intransigente da vida.

A inserção do Serviço Social na saúde pública, no entanto, não se deu de forma linear ou isenta de contradições. Conforme Yamamoto (2007, p. 106), “o trabalho do assistente social na saúde pública constitui uma prática social que se realiza sob a égide das políticas estatais, marcada por limites, possibilidades e contradições que refletem a própria dinâmica das relações sociais no capitalismo”.

Compreender essa trajetória exige reconhecer as tensões entre a lógica biomédica hegemônica e as propostas de atenção integral e humanizada à saúde. Assim, analisar o percurso histórico e os desafios contemporâneos do Serviço Social na saúde pública torna-se fundamental para o fortalecimento de práticas profissionais alinhadas aos princípios do SUS e à efetivação dos direitos sociais conquistados.

Mesmo com os avanços nas entidades representativas e na formação acadêmica, a efetiva inserção do Serviço Social nos serviços de saúde encontrou resistências, sobretudo no que se refere à articulação com o Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 2013).

A partir da década de 1990, com o avanço do projeto neoliberal, os assistentes sociais passaram a lidar com novas requisições profissionais, de um lado, o projeto privatista reforçava práticas voltadas à seletividade, ao assistencialismo e à individualização do atendimento; de outro, o projeto da Reforma Sanitária propunha a democratização do acesso, o fortalecimento do trabalho interdisciplinar e a ampliação da participação popular (BRAVO, 2009).

Nesse cenário, destaca-se a importância do trabalho multidisciplinar como dimensão central do exercício profissional do assistente social na saúde, uma prática requer diálogo permanente com outros profissionais, planejamento compartilhado e reconhecimento dos saberes específicos de cada área.

Martinelli (2013, p. 43), afirma que “o trabalho coletivo na saúde amplia as possibilidades de intervenção, ao mesmo tempo em que exige clareza quanto aos limites e às competências de cada profissão”. Assim, o Serviço Social contribui com uma abordagem crítica, ampliada e integral do cuidado, superando a fragmentação e tecnificação das práticas.

A partir de uma perspectiva ético-política, o assistente social atua não apenas na intervenção direta diante das expressões da questão social, mas também na defesa da saúde enquanto um direito universal e inalienável.

Paulo Netto (2011, p. 22), aponta que “o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro orienta a profissão para a construção de uma sociedade emancipada, baseada na justiça social, na liberdade e na equidade”.

Gerando valor para a população e assumindo compromissos sanitários e financeiros, a atenção à saúde deve ser prestada com acolhimento, qualidade, equidade e no tempo e espaço adequados, com custos compatíveis.

Ao considerar os avanços e os desafios contemporâneos, torna-se imprescindível retomar o compromisso ético do Serviço Social com os direitos humanos e com a transformação das condições de vida da população.

Este capítulo, portanto, tem como objetivo aprofundar a análise sobre a inserção histórica e os desafios atuais do Serviço Social na saúde pública, com ênfase em sua contribuição para o trabalho multidisciplinar e para a promoção da

saúde como um direito social. Diante do exposto, serão discutidas as possibilidades de atuação profissional no campo da saúde, destacando-se as estratégias e abordagens que fortalecem o protagonismo do assistente social na construção de uma atenção à saúde mais justa, democrática e universal.

2.1 A inserção histórica do Serviço Social na saúde pública: avanços e desafios contemporâneos

O exercício profissional do Serviço Social na saúde pública brasileira remonta ao início do século XX, quando as práticas profissionais estavam voltadas, sobretudo, para a educação sanitária e o controle de doenças.

Conforme destaca Sodré (2010), a inserção do assistente social no campo da saúde ocorreu, inicialmente, por meio de ações educativas com a comunidade. Essas ações promoviam práticas de higiene na vida cotidiana, controle de natalidade, prevenção de doenças infantis, higiene bucal e saneamento básico — fundamentos para as primeiras políticas urbanas de saúde no país.

Sodré (2010, p. 454) observa que “a necessidade de escrever sobre o trabalho do assistente social no campo da saúde traz desafios recorrentes desde a inserção do profissional de Serviço Social nesta área de atuação”, indicando a complexidade e os tensionamentos históricos dessa prática.

A autora analisa dois modelos de gestão do trabalho que influenciaram diretamente a política de saúde no Brasil: o fordismo e a acumulação flexível. No modelo fordista, a saúde pública era estruturada de forma centralizada, com serviços padronizados e produção em massa.

Nesse contexto, o trabalho do assistente social era marcado por atendimentos individualizados e registros precários, como ilustra o uso do “livro preto” — caderno onde se anotavam, de forma superficial, as demandas dos usuários, sem qualquer sistematização.

Com o advento da acumulação flexível — modelo que sucede o fordismo — houve uma significativa reestruturação na organização do trabalho. Segundo Abramides e Cabral (2003), esse regime é caracterizado pela flexibilização dos processos produtivos, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo, permitindo ao capital adaptar-se rapidamente às oscilações do mercado e às inovações tecnológicas.

A acumulação flexível consolidou-se como resposta à crise estrutural do capital na década de 1970, que se manifestou pela queda da taxa de lucro e pela busca de novas estratégias de exploração do trabalho.

Como destacam as autoras:

O capital busca alternativas para retomar seus níveis de acumulação, que se expressam em novas formas de gestão e controle do trabalho, e obtêm a ampliação da exploração da força de trabalho, pela mais-valia relativa (inovação tecnológica) e pela mais-valia absoluta (ampliação do ritmo de trabalho). (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

As transformações no regime de acumulação repercutiram diretamente nas condições de trabalho e na saúde dos trabalhadores. Abramides; Cabral (2003) alertam para a precarização das relações laborais, evidenciada por demissões recorrentes, contratos temporários, desemprego, terceirização, quarteirização e perda de direitos sociais e trabalhistas — fatores que agravam doenças ocupacionais, além de distúrbios emocionais e físicos.

As autoras também evidenciam os impactos desse modelo nas políticas de saúde pública, apontando que:

As modificações ocorridas pela diferenciação dos processos de trabalho na produção — fordismo, taylorismo e toyotismo, ou acumulação flexível — pressupõem, na ordem do capital, formas diferenciadas de exploração, culminando na acumulação flexível, cujas repercussões profundas afetam a objetividade e subjetividade da classe-que-vive-do-trabalho, e, portanto, a sua forma de ser. (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Essa conjuntura impõe desafios consideráveis à formulação de políticas de saúde capazes de responder às necessidades dos trabalhadores, em um cenário marcado pela flexibilização e pela precarização do trabalho.

Na década de 1980, diante desse contexto, o Serviço Social iniciou um movimento de ruptura com práticas conservadoras, aproximando-se do referencial marxista, como ressalta o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010).

Apesar dessa inflexão teórica, a inserção efetiva nos serviços de saúde ainda era limitada, e a categoria profissional permanecia relativamente desarticulada, o que dificultava a consolidação do exercício profissional na área.

Já nos anos 1990, com o avanço do neoliberalismo, intensificou-se a disputa entre dois projetos antagônicos no campo da saúde: o projeto privatista e o da Reforma Sanitária. O primeiro demandava do assistente social uma atuação técnico-

burocrática e assistencialista; o segundo, por sua vez, promovia a democratização do acesso, o trabalho interdisciplinar e a participação popular (CFESS, 2010).

Nesse cenário, a profissão foi desafiada a manter sua autonomia e coerência teórico-política, resistindo às pressões institucionais que tentavam reduzir seu papel à mera instrumentalização das políticas neoliberais.

O Serviço Social brasileiro, nesse período, foi profundamente impactado pelas transformações estruturais associadas à reconfiguração do capitalismo em sua fase neoliberal. Isso se refletiu na ofensiva do capital sobre o trabalho e nas mudanças no campo das políticas sociais, com repercussões diretas na prática profissional dos assistentes sociais.

Essa conjuntura exigiu da categoria uma releitura crítica de suas bases teóricas, éticas e metodológicas, reafirmando seu projeto profissional voltado aos interesses da classe trabalhadora.

Como ressalta Iamamoto (2008, p. 44), “o Serviço Social foi chamado a responder às novas exigências do mercado, exigências essas que, muitas vezes, colidem com o projeto ético-político da profissão.”

A tensão entre demandas institucionais e a direção social do projeto profissional levou à necessidade de resistência e reinvenção cotidiana da prática, não apenas por meio de adaptações técnicas, mas, sobretudo, pela reafirmação crítica da função social da profissão.

Nesse sentido, conforme o CFESS (2010), os profissionais devem evitar flexibilizações teórico-metodológicas que comprometam os princípios do Projeto Ético-Político da profissão. Entre as tendências teóricas debatidas no período, consolidou-se a hegemonia da perspectiva crítico-dialética, inspirada no marxismo.

Essa abordagem passou a orientar tanto a leitura da realidade quanto a intervenção profissional, fundamentada na totalidade e na historicidade. Apesar dos desafios impostos, a década de 1990 também representou avanços no campo acadêmico e na produção de conhecimento.

Iamamoto (2008, p. 47) destaca que “a formação profissional passou a enfatizar a centralidade da questão social, como expressão das múltiplas formas de desigualdade e exploração no capitalismo”, o que contribuiu para uma maior articulação entre teoria e prática na intervenção profissional.

Monte e Forte (2022) reforçam que a trajetória do Serviço Social na saúde pública está intrinsecamente vinculada à dinâmica do capitalismo e à “questão

social", sendo uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho coletivo.

Esse processo de institucionalização e modernização do exercício profissional na saúde responde às necessidades do Estado em organizar e controlar o acesso à saúde das populações urbanas pobres.

Schraiber (1989, p. 69) aponta:

O surgimento do Serviço Social na saúde deve ser entendido como parte de um processo mais amplo de institucionalização de práticas sociais modernas no campo sanitário, respondendo a uma necessidade do Estado de organizar e controlar a assistência à saúde das populações urbanas pobres. (SCHRAIBER, 1989, p. 69)

Essa mediação estatal expressa-se tanto em medidas assistenciais quanto na repressão às manifestações da classe trabalhadora, refletindo a tentativa de racionalização do atendimento à população.

Yazbek (1994, p. 58) acrescenta: “A atuação do Serviço Social na saúde revela, desde os seus primórdios, uma tensão entre os projetos técnico-burocráticos de gestão da população e os compromissos ético-políticos com os direitos sociais dos trabalhadores.”

A constituição da profissão está, portanto, profundamente ligada à expansão do capitalismo monopolista, marcado pela fusão entre capital industrial e financeiro e pela concentração de riqueza.

Monte & Forte (2022), com base em Netto (1992), ressaltam que: “O Estado é funcional ao modo de produção capitalista e caracteriza-se como um mecanismo de intervenção extraeconômica do capitalismo, sendo um 'comitê executivo' da burguesia.”

Monte & Forte, 2022, p. 6612 destacam ainda que: “A desresponsabilização do Estado para com o social se intensificou com as reformas neoliberais, promovendo o desmonte do sistema de seguridade social e a privatização das relações sociais e trabalhistas.”

Iamamoto (2016) aprofunda a análise dos dilemas enfrentados pela profissão diante das transformações estruturais do capitalismo contemporâneo, especialmente sob a hegemonia do capital financeiro e das políticas neoliberais.

A autora destaca que o Serviço Social atua em uma realidade marcada por desigualdades agravadas, fragilização de direitos sociais e retração das políticas públicas — cenário que impõe desafios éticos, políticos e técnicos à categoria.

“É nesse contexto de regressividade social que o Serviço Social é convocado a reafirmar o seu projeto profissional, sustentado por valores democráticos e pelo compromisso com os interesses da classe trabalhadora” (Iamamoto, 2016, p. 15).

A autora reconhece, por fim, que a inserção dos assistentes sociais nas instituições demanda enfrentamento de diversos desafios, para tanto, é essencial que a categoria articule uma formação acadêmica rigorosa com o compromisso ético-político e a capacidade de análise crítica da realidade social, por isso destaca que “é preciso não naturalizar a crise, mas interpretá-la criticamente, compreendendo os seus fundamentos históricos e estruturais” (IAMAMOTO, 2016, p. 16).

A profissão, conforme descreve a autora, se constitui na e pela totalidade social, vinculando-se ao primado do trabalho como categoria fundante da existência humana.

Assim, ao contrário da lógica distributivista das abordagens liberais, o Serviço Social é compreendido no contexto da produção e reprodução das relações sociais — um processo dinâmico, contraditório e atravessado por antagonismos de classe.

Iamamoto (2013, p. 9) aponta que:

[...]a reprodução das relações sociais, sob a ótica crítica, envolve tanto a manutenção das estruturas sociais quanto a possibilidade de sua superação. Essa reprodução abarca a produção da vida material e espiritual, envolvendo sujeitos concretos em luta, com projetos societários distintos. (IAMAMOTO, 2013, p. 9)

Nesse contexto, o cotidiano social é atravessado por contradições centrais, como a coexistência entre igualdade jurídica e desigualdade econômica, bem como a acumulação capitalista baseada na exploração da força de trabalho.

“O Serviço Social atua diretamente nesse terreno contraditório, respondendo a demandas tanto do capital quanto das lutas dos trabalhadores” (IAMAMOTO, 2013, p. 10). Essa dupla determinação do trabalho profissional — simultaneamente funcional à reprodução das relações sociais e potencialmente portadora de transformação — exige uma leitura crítica da realidade.

Dessa forma, o projeto profissional não pode ser neutro; deve estar vinculado às disputas societárias e orientado por um compromisso ético-político com os interesses das classes subalternas. O exercício profissional exige dos assistentes sociais competências analíticas, propositivas e políticas.

Não se trata apenas de realizar tarefas rotineiras, mas de apreender a totalidade social em que se insere a ação profissional, construindo estratégias coletivas voltadas à efetivação dos direitos sociais e à transformação das condições de vida.

Para isso, a autora reforça que é necessário o engajamento da categoria com projetos que fortaleçam o protagonismo político dos sujeitos coletivos e reafirmem a centralidade da questão social como fundamento sócio-histórico da profissão. Destaca ainda a importância da articulação entre teoria crítica, prática profissional e compromisso ético-político.

O Serviço Social, inserido em uma sociedade de classes, atua em um campo marcado pelas disputas entre capital, Estado e trabalho. Compreender essa inserção histórica e dialética possibilita a construção de uma práxis transformadora e emancipada (IAMAMOTO, 2013).

Com o processo de redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito universal, e foi criado o SUS, estruturado nos princípios da integralidade, equidade, descentralização e participação popular.

Neste novo contexto, os assistentes sociais desempenham um papel fundamental na implementação e fortalecimento do SUS, colaborando para a concretização de seus princípios. Contudo, apesar dos progressos institucionais, a consolidação do sistema enfrentou barreiras estruturais, econômicas e ideológicas.

Como observam Almeida e Guimarães (2023), esse processo ocorreu em meio à ascensão do neoliberalismo, que resultou na redução do papel do Estado na garantia de direitos sociais e no fortalecimento das lógicas de mercado.

Bravo (2010) analisa a transição do modelo universalista do SUS para práticas gerenciais que comprometem sua efetividade. Destaca que, apesar da Constituição de 1988 consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a partir dos anos 1990 observa-se a crescente influência de modelos privatizantes na gestão dos serviços de saúde. Isso resultou na fragmentação das políticas públicas e na dificuldade de garantir o acesso universal e equitativo à saúde.

O autor, argumenta que “a consolidação de um sistema público de saúde universal e igualitário no Brasil enfrenta obstáculos significativos, especialmente diante das políticas neoliberais que promovem a mercantilização da saúde” (BRAVO, 2010, p. 456).

Essa mercantilização se expressa na terceirização dos serviços e na adoção de modelos de gestão voltados à eficiência econômica, em detrimento da qualidade e da integralidade do cuidado.

Iamamoto (2016) destaca que, nas últimas décadas, consolidou-se uma nova etapa do capitalismo monopolista, chamada “era das finanças” que redefine os padrões de acumulação, subordinando a produção à lógica especulativa.

Descreve que “o capital financeiro passou a comandar as decisões empresariais e políticas estatais, subordinando as estratégias de produção e circulação à rentabilidade acionária e à especulação” (IAMAMOTO, 2016, p. 7).

Trata-se de uma lógica destrutiva para os direitos sociais e trabalhistas, com impactos profundos sobre o cotidiano dos profissionais do Serviço Social e sobre os sujeitos com os quais atuam.

O exercício profissional do Serviço Social, sobretudo na saúde, torna-se ainda mais relevante diante desse cenário, pois lida com populações em extrema vulnerabilidade. Os profissionais atuam como mediadores entre os usuários e os serviços, na defesa dos direitos e na promoção de um cuidado humanizado e integral.

A questão social, expressão concreta das contradições entre capital e trabalho, manifesta-se hoje por meio da precarização das relações de trabalho, do desemprego estrutural e da retirada de direitos conquistados.

Com a financeirização da economia, essas expressões se intensificam, como evidencia Iamamoto: “A ‘era das finanças’ impõe aos trabalhadores a intensificação do desemprego estrutural, o rebaixamento do valor da força de trabalho e o retrocesso dos direitos sociais” (IAMAMOTO, 2016, p. 8).

Ao situar o Serviço Social nesse contexto histórico e estrutural, a autora reafirma seu caráter de trabalho especializado, inserido na divisão sociotécnica do trabalho, e não como prática assistencialista.

Assim, a profissão, ao intervir sobre a questão social, deve se posicionar frente aos projetos societários em disputa.

Os assistentes sociais precisam enfrentar essa realidade com uma competência crítica, interpretando os fundamentos estruturais da questão social e reafirmando seu compromisso com os interesses da classe trabalhadora. (IAMAMOTO, 2016, p. 10).

Bravo (2010, p. 460), destaca que o Serviço Social deve atuar como agente de transformação, contribuindo para a construção de políticas públicas que efetivem direitos sociais e promovam justiça social.

Iamamoto também chama atenção para:

[...] o lugar contraditório ocupado pelo Serviço Social nas relações sociais capitalistas, ao afirmar que se trata de uma profissão assalariada, inserida na divisão sociotécnica do trabalho e vinculada a instituições estatais e privadas da rede de proteção social. (IAMAMOTO, 2016, p. 11).

Tal perspectiva reforça o compromisso ético-político com a cidadania e a defesa dos direitos humanos, assim, o assistente social tem papel essencial na consolidação da política pública de saúde, contribuindo para a efetivação do SUS e a garantia do direito à saúde como dimensão da cidadania.

Sarreta (2008, p. 42), afirma que “suas atribuições são diversas e abrangem desde a socialização de informações até a instrumentalização dos usuários sobre seus direitos e o funcionamento das instituições de saúde”.

A intervenção profissional nos serviços de saúde é fundamental para assegurar o acesso da população ao SUS, por meio de ações como acolhimento, escuta qualificada, divulgação de programas e identificação das demandas sociais, transformando-as em subsídios para a formulação e execução de políticas públicas.

Além disso, o exercício profissional do assistente social está comprometido com a defesa dos princípios democráticos e do controle social, fortalecendo os Conselhos de Saúde e incentivando a participação popular.

O fortalecimento do SUS e a garantia da saúde como direito coletivo exigem articulação entre diversos setores da sociedade. Para Sarreta (2008), “a efetivação desse sistema exige novas formas de pensar e praticar a democracia, com foco na prevenção”.

Diante desse cenário, o assistente social assume um papel estratégico ao promover a educação em saúde e estimular a participação ativa da população na construção e fiscalização das políticas públicas. A prática profissional na saúde, portanto, é diretamente influenciada pelas determinações históricas e sociais que moldam o cotidiano dos serviços e das políticas públicas.

2.2 O trabalho multidisciplinar do Assistente Social na saúde pública

O exercício profissional do assistente social na saúde pública é respaldado por uma base legal sólida, que define suas competências e atribuições nas diversas políticas públicas. A Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão, estabelece parâmetros para sua inserção nas instituições de saúde, garantindo sua participação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, em consonância com os princípios do SUS e com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

O artigo 4º da referida lei explicita as competências privativas do assistente social, destacando sua capacidade de "elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades da sociedade civil" (BRASIL, 1993, art. 4º, III).

Essa disposição amplia o campo exercício profissional, permitindo sua presença em diferentes espaços da saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

Além disso, o inciso VI do mesmo artigo reforça a importância do atendimento direto à população, ao atribuir ao assistente social a função de "encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população" (art. 4º, VI). Essa atuação visa garantir o acesso a direitos sociais e combater as desigualdades sociais que afetam diretamente o processo de adoecimento.

O artigo 5º aprofunda as atribuições do profissional no contexto institucional. Conforme o inciso II, cabe ao assistente social "participar da elaboração e da execução dos planos, programas e projetos de desenvolvimento social nas áreas de saúde, previdência social, educação, trabalho, habitação, entre outras" (art. 5º, II), evidenciando sua contribuição no planejamento e operacionalização de políticas públicas intersetoriais.

Já o inciso VIII ressalta sua participação em equipes interdisciplinares em projetos de ensino, pesquisa e extensão, destacando o caráter coletivo e articulado da prática profissional, central na lógica do cuidado ampliado em saúde.

Portanto, a Lei nº 8.662/1993 não apenas reconhece, mas legitima o papel estratégico do assistente social na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde.

Essa normatização está em sintonia com a diretriz constitucional de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, inserindo o Serviço Social no compromisso ético com a universalidade, integralidade e equidade do SUS.

O exercício profissional é ainda reforçado pela Resolução CFESS nº 383/1999, que regulamenta a inserção do assistente social em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais nas políticas públicas e nas instituições privadas. Essa resolução reafirma o compromisso da profissão com o Projeto Ético-Político, destacando que o trabalho coletivo entre diferentes saberes é essencial para garantir direitos e enfrentar as expressões da questão social.

Diante das transformações neoliberais e da intensificação das desigualdades sociais nas décadas de 1990 e 2000, o exercício profissional interdisciplinar tornou-se uma exigência prática e ética.

A resolução assegura que o exercício profissional ocorra com autonomia técnico-política, sem subordinação hierárquica, como estabelece o artigo 1º: “Atuar em equipes multiprofissionais de forma autônoma, sem subordinação hierárquica técnica, respeitando os princípios do Código de Ética Profissional” (CFESS, 1999, art. 1º).

Esse princípio protege o exercício profissional contra práticas tecnicistas ou autoritárias que desconsideram o caráter crítico e comprometido do Serviço Social com os direitos humanos.

O artigo 2º complementa: “A atuação do assistente social em equipes multiprofissionais deve ocorrer com base na autonomia técnico-operativa, respeitando os limites éticos e legais da profissão” (CFESS, 1999, art. 2º).

Essas orientações são especialmente relevantes em contextos institucionais como saúde, educação, assistência social, sistema prisional e conselhos de direitos, onde o exercício profissional conjunto com psicólogos, médicos, enfermeiros, pedagogos, advogados, entre outros, é indispensável.

O Serviço Social, nesses espaços, contribui com uma análise crítica da realidade social, voltada para a promoção dos direitos e o enfrentamento das expressões da questão social.

A Resolução CFESS nº 383/1999 também reforça a articulação com a Lei nº 8.662/1993, ao garantir que o exercício profissional em equipes interdisciplinares não descaracterize a identidade profissional nem comprometa a autonomia do assistente social. O artigo 4º é claro ao afirmar: “A autonomia profissional será

resguardada sempre que houver divergências de ordem ético-política, devendo o assistente social manifestar-se nos espaços institucionais” (CFESS, 1999, art. 4º).

Esse dispositivo assegura ao profissional o direito de se posicionar criticamente diante de práticas que violem direitos ou princípios éticos. Como enfatiza Iamamoto (2008), “a autonomia profissional está intrinsecamente ligada ao compromisso com os interesses da classe trabalhadora e à defesa de uma intervenção crítica frente às múltiplas determinações da questão social”.

A Resolução nº 383/1999 não apenas regulamenta o exercício profissional do assistente social em equipes interdisciplinares, mas também fortalece sua identidade profissional, promovendo uma prática crítica e articulada com os direitos sociais e com o fortalecimento das políticas públicas.

Trata-se de um instrumento essencial para orientar o exercício profissional nas complexas dinâmicas institucionais contemporâneas, promovendo o diálogo entre saberes sem renunciar à autonomia e do projeto ético-político da profissão.

Adicionalmente, a Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) inclui o Serviço Social entre as profissões de nível superior da saúde. Apesar desse reconhecimento, o exercício profissional do assistente social não se limita ao campo da saúde, estendendo-se a outras políticas sociais, conforme as especificidades de sua inserção institucional.

Na saúde, o trabalho do assistente social se dá sob uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, voltada à atenção integral e à ampliação do conhecimento sobre as realidades locais e regionais.

Conforme o CFESS (2010, p. 14), mesmo não sendo uma profissão exclusiva da saúde, “o assistente social possui competência para atuar nas diversas dimensões da questão social, inclusive no campo da saúde”.

A prática profissional nessa área fundamenta-se em princípios ético-políticos como a defesa intransigente dos direitos humanos, a promoção da equidade e da justiça social e o compromisso com a qualidade e integralidade dos serviços públicos.

A intervenção do assistente social busca garantir o acesso universal, igualitário e humanizado à saúde, conforme os preceitos constitucionais e os princípios do SUS.

Costa-Rosa (2009) propõe uma abordagem centrada na construção de vínculos e na valorização da autonomia dos sujeitos, rompendo com práticas

medicalizantes e burocráticas. Essa perspectiva está alinhada à concepção ampliada de saúde, que considera os determinantes sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença.

O CFESS (2010, p. 28), orienta que “a compreensão dos determinantes sociais da saúde é essencial para um exercício profissional qualificado e para o enfrentamento das desigualdades no acesso à saúde”. Diante disso, o assistente social deve articular teoria e prática, estabelecer vínculos com movimentos sociais e fortalecer sua presença nas políticas públicas, ampliando sua contribuição para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Atualmente, o Serviço Social na saúde pública segue desempenhando um papel essencial na mediação das desigualdades sociais, mesmo frente aos desafios impostos pelas políticas neoliberais e pelas limitações no financiamento público.

Apesar dessas adversidades, os assistentes sociais mantêm relativa autonomia para intervir na realidade social e construir estratégias que fortaleçam a defesa dos direitos sociais. Esse exercício profissional deve estar alinhado à luta pela efetivação do SUS e à compreensão crítica dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Entre os principais desafios enfrentados, destacam-se a necessidade de fortalecer o exercício profissional interdisciplinar, promover a intersetorialidade e ampliar a participação popular na formulação e fiscalização das políticas de saúde.

Sodré (2010) argumenta que a prática profissional deve superar ações pontuais, como plantões e encaminhamentos, e engajar-se em processos coletivos e críticos, voltados ao enfrentamento das desigualdades estruturais presentes no sistema de saúde.

A autora analisa que a transição do modelo fordista para o de acumulação flexível impactou diretamente o trabalho dos assistentes sociais. No modelo fordista, o trabalho era organizado de forma padronizada e rígida, enquanto a acumulação flexível introduziu precarização e intensificação das atividades laborais. Assim, “a lógica da acumulação flexível impõe ao trabalhador um perfil multifuncional, exigindo dele uma constante adaptação às novas exigências do mercado” (SODRÉ, 2010, p. 460).

Nesse contexto, o exercício profissional do Serviço Social na saúde requer uma abordagem que vá além das demandas imediatas. É necessário compreender

integralmente as necessidades dos usuários, considerando os determinantes sociais da saúde e promovendo a integralidade do cuidado.

Sodré reforça que “o assistente social deve atuar como sujeito político, articulando ações que visem à transformação das condições de vida dos usuários” (SODRÉ, 2010, p. 465). Ela destaca ainda a importância da interdisciplinaridade e da construção coletiva do conhecimento, integrando-se às equipes multiprofissionais com uma perspectiva crítica e comprometida com a defesa dos direitos sociais.

Dessa forma, a inserção do assistente social nas equipes de saúde deve romper com práticas assistencialistas e promover a emancipação dos sujeitos, conforme defende a autora: “a inserção do assistente social nas equipes de saúde deve se pautar pela construção de práticas que rompam com a lógica assistencialista e promovam a emancipação dos sujeitos” (SODRÉ, 2010, p. 470).

Para isso, é necessário superar práticas burocráticas e tecnicistas, reafirmando uma intervenção crítica, ética e comprometida com a transformação social, especialmente em contextos de vulnerabilidade.

Cabe ao profissional resistir à instrumentalização de sua prática por políticas neoliberais e tecnocráticas, que fragilizam o caráter público e democrático do sistema de saúde. Seu exercício profissional deve estar comprometido com a consolidação do SUS, o fortalecimento da participação popular e a defesa intransigente dos direitos sociais.

Sarreta (2008) destaca que, no campo da pesquisa e sistematização do conhecimento, o assistente social tem papel fundamental na investigação das condições de vida da população usuária, na produção de saberes fundamentados na prática profissional e na troca interdisciplinar de experiências.

O conhecimento produzido deve estar ancorado na experiência cotidiana e ser socializado de forma acessível, possibilitando intervenções mais qualificadas e eficazes.

A autora aponta ainda três principais vertentes do exercício profissional do assistente social na saúde: como provedor de suporte, emitindo documentos e pareceres para viabilizar o acesso a direitos e recursos; como agente educativo, informando os usuários sobre seus direitos e serviços disponíveis; e como analista social, ao interpretar os determinantes socioeconômicos que afetam o estado de saúde da população (SARRETA, 2008).

Essas funções tornam-se ainda mais relevantes frente ao avanço do neoliberalismo, que busca reconfigurar a assistência social e reduzir o papel do Estado na garantia de direitos.

No campo da gestão e planejamento das políticas públicas, o assistente social exerce uma atuação estratégica. Sua presença nos espaços de formulação e decisão possibilita a construção de estratégias intersetoriais, superando a fragmentação dos serviços e promovendo a efetividade do SUS.

Bravo (2010, p. 462) enfatiza a importância da participação social e do controle democrático, afirmando que “a efetivação do direito à saúde requer a ampliação dos espaços de participação e a valorização do controle social como instrumentos de democratização das políticas públicas”.

O profissional contribui na elaboração de planos de ação, participa de comitês temáticos e avalia políticas sociais com base nas reais necessidades da população. Assim, o exercício profissional do assistente social na saúde pública se revela multifacetada e essencial para a garantia de direitos, a democratização da gestão dos serviços e a ampliação do acesso à saúde de forma integral e equitativa.

Fundamentada no projeto ético-político do Serviço Social, a prática profissional deve estar comprometida com a justiça social, a dignidade humana e a defesa intransigente dos direitos sociais.

Monte & Forte (2022, p. 6615) observam que “o assistente social transita entre atender às necessidades da classe trabalhadora e responder às demandas institucionais, o que exige compreensão do caráter ambíguo da profissão”.

Monte & Forte (2022, p. 6617) reforça que “as transformações do desenvolvimento da sociedade capitalista, principalmente com as metamorfoses do processo de trabalho, afetam profundamente a constituição do mercado de trabalho profissional”.

A crítica à mercantilização dos serviços de saúde é central para compreender o lugar do Serviço Social no SUS. Mota (2010, p. 94) enfatiza que “o reconhecimento do assistente social como profissional de saúde é inseparável da luta pela efetivação do direito universal à saúde e da crítica à mercantilização dos serviços”.

O exercício profissional do assistente social no SUS envolve tanto o atendimento direto aos usuários quanto a participação em processos de gestão e controle social, contribuindo para a democratização do acesso à saúde e a melhoria dos serviços oferecidos.

Almeida & Guimarães (2023, p. 89), descrevem que o exercício profissional é essencial para enfrentar os desafios impostos pelas políticas neoliberais e assegurar a implementação de políticas públicas comprometidas com a equidade.

Os autores pesquisados são unânimes em reafirmar a importância de fortalecer a perspectiva emancipatória do Serviço Social, a qual se contrapõe à lógica da culpabilização das famílias e à naturalização do sofrimento.

Em um contexto de regressão de direitos e crescente adoecimento social, cabe ao assistente social a tarefa de reivindicar o cuidado como uma política pública essencial, promovendo práticas que valorizem a autonomia, a solidariedade e o respeito à vida em todas as suas fases, inclusive em seu desfecho.

Por fim, para que o SUS se consolide como um sistema público, universal e de qualidade, é indispensável que assistentes sociais e demais profissionais de saúde continuem mobilizados na defesa de um modelo de saúde comprometido com a inclusão, a equidade e a justiça social.

2.3 Exercício profissional nos cuidados paliativos

A origem dos cuidados paliativos remonta à Idade Média, com os chamados *hospices*, instituições dedicadas ao acolhimento de pessoas em fase terminal. Contudo, sua consolidação como abordagem interdisciplinar ocorreu apenas no século XX, com a atuação da médica e assistente social britânica Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher's Hospice em 1967, na Inglaterra.

A concepção moderna dos cuidados paliativos foi oficialmente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e atualizada em 2002, sendo definida como uma abordagem que visa:

[...] melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, mediante identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002).

No Brasil, os primeiros serviços de cuidados paliativos surgiram em 1979, em Porto Alegre, e foram se expandindo gradualmente para outras regiões. A partir dos anos 2000, a atenção paliativa passou a ganhar maior respaldo no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente com a publicação da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, do Ministério da Saúde.

Essa normativa estabeleceu diretrizes e responsabilidades para a organização dos cuidados paliativos no SUS, orientando os serviços a ofertarem um cuidado contínuo, integral e humanizado, em consonância com os princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2018).

Esse avanço normativo fortaleceu a inserção do Serviço Social nesse campo, reconhecendo a importância do exercício profissional dos assistentes sociais junto às equipes multiprofissionais, principalmente em contextos de sofrimento e terminalidade.

O exercício profissional do assistente social em cuidados paliativos oncológicos transcende a execução de tarefas técnicas e administrativas, sendo orientada pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, que propõe uma prática crítica e comprometida com os direitos humanos, a cidadania e o enfrentamento das expressões da questão social.

Bravo e Matos (2007) alertam que a fragmentação da prática profissional ocorre quando os assistentes sociais se distanciam de seus fundamentos críticos, adotando exclusivamente funções administrativas ou biomédicas, o que esvazia a potência política da profissão.

Dessa forma, o cuidado oncológico em sua dimensão paliativa exige uma atuação sensível, crítica e ética, centrada na transformação das condições de vida dos usuários e na efetivação de uma atenção à saúde humanizada e integral.

Para isso, é necessário reconhecer as determinações sociais do adoecimento, articular-se com outros profissionais da saúde e manter o engajamento contínuo na defesa de um SUS público, universal e de qualidade.

Essa perspectiva demanda do profissional um posicionamento ético e político diante das desigualdades, do sofrimento e da exclusão social vivenciados pelos usuários. O exercício profissional do assistente social nesse contexto amplia o foco do cuidado oncológico ao incorporar dimensões sociais, culturais e subjetivas à sua prática, promovendo intervenções que transcendem o alívio da dor física.

A mediação do acesso a direitos, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, a escuta qualificada e a articulação com redes de proteção fazem parte do escopo de trabalho do assistente social.

Conforme destacam Almeida e Guimarães (2023, p. 91), citando Gualda (2008), o profissional contribui com o levantamento do perfil biopsicossocial dos pacientes e promove ações educativas que “desencadeiam um processo reflexivo

nos pacientes e familiares, para que possam participar do processo de tratamento e/ou cura.”

O exercício profissional exige não apenas conhecimento técnico-operativo, mas também fundamentação teórica e engajamento político. Como afirmam Paiva et al. (2024) e Kruger (2016), o desenvolvimento de planos terapêuticos individualizados, o atendimento às necessidades sociais dos pacientes e a garantia de um cuidado ético e humanizado reforçam o compromisso da profissão com uma prática transformadora, centrada na dignidade humana e na justiça social.

Um estudo realizado pelo INCA (2024) destaca a experiência da equipe do ambulatório da unidade de cuidados paliativos com pacientes oncológicos em fase terminal, evidenciando a importância da intersetorialidade como base para a integralidade do cuidado.

O estudo analisa estratégias institucionais voltadas para superar os desafios de acesso aos serviços, sobretudo em contextos marcados pela desigualdade e violência urbana. A intersetorialidade é compreendida como princípio estruturante das ações de cuidado, articulando diferentes políticas públicas para garantir atenção integral ao paciente.

Os autores destacam que: “a intersetorialidade constitui uma estratégia de democratização do acesso à saúde, considerando a complexidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença” (INCA, 2024, p. 7).

Vaz (2014), reconhece a importância da intersetorialidade sendo uma ferramenta fundamental para superar a fragmentação das políticas sociais e promover uma gestão mais integrada e eficaz, sendo a articulação entre setores essencial para atender às necessidades complexas da população, especialmente no contexto da saúde.

A autora descreve que:

A intersetorialidade, enquanto estratégia de gestão pública democrática, para responder à setorização e à fragmentação, pressupõe decisão política, articulação entre os setores e complementariedade das ações, buscando um olhar para a totalidade das manifestações da questão social e dos cidadãos que demandam atendimento público. (VAZ, 2014, p. 76).

Nascimento e Amorim (2020) analisa também como a retirada progressiva do Estado das responsabilidades sociais transfere o ônus do cuidado para as famílias, sobretudo mulheres, que enfrentam a sobrecarga emocional, física e econômica sem

apoio institucional suficiente, em um contexto de precarização dos serviços públicos e desmonte da seguridade social.

Afirmam ainda, que “o cuidado familiar é, em grande medida, imposto como única alternativa diante da ausência ou da precariedade dos serviços públicos” (NASCIMENTO; AMORIM, 2020, p. 150).

A partir dessa abordagem crítica, as autoras demonstram que a crise do sistema de proteção social com o cotidiano das famílias acompanha o processo de adoecimento oncológico, ressaltando que “o desmonte das políticas públicas expressa a opção do Estado brasileiro por um modelo de sociedade em que os direitos são transformados em serviços residuais, condicionados e mercantilizados” (NASCIMENTO; AMORIM, 2020, p. 152).

As autoras denunciam a reconfiguração do papel do Estado a partir da lógica mercantil de gestão, marcada pela seletividade, focalização e privatização dos direitos sociais, que resulta na sobrecarga do cuidado doméstico e no abandono de populações fragilizadas. “O cuidado familiar é, em grande medida, imposto como única alternativa diante da ausência ou da precariedade dos serviços públicos” (NASCIMENTO; AMORIM, 2020, p. 150).

Esta constatação rompe com abordagens naturalizadas e individualizantes do cuidado, recolocando-o como questão de justiça social e direito coletivo, e tal contexto fragiliza ainda mais os vínculos de cuidado, tornando a experiência da doença mais dolorosa e solitária, tanto para os pacientes quanto para seus cuidadores.

Essa análise se articula diretamente com o trabalho do assistente social na saúde, pois revela os limites estruturais enfrentados pelo exercício profissional no contexto da precarização dos serviços.

A compreensão do cuidado como um direito — e não como responsabilidade exclusiva das famílias — exige intervenções que considerem as determinações sociais da saúde e fortaleçam a luta por políticas públicas universais.

A crítica central das autoras, dialoga diretamente com os fundamentos do Projeto Ético-Político do Serviço Social, ao exigir do Estado o cumprimento de sua função social e a universalização do acesso à saúde, em conformidade com os princípios do SUS.

Como apontam as autoras, “é urgente recolocar o cuidado como um bem coletivo, exigindo do Estado a retomada de sua função pública na garantia dos direitos sociais” (NASCIMENTO; AMORIM, 2020, p. 158).

O exercício profissional do assistente social, nesse cenário, deve ser orientado pela defesa intransigente dos direitos, pela mediação crítica das demandas das famílias e pelo enfrentamento das expressões da questão social no campo da saúde.

A análise das autoras se mostra especialmente relevante, pois o processo de adoecimento por doenças terminais e o acompanhamento até o fim da vida implicam sofrimento múltiplo, físico, emocional, econômico e social que exige uma abordagem ampliada e humanizada.

O assistente social, inserido nas equipes de saúde, deve reconhecer essas múltiplas determinações e atuar de forma interdisciplinar, articulando recursos institucionais, fortalecendo redes de apoio e contribuindo para que a experiência da terminalidade seja acompanhada com dignidade.

Como assinalam Nascimento e Amorim (2020, p. 152):

[...] o desmonte das políticas públicas expressa a opção do Estado brasileiro por um modelo de sociedade em que os direitos são transformados em serviços residuais, condicionados e mercantilizados”, tornando a mediação profissional ainda mais estratégica. (NASCIMENTO; AMORIM, 2020, p. 152)

Uma das ações analisadas é a implementação do “Ambulatório a Distância”, modalidade assistencial construída a partir das necessidades concretas dos usuários e da articulação com os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa estratégia visou garantir o cuidado contínuo a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, especialmente àqueles que enfrentam barreiras territoriais e sociais, como em áreas de risco.

Segundo os autores: “o cuidado intersetorial possibilita o fortalecimento dos vínculos entre os diversos níveis de atenção e amplia a capacidade de resposta do sistema às necessidades dos usuários” (INCA, 2024, p. 9).

No que se refere ao exercício profissional do assistente social, o estudo reforça sua função estratégica na articulação entre setores, facilitando o acesso a direitos e contribuindo para a construção de práticas emancipatórias no campo da saúde.

Atuando no compartilhamento do cuidado, na mediação institucional e na promoção da autonomia dos sujeitos, o profissional fortalece seu papel como articulador de redes e promotor de direitos.

Em consonância com esse papel, os autores afirmam: “o profissional de saúde, ao considerar os aspectos sociais, políticos e culturais da vida dos pacientes, amplia a potência do cuidado” (INCA, 2024, p. 11).

O ambulatório a distância insere-se no contexto das práticas de telessaúde e telemedicina, consolidando-se como uma alternativa viável e estratégica para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, sobretudo em regiões geograficamente remotas ou com escassez de profissionais especializados.

Por meio de tecnologias digitais, essa modalidade permite a realização de atendimentos clínicos, orientações multiprofissionais, acompanhamento de casos e apoio técnico às equipes de saúde locais.

De acordo com Silva et al. (2021, p. 88), “a telemedicina e a telessaúde representam ferramentas fundamentais para a consolidação do princípio da universalidade no SUS, ao superarem barreiras geográficas e promoverem a integralidade do cuidado”.

O ambulatório a distância contribui para a descentralização dos serviços e otimização dos recursos do sistema de saúde, ao reduzir deslocamentos e filas de espera para atendimento presencial.

Durante a pandemia da COVID-19, a institucionalização da telemedicina no Brasil foi acelerada pela Lei nº 13.989/2020 que autorizou seu uso em caráter emergencial, e posteriormente, com a Resolução CFM nº 2.314/2022, o atendimento a distância passou a ser regulamentado de forma mais ampla.

Segundo Oliveira & Cunha (2022, p. 112), “a experiência adquirida durante a pandemia revelou o potencial transformador das tecnologias na saúde, apontando para a necessidade de sua incorporação definitiva nas políticas públicas”.

Além do atendimento médico, o ambulatório a distância também integra o trabalho de outras categorias profissionais, como psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e assistentes sociais, que atuam na perspectiva da promoção da saúde e da atenção integral.

Para Santos (2020, p. 75), “a atuação interprofissional mediada por tecnologias digitais exige uma reorganização dos processos de trabalho e uma

redefinição do vínculo com o usuário, sem perder de vista os princípios ético-políticos do SUS”.

A utilização do ambulatório a distância está articulada com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo um instrumento que fortalece a coordenação do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Assim, ao possibilitar o acompanhamento longitudinal e a construção de projetos terapêuticos interdisciplinares, contribui para a qualificação da atenção e para a redução de desigualdades no acesso aos serviços.

O ambulatório a distância não apenas representa uma inovação tecnológica, mas também um mecanismo de democratização do cuidado em saúde, alinhado aos princípios do SUS. Sua expansão requer investimentos em infraestrutura, capacitação profissional e ampliação da conectividade, garantindo que sua implementação seja efetiva e humanizada.

Outra experiência relevante, relatada por Alcântara et al. (2014), aborda o exercício profissional interdisciplinar entre assistentes sociais e enfermeiros no atendimento a pacientes com neoplasias laringeas no INCA.

Essa experiência destaca a importância da integralidade no cuidado e revela-se estratégica no enfrentamento das múltiplas determinações sociais do processo saúde-doença. A articulação entre diferentes saberes possibilita compreender o sujeito para além da doença, contribuindo para a construção de projetos terapêuticos compartilhados e mais eficazes.

Essa abordagem fundamenta-se na filosofia da “Clínica Ampliada”, que busca a produção do cuidado centrado no paciente e a articulação entre diferentes práticas e conhecimentos profissionais.

A clínica ampliada propõe uma prática clínica que reconhece a complexidade do processo saúde-doença, considerando não apenas os sintomas físicos, mas também os contextos sociais, emocionais e culturais do paciente.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a clínica ampliada é definida como: "uma prática que busca ampliar o objeto da clínica tradicional, incorporando os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovendo a integralidade do cuidado."

Essa abordagem valoriza o protagonismo do usuário no seu processo de cuidado, promovendo a corresponsabilização entre profissionais de saúde e pacientes na construção de projetos terapêuticos singulares.

Segundo os autores, a clínica ampliada é fundamental para promover a integralidade do atendimento, pois permite que os profissionais considerem, além dos aspectos biomédicos, os determinantes sociais que influenciam o adoecimento. Nesse cenário, o Serviço Social desempenha papel estratégico ao identificar e enfrentar as questões sociais que impactam o tratamento oncológico.

A clínica ampliada, enquanto dispositivo ético-político do cuidado, “[...] contribui para ampliar as possibilidades de produção do cuidado em saúde e diminuir a fragmentação e a medicalização dos atendimentos” (ALCÂNTARA et al., 2014, p. 110).

Essa perspectiva de atendimento representa uma mudança paradigmática na forma de compreender e praticar o cuidado em saúde, pois ao invés de focar exclusivamente na doença, essa abordagem propõe uma visão holística do paciente, considerando suas singularidades e contextos de vida. Essa atenção é fundamental para promover a integralidade do cuidado e fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde e usuários.

Essa concepção está alinhada aos fundamentos do Projeto Ético-Político do Serviço Social, que compreende a saúde como um direito social e atua sobre os fatores que produzem e agravam o adoecimento, como pobreza, desemprego e exclusão social. O exercício profissional, articulada com equipes multiprofissionais e fundamentada na clínica ampliada.

Como destaca o MS (2008): "para que se realize uma clínica adequada (ampliada), é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de 'igual', o que ele apresenta de 'diferente', de singular."

Nesse sentido, essa abordagem de tratamento oncológico, busca integrar diferentes saberes e práticas, promovendo a interdisciplinaridade e a corresponsabilização no cuidado em saúde. Por isso reconhece a importância de construir projetos terapêuticos singulares, que respeitem as necessidades e desejos dos usuários, fortalecendo sua autonomia e protagonismo.

Como afirma o MS (2008):

[...] a clínica ampliada propõe a ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde." Nesse sentido, a Clínica Ampliada é uma estratégia fundamental para promover a humanização e a integralidade do cuidado no SUS, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais equitativo, resolutivo e centrado nas necessidades dos usuários. (BRASIL, 2008, p. 14).

O trabalho do assistente social na atenção oncológica, especialmente nos cuidados paliativos, assume centralidade diante do desafio de construir práticas que se contraponham à lógica neoliberal, marcada pela fragmentação do cuidado, pela mercantilização da saúde e pela desumanização do sofrimento.

Nesse contexto, a intervenção profissional deve estar ancorada no Projeto Ético-Político do Serviço Social, que orienta uma prática crítica, propositiva e comprometida com os direitos humanos e a justiça social.

Como afirmam Silva e Pedó (2015), o exercício profissional precisa dialogar com as múltiplas expressões da questão social, compreendendo que o cuidado oncológico não se restringe ao manejo da dor física, mas exige o enfrentamento das desigualdades estruturais que comprometem o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à continuidade do cuidado.

O adoecimento por câncer, especialmente em estágios avançados, evidencia as disparidades no acesso à saúde, reforçando a necessidade de um exercício profissional sensível e politicamente situada.

Os cuidados paliativos, nesse cenário, não devem ser entendidos apenas como uma etapa do tratamento médico, mas como uma abordagem integral que reconhece a complexidade das experiências vivenciadas por pacientes e familiares diante da finitude.

Para o INCA (2017), essa abordagem visa garantir dignidade, conforto e suporte multidimensional às pessoas em sofrimento. Trata-se de uma prática que exige a articulação entre diferentes saberes, valorizando o exercício profissional interdisciplinar e o diálogo com os movimentos sociais na defesa do SUS como política pública universal.

O exercício profissional do assistente social nesse campo expressa, com radicalidade, os fundamentos do Projeto Ético-Político da profissão, ao demandar um agir profissional que combine sensibilidade, competência técnica e posicionamento ético diante das múltiplas determinações sociais do processo saúde-doença.

Conforme o INCA (2017, p. 36), o trabalho social traz consigo um “legado material e intelectual”, que se concretiza no atendimento às necessidades vitais, no fortalecimento de vínculos e na ampliação do acesso aos direitos.

Nesse sentido, o assistente social atua como mediador entre o sujeito e a rede de serviços, promovendo escuta qualificada, acolhimento humanizado e acompanhamento contínuo.

A ética profissional, conforme Barroco (2010), constitui-se como dimensão ontológica da prática, ultrapassando a moral individual e assumindo um caráter coletivo e histórico.

Essa ética se materializa no compromisso com a liberdade, com a dignidade humana e com o reconhecimento do outro como sujeito de direitos e se manifesta na valorização do sofrimento como experiência humana legítima, exigindo intervenções que se recusem à fragmentação do sujeito e ao tratamento do sofrimento apenas como questão clínica.

O exercício profissional do assistente social nos cuidados paliativos deve promover o resgate da autonomia dos sujeitos, respeitando seus projetos de vida e suas decisões frente à terminalidade.

Almeida e Alencar (2011), afirmam que existe uma dimensão pedagógica e política na ação profissional nesse contexto, que convoca o assistente social a problematizar a naturalização do sofrimento e da exclusão social. Barroco (2010, p. 160) adverte que a lógica mercantil “trata o outro como objeto descartável”, o que exige do profissional o compromisso ético de reconstruir vínculos baseados na solidariedade, no respeito mútuo e na escuta ativa.

Entretanto, o exercício profissional enfrenta limites concretos impostos por uma lógica de gestão pública seletiva e focalizada, que restringe o acesso ao cuidado paliativo a parcelas vulnerabilizadas da população.

A escassez de recursos humanos e materiais, a burocracia no acesso a benefícios e a desinformação sobre direitos dificultam a efetividade das políticas públicas. Além disso, lidar com o sofrimento e a morte exige preparo emocional constante, desafiando o profissional a manter um equilíbrio entre empatia e saúde mental.

Nesse contexto, Almeida & Guimarães (2023, p. 94) destacam que:

Os desafios enfrentados pelo assistente social no exercício da profissão são a falta de mais profissionais na área oncológica e a dificuldade em conseguir desenvolver com clareza as competências e as atribuições que potencializam o trabalho nessa área de atuação, mantendo o compromisso ético e o respeito aos preceitos da lei de regulamentação da profissão. (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2023, p. 94).

Apesar das adversidades, a presença do assistente social no setor de oncologia é fundamental para garantir um atendimento integral. Sua intervenção contribui para a humanização do cuidado, fortalece o vínculo entre paciente, família e equipe multiprofissional e assegura a defesa dos direitos sociais.

Com base na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e na Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão, a prática do assistente social exige domínio técnico, conhecimento das políticas públicas e articulação com a rede socioassistencial, visando à efetivação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

O INCA (2017, p. 41) reforça que os “objetivos profissionais da categoria passam pela compreensão dos aspectos sociais, culturais e econômicos que interferem no processo de saúde-doença”, exigindo do profissional uma abordagem crítica, que vá além do subjetivismo e alcance as mediações objetivas da vida social.

Como propõe Andrade (2008), o exercício profissional compreende desde o suporte legal e informacional até a construção de estratégias de cuidado integral, respeitando os valores, desejos e condições dos sujeitos em terminalidade.

Silva (2006) aprofunda essa discussão ao destacar que o exercício profissional do assistente social junto a pacientes terminais exige mais do que a garantia de direitos: exige a escuta, o vínculo e o acolhimento das singularidades do processo de morrer.

A autora ressalta que a terminalidade demanda uma prática ética, política e sensível, comprometida com o reconhecimento da vida até o último instante e o cuidado, portanto, deve ser compreendido como um direito humano que desafia os profissionais a atuarem com base em princípios de justiça, empatia e solidariedade.

A promoção da articulação intersetorial é uma importante ferramenta de garantia de direitos, pois potencializa a rede de proteção social, com a integração de diversos saberes e práticas, capazes de apresentar respostas inovadoras à complexidade das situações de vulnerabilidade e risco social dos territórios. (VAZ, 2014, p.77).

Assim, o exercício profissional do assistente social na oncologia e nos cuidados paliativos se configura como espaço privilegiado de afirmação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, na medida em que busca garantir não apenas o direito ao cuidado, mas também o direito a uma morte digna, inserida no contexto mais amplo do direito à vida com qualidade.

Ao enfrentar os determinantes sociais da saúde, o profissional promove práticas emancipatórias que se contrapõem à lógica excludente e mercantilizada da saúde, reafirmando o compromisso da profissão com a defesa intransigente dos direitos humanos.

3 CUIDADO ONCOLÓGICO NO SUS: ENTRE A HUMANIZAÇÃO E OS DIREITOS EM SAÚDE

O cuidado oncológico no SUS constitui um campo de elevada complexidade, exigindo intervenções que ultrapassem os limites do tratamento biomédico, e ao lidar com o câncer — uma doença que compromete de forma intensa as dimensões física, psíquica, social e espiritual da vida — os profissionais se veem diante do desafio de assegurar práticas que articulem técnica, sensibilidade e justiça social.

A humanização e a garantia de direitos, neste contexto, tornam-se elementos estruturantes de uma atenção oncológica que respeite a dignidade e a singularidade de cada sujeito em sofrimento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) orienta-se por princípios ético-políticos que buscam transformar o modo como se faz saúde no Brasil, promovendo práticas que valorizem o vínculo, o protagonismo e o acolhimento.

Conforme o Ministério da Saúde (2004, p. 11), “humanizar é valorizar o usuário, o trabalhador e a gestão do SUS, estimulando o protagonismo e o vínculo nas práticas de saúde”. Tal concepção rompe com lógicas fragmentadas e impessoais, fortalecendo a escuta qualificada, o cuidado centrado na pessoa e a corresponsabilidade entre equipes e usuários.

No âmbito oncológico, essa abordagem torna-se ainda mais crucial diante dos impactos existenciais e sociais que o diagnóstico e o tratamento do câncer impõem. A humanização do cuidado, nesse caso, não deve ser compreendida como um complemento acessório, mas como parte constitutiva das ações de saúde.

Teixeira (2010, p. 99) argumenta que “a humanização não pode ser vista como um adorno às práticas já existentes, mas como uma estratégia política que busca resgatar a centralidade do sujeito no processo de cuidado”.

Isso exige práticas interdisciplinares comprometidas com a integralidade, o acesso universal e a equidade, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais.

É nesse cenário que se destaca o exercício profissional do Serviço Social, cuja prática se desenvolve na intersecção entre os campos técnico, ético e político, contribuindo de forma decisiva para a efetivação de direitos e a construção de estratégias de cuidado que reconhecem e enfrentam as expressões da questão social.

Como afirma Deslandes (2006, p. 80), “o cuidado em saúde deve ser entendido como um conjunto de ações interdependentes que articulam dimensões técnicas, éticas, políticas e afetivas”.

A partir dessa concepção, o trabalho do assistente social não se limita ao atendimento pontual, mas promove intervenções que buscam garantir a autonomia e a cidadania do usuário oncológico.

A garantia dos direitos sociais, nesse contexto, está respaldada em um conjunto de legislações, programas e políticas públicas voltadas à proteção da pessoa com câncer e de seus familiares.

São dispositivos como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a Lei dos 60 dias, isenções fiscais, programas de assistência farmacêutica, que compõem uma rede legal e institucional que assegura o acesso a benefícios assistenciais, previdenciários e de mobilidade.

O exercício profissional do Serviço Social é fundamental para viabilizar o acesso a essas políticas, por meio da escuta, do acolhimento e da articulação com outros setores da rede de proteção social. É necessário reiterar que a construção de um cuidado oncológico efetivamente integral só é possível quando se reconhece o paciente como sujeito histórico, detentor de direitos e inserido em uma rede de relações.

Ayres (2004, p. 76) destaca que “a integralidade do cuidado se realiza quando o encontro entre profissional e usuário é marcado pela escuta, pelo reconhecimento do outro e pela construção compartilhada de soluções para o sofrimento”.

A partir dessa perspectiva, este capítulo propõe discutir, de forma articulada, a humanização do cuidado oncológico no SUS e as políticas e práticas que o sustentam, ressaltando o papel fundamental do Serviço Social nesse processo.

A compreensão do cuidado oncológico como um processo que exige mais do que procedimentos clínicos ou tecnológicos impõe a necessidade de refletir sobre os sujeitos envolvidos, as condições sociais que os atravessam e os instrumentos de garantia de direitos.

Nesse contexto, torna-se imprescindível discutir, de modo mais aprofundado, os princípios e desafios da humanização em saúde no âmbito do SUS, sobretudo quando aplicada à realidade das pessoas acometidas pelo câncer.

Para isso, o primeiro subitem deste capítulo analisa o conceito de humanização como fundamento das práticas de cuidado oncológico, explorando

suas bases éticas, políticas e institucionais. Em seguida, o foco recai sobre os direitos sociais e as políticas públicas que sustentam essas práticas, evidenciando o exercício profissional do Serviço Social como agente de articulação entre os usuários e a rede de proteção social.

3.1 A Humanização do Cuidado Oncológico no SUS

A humanização do cuidado oncológico no SUS representa uma diretriz fundamental para a qualificação da atenção prestada às pessoas com câncer. Essa abordagem ultrapassa a dimensão técnica e propõe uma prática centrada no sujeito, reconhecendo-o em sua totalidade — como ser físico, emocional, social e histórico.

As práticas contemporâneas de saúde enfrentam um paradoxo estrutural: ao mesmo tempo em que os avanços científicos e tecnológicos ampliam as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, os serviços de saúde vivenciam uma crise de efetividade e de legitimação frente às necessidades reais da população (INCA, 2017).

Essa contradição evidencia o descompasso entre a formulação de legislações que asseguram direitos e a concretização desses princípios na rotina dos serviços. Em resposta, emergem propostas de reconstrução das práticas em saúde, fundamentadas nos conceitos de integralidade, humanização, promoção da saúde e vigilância em saúde, conforme preconiza a PNH do SUS (BRASIL, 2003).

A PNH atua como marco orientador nesse processo, promovendo transformações no modo de produzir saúde a partir da valorização do vínculo, do acolhimento e da corresponsabilidade entre profissionais e usuários.

O Ministério da Saúde (2004, p. 11), destaca: “humanizar é valorizar o usuário, o trabalhador e a gestão do SUS, estimulando o protagonismo e o vínculo nas práticas de saúde”. Essa perspectiva desafia a lógica fragmentada do atendimento tradicional, propondo relações mais horizontais e escuta qualificada como instrumento terapêutico.

No contexto oncológico, esse cuidado humanizado é ainda mais crucial diante da carga emocional e social que o diagnóstico e o tratamento impõem ao paciente e sua rede de apoio.

O câncer, por afetar profundamente a existência do sujeito e suas relações, exige práticas que considerem os aspectos psicossociais do sofrimento, articulando

equipes interdisciplinares e políticas públicas que assegurem os direitos da pessoa em tratamento. Assim, o cuidado humanizado não é um adorno da prática clínica, mas um componente ético e político essencial para garantir dignidade, equidade e justiça no enfrentamento da doença.

Instituída em 2003, a PNH reafirma a importância da integralidade do cuidado e do exercício profissional interdisciplinar para assegurar uma assistência qualificada e humanizada, especialmente aos pacientes com câncer.

Segundo Araújo (2021), a humanização exige mais do que posturas empáticas individuais: pressupõe uma reestruturação organizacional e uma prática interdisciplinar comprometida com os direitos sociais e a cidadania.

A autora enfatiza que a PNH propõe a transversalidade entre práticas, saberes e experiências profissionais, de forma a garantir um atendimento mais digno e adequado aos usuários.

Nesse contexto, o assistente social atua como mediador entre o sujeito e o sistema de saúde, contribuindo para democratizar as práticas institucionais. Seu exercício profissional é essencial na efetivação da PNH, pois suas competências – como escuta qualificada, acolhimento e domínio das políticas sociais – são fundamentais, especialmente em contextos de sofrimento físico, emocional e social, como nos atendimentos oncológicos e nos cuidados paliativos.

O exercício profissional do Serviço Social adquire especial relevância nesses campos, pois o sofrimento enfrentado por pacientes e familiares demanda práticas integradas, escuta sensível, respeito à autonomia e fortalecimento das redes de apoio.

Como destaca Araújo (2021, p. 19):

[...]o estudo da temática supracitada possibilitou compreender a importância da prática profissional do assistente social na saúde e principalmente como seu conhecimento e contribuição podem favorecer para a efetivação da PNH. (ARAÚJO, 2021, p. 19).

A PNH, ao valorizar os sujeitos e as relações interpessoais nos serviços de saúde, oferece respaldo ético e político para intervenções críticas e transformadoras. Nesse sentido, a prática do assistente social contribui com a promoção de espaços de escuta, diálogo e negociação institucional, envolvendo usuários, trabalhadores da saúde e gestores.

Na oncologia e nos cuidados paliativos, a perspectiva humanizada se mostra ainda mais urgente, uma vez que a terminalidade da vida e os impactos biopsicossociais do câncer colocam o assistente social em posição estratégica para garantir cuidados integrais, acesso a informações, benefícios e serviços. Sua atuação crítica fortalece a humanização como direito e como política pública.

Contudo, o avanço de políticas de viés privatizante e o crescimento do individualismo têm enfraquecido os princípios do SUS, especialmente a integralidade, que exige uma abordagem sistêmica e rompe com práticas fragmentadas (INCA, 2017).

Nesse cenário, o assistente social tem papel fundamental ao mediar relações entre usuários e serviços, defender o direito à saúde e desenvolver estratégias para minimizar desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento.

Para o planejamento eficaz de políticas de prevenção e controle de doenças, torna-se indispensável o uso de instrumentos de vigilância e monitoramento epidemiológico.

No campo oncológico, destacam-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e os Registros Hospitalares de Câncer (RHC), que subsidiam decisões estratégicas (BRASIL, 1990).

No entanto, a existência desses dados, por si só, não assegura políticas efetivas. É preciso compromisso contínuo com os princípios da universalização, equidade e integralidade, historicamente reivindicados pela sociedade (INCA, 2017).

O assistente social, nesse contexto, precisa dominar as políticas sociais e compreender a dinâmica institucional para propor encaminhamentos, identificar tendências e reorganizar os serviços, favorecendo uma prática interdisciplinar e intersetorial (SARRETA, 2009).

O exercício profissional exige ainda sensibilidade aos determinantes sociais da saúde, reconhecendo que o adoecimento não é apenas uma condição biológica, mas atravessada por desigualdades estruturais que influenciam o acesso e a adesão ao tratamento.

No ambiente hospitalar, surgem desafios específicos, como a conciliação entre as demandas institucionais por rotatividade de leitos e os direitos dos usuários, que enfrentam longas esperas e dificuldades de reorganização de suas vidas diante do adoecimento (CUNHA, 2010).

Soma-se a isso a persistência de um modelo assistencial hospitalocêntrico, em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde (AZEVEDO et al., 2010). Diante disso, a dimensão do cuidado torna-se central, sobretudo em práticas que transcendam abordagens técnico-procedimentais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) defende a construção de atendimentos mais humanos, com a integralidade como eixo estruturante do modelo assistencial (BRASIL, 2014). Instituída pelo Ministério da Saúde em 2006 e atualizada em 2014, constitui uma estratégia fundamental no campo das políticas públicas brasileiras de saúde.

Seu objetivo principal é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais. A PNPS propõe uma abordagem ampliada da saúde, indo além da assistência curativa e reforçando a prevenção e o cuidado integral.

Segundo o MS (2014), “a promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e modos de produzir saúde no âmbito individual e coletivo, visando o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na transformação das condições de vida.”

Na interface entre a promoção da saúde e o Serviço Social, destaca-se o papel dos assistentes sociais como agentes mediadores entre usuários e as políticas públicas, contribuindo para a redução de desigualdades e o fortalecimento da cidadania.

No campo da oncologia, o exercício profissional se torna ainda mais relevante diante das vulnerabilidades sociais agravadas pelo diagnóstico de câncer, que impacta profundamente a vida das pessoas em múltiplas dimensões – física, emocional, econômica e social.

Como afirma Bodstein (2008):

[...]a promoção da saúde pressupõe intervenções intersetoriais e participativas, exigindo ações integradas entre os diversos setores sociais”, o que inclui o trabalho interdisciplinar entre profissionais da saúde, entre eles os assistentes sociais. (BODSTEIN, 2008, p. 425).

Esses profissionais atuam na prevenção, no acompanhamento e na orientação dos pacientes da oncologia, buscando garantir o acesso a direitos como

o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o auxílio-doença, o transporte para tratamento, e o acolhimento em redes de apoio psicossocial.

Além disso, a PNPS contribui para a construção de práticas mais humanizadas, centradas no sujeito e não apenas na doença. Nesse sentido, Campos & Barros (2009) destacam que “a promoção da saúde exige um novo olhar sobre o cuidado, focado na integralidade, na escuta qualificada e no fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde.”

Entretanto, a promoção da saúde pode ser apropriada de maneiras distintas: abordagens conservadoras tendem a responsabilizar o indivíduo por sua condição de saúde, enquanto abordagens progressistas defendem políticas intersectoriais que redistribuam responsabilidades e garantam suporte adequado aos cidadãos (CZERESNIA, 2009, p. 43).

Assim, a aproximação entre a PNPS e o Serviço Social revela-se fundamental para a efetivação do direito à saúde no contexto da oncologia, especialmente ao considerar que a prevenção do câncer, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado estão profundamente ligados às condições de vida da população.

Também existe a Lei nº 14.758, de 2023, representa um marco significativo na política de saúde pública ao instituir medidas estratégicas para o controle do câncer, especialmente no que diz respeito à melhoria da qualidade e acessibilidade do tratamento oncológico no SUS.

Um dos principais dispositivos dessa lei é a criação do Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, estabelecido pelo Art. 13, com o intuito de garantir um acompanhamento contínuo e personalizado para os pacientes diagnosticados com câncer, desde o início do processo de diagnóstico até o tratamento completo.

O Art. 13 destaca a importância da navegação do usuário, um processo que envolve a busca ativa e o acompanhamento individualizado dos pacientes em todas as etapas do diagnóstico e do tratamento do câncer. Essa navegação visa não apenas facilitar o acesso às diversas fases do cuidado, mas também assegurar que os pacientes não enfrentem obstáculos desnecessários que possam atrasar ou prejudicar o andamento do tratamento.

O acompanhamento contínuo proporcionado pelo programa é fundamental para otimizar a experiência do paciente, garantindo que ele receba a atenção necessária em cada etapa do processo de cura.

O § 1º do artigo define claramente a navegação como um acompanhamento individualizado que deve ser realizado de forma coordenada entre os profissionais de saúde, a fim de orientar o paciente e facilitar seu acesso aos serviços de saúde. Essa abordagem busca minimizar os impactos negativos da doença e aumentar a probabilidade de sucesso no tratamento, com um foco claro na humanização do atendimento e na continuidade do cuidado.

De acordo com o § 2º, o programa tem como objetivo principal identificar e superar as barreiras que dificultam ou retardam o processo de diagnóstico e tratamento do câncer, com ênfase na redução da morbimortalidade e no aumento dos índices de diagnóstico precoce.

Essas barreiras, conforme descrito no § 3º, podem ser de diversas naturezas, incluindo sociais, econômicas, educacionais, culturais, estruturais e de acesso aos serviços de saúde. Ao superá-las, o programa busca garantir que mais pacientes sejam diagnosticados precocemente, o que, conseqüentemente, aumenta as chances de cura e melhora a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença.

A navegação do paciente com câncer, conforme o § 4º, deve ser efetivada por meio de uma articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a especializada, incluindo também sistemas de apoio e regulação.

Essa integração é fundamental para garantir que o paciente tenha acesso contínuo e sem interrupções a todos os recursos e cuidados necessários para o tratamento eficaz do câncer. A coordenação entre os diferentes componentes do SUS é vital para que o paciente não enfrente lacunas no atendimento, o que pode comprometer o sucesso do tratamento.

Além disso, o § 5º da lei prevê que o poder público irá estabelecer programas de treinamento para os profissionais que atuarão no programa de navegação. Esse treinamento é essencial, pois deve considerar as especificidades regionais, sociais e culturais de cada localidade, garantindo que os profissionais de saúde tenham as competências necessárias para oferecer um atendimento adequado e sensível às necessidades dos pacientes.

A Lei nº 14.758/2023 também trata de outros aspectos essenciais da Política Nacional de Controle do Câncer, como as responsabilidades dos entes federativos nas linhas de cuidado, conforme determinado pelo Art. 15. Esse artigo estabelece

que as comissões intergestoras do SUS pactuarão as responsabilidades dos diferentes níveis de governo nas ações de prevenção e controle do câncer, com base nas características demográficas, epidemiológicas e econômicas de cada região de saúde.

Essa abordagem descentralizada visa garantir que as políticas de controle do câncer sejam adaptadas à realidade de cada local, respeitando suas particularidades e necessidades específicas.

E o Art. 14 destaca que os parâmetros, metas e indicadores de avaliação e monitoramento das políticas de prevenção e controle do câncer deverão ser definidos nos instrumentos de gestão do SUS, assegurando que a política seja avaliada de maneira eficaz e que ajustes possam ser feitos de acordo com os resultados obtidos.

Em síntese, a Lei nº 14.758/2023 representa um avanço significativo no tratamento do câncer no Brasil, ao garantir não apenas a criação do Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, mas também ao reforçar a articulação entre os diversos níveis de atenção do SUS e o treinamento de profissionais de saúde para um atendimento de qualidade.

A lei visa a melhoria do acesso ao diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a superação de barreiras que ainda dificultam a efetividade das políticas de saúde no Brasil. Com a implementação dessas diretrizes, espera-se um avanço no controle do câncer, com impacto positivo na qualidade de vida e na sobrevivência dos pacientes oncológicos em todo o território nacional.

Em detrimento do treinamento dos profissionais de saúde para atendimento de qualidade a pacientes da oncologia, destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que surge como ferramenta essencial para repensar os modelos tradicionais de assistência, incentivando a crítica sobre os processos de trabalho e a relação entre saúde, território e cultura. Superar a fragmentação do cuidado exige mais do que normas: exige práticas concretas que assegurem o direito à saúde como expressão de justiça social.

A PNEPS é uma estratégia do SUS voltada à qualificação contínua dos trabalhadores da saúde no próprio processo de trabalho. Instituída por meio da Portaria nº 198/2004 (atualizada pela Portaria nº 1.996/2007), a PNEPS propõe a aprendizagem vinculada ao cotidiano das equipes de saúde, baseada na reflexão crítica da prática e nas necessidades reais dos serviços e das populações atendidas.

De acordo com o MS (2007), a PNEPS “é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.”

Ou seja, seu objetivo não é apenas oferecer cursos ou treinamentos formais, mas promover espaços de construção coletiva do conhecimento, com protagonismo dos trabalhadores, valorizando saberes e experiências locais.

A PNEPS serve, para fortalecer os serviços de saúde e melhorar o cuidado oferecido à população por meio do desenvolvimento contínuo das competências dos profissionais. Ela promove o pensamento crítico, o trabalho em equipe e a articulação entre teoria e prática, contribuindo para mudanças efetivas na gestão e na atenção à saúde.

Para o Serviço Social, a PNEPS é fundamental, pois permite a atualização frente às mudanças nas políticas públicas, às legislações sociais e às novas demandas dos usuários do SUS. Além disso, potencializa o exercício profissional interdisciplinar, o diálogo com outras categorias profissionais e a defesa dos princípios do SUS, como a equidade, a integralidade e a participação social.

Nesse sentido, o MS (2007) destaca que “a PNEPS em Saúde tem o desafio de transformar práticas, formar sujeitos implicados com a mudança e com a produção de saúde no território.” Assim, a PNEPS é uma ferramenta potente para fortalecer o papel crítico-reflexivo do assistente social, alinhando a formação contínua à luta por uma saúde pública de qualidade, universal e humanizada.

Assim do exercício profissional ganha, assim, contornos estratégicos na garantia do acesso aos direitos sociais de pacientes oncológicos. Diante de um cenário marcado por desigualdades estruturais, sua intervenção crítica busca superar barreiras institucionais e socioeconômicas, assegurando o direito ao tratamento.

Entre suas atribuições destacam-se: identificar obstáculos que restringem o acesso à saúde, orientar sobre benefícios e programas assistenciais e articular redes de apoio. Sua prática ultrapassa a dimensão técnico-burocrática, assumindo um caráter político-educativo na defesa dos direitos dos pacientes e na construção de estratégias que promovam sua autonomia (INCA, 2017, p. 140).

No âmbito da seguridade social, o assistente social também atua na orientação sobre benefícios previdenciários e assistenciais. Iamamoto (2009) ressalta que a “burocratização dos processos e a desinformação são obstáculos

recorrentes no acesso aos direitos”, tornando a mediação profissional imprescindível.

Dessa forma, a intervenção do Serviço Social na oncologia configura-se como instrumento essencial para promover a equidade, a justiça social e a humanização do cuidado. Além de garantir direitos e benefícios, contribui para transformar as condições de vida dos pacientes e familiares, reduzindo desigualdades e fortalecendo a cidadania. Assim, reafirma-se a relevância do assistente social na luta por um sistema de saúde inclusivo, democrático e comprometido com os direitos humanos.

3.2 Direitos, Políticas e Práticas de Cuidado

A consolidação do cuidado oncológico no SUS exige mais do que intervenções biomédicas: ela requer o reconhecimento do paciente como sujeito de direitos sociais.

O câncer, enquanto agravo de alta complexidade, demanda uma resposta intersetorial que articule políticas públicas de saúde, assistência social, previdência e direitos humanos. Nesse cenário, práticas de cuidado não se limitam à esfera clínica, mas devem incorporar ações que assegurem o acesso a benefícios, programas de proteção social e ao pleno exercício da cidadania.

O exercício profissional do Serviço Social se insere nesse contexto como um eixo estratégico para a efetivação desses direitos. Ao identificar vulnerabilidades sociais e barreiras no acesso às políticas públicas, o assistente social contribui diretamente para a inclusão dos usuários em programas de suporte social e financeiro conforme previsto nas legislações vigentes.

O profissional atua na mediação entre a realidade concreta das famílias e o aparato institucional, garantindo que o cuidado se traduza em proteção e dignidade. Essa prática crítica e comprometida com a equidade exige, também, o fortalecimento das redes de cuidado, compreendidas como articulações entre unidades de saúde, serviços de assistência social e organizações da sociedade civil.

É por meio dessa rede que se operacionaliza o cuidado integral, garantindo o acesso a direitos previstos constitucionalmente e a políticas específicas voltadas às pessoas com doenças crônicas ou incapacitantes. Assim, práticas de cuidado e

políticas públicas caminham juntas na consolidação de uma atenção oncológica ética, humanizada e orientada pela justiça social.

É nesse contexto que o Serviço Social desempenha papel essencial no tratamento oncológico e nos cuidados paliativos dentro da saúde pública, promovendo o acesso aos direitos dos pacientes e contribuindo para a garantia de um cuidado integral e humanizado.

O exercício profissional, é orientado pelo compromisso com a justiça social, buscando minimizar as desigualdades que impactam o acesso à saúde e a qualidade de vida dos pacientes com câncer.

O câncer, uma das doenças com maior taxa de crescimento mundial, afeta significativamente a população global, com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) prevendo mais de 625 mil novos casos no Brasil para 2022.

O diagnóstico e tratamento do câncer impõem diversas restrições aos pacientes, abrangendo aspectos físicos, psicológicos e financeiros, o que torna essencial a inserção dos pacientes em programas que assegurem seus direitos e garantam o acesso ao tratamento e cuidados necessários.

A Constituição Federal, em seu artigo 196, estabelece o direito à saúde como um direito de todos, e o governo brasileiro tem buscado atender a essa necessidade por meio de diversas regulamentações voltadas à proteção dos pacientes oncológicos.

Entre as legislações mais relevantes, destacam-se a Lei dos 30 dias, e a Lei dos 60 dias, que determina o início do tratamento oncológico em até 60 dias após o diagnóstico formal.

A Lei nº 12.732, sancionada em 22 de novembro de 2012, estabelece prazos para o início do tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada. O artigo 1º assegura que o paciente diagnosticado com neoplasia maligna tem direito a receber gratuitamente todos os tratamentos necessários no SUS.

O parágrafo único do mesmo artigo determina que o primeiro tratamento deve ser iniciado no prazo máximo de 60 dias a partir da confirmação do diagnóstico por laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica registrada no prontuário do paciente.

Além disso, a lei estabelece que, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários para confirmação

do diagnóstico devem ser realizados no prazo máximo de 30 dias. Essa medida visa garantir a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento, fatores essenciais para o sucesso terapêutico e a qualidade de vida do paciente.

A implementação dessa legislação representa um avanço significativo na garantia do direito à saúde, conforme estabelecido no artigo 196 da CF, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado. Ao estabelecer prazos claros para o diagnóstico e início do tratamento, a Lei busca minimizar as desigualdades no acesso à saúde e assegurar que todos os pacientes com câncer recebam o atendimento necessário em tempo hábil.

É importante ressaltar que, em caso de descumprimento dos prazos estabelecidos pela lei, o paciente tem o direito de buscar orientação jurídica para assegurar o cumprimento de seus direitos, podendo recorrer ao Ministério Público ou à Defensoria Pública para garantir o acesso ao tratamento adequado.

Ambas as leis visam assegurar que o tratamento seja iniciado de forma célere, aumentando as chances de sucesso e cura dos pacientes, já que o diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento são fundamentais no enfrentamento da doença.

Importante ressaltar que a legislação prevê benefícios para pacientes diagnosticados com neoplasias malignas, sendo necessário que o paciente tenha a documentação adequada para comprovar a limitação causada pela doença, o que pode envolver a realização de perícias médicas.

Essa abordagem legislativa tem como objetivo garantir que o paciente oncológico não só tenha acesso ao tratamento médico necessário, mas também a uma rede de apoio que minimize as barreiras sociais e financeiras, proporcionando uma melhor qualidade de vida durante o enfrentamento da doença.

Dessa forma, a integração das políticas públicas de saúde, que asseguram esses direitos, é essencial para que os pacientes oncológicos possam usufruir dos benefícios de maneira efetiva e digna.

Nesse contexto, destaca-se a iniciativa do INCA, que desenvolveu uma cartilha informativa voltada à população oncológica, reunindo orientações sobre benefícios legais e sociais. O material contempla, entre outros pontos, o direito ao afastamento do trabalho, isenções fiscais, transporte gratuito e apoio previdenciário, funcionando como ferramenta de democratização do acesso à informação e fortalecimento da cidadania dos usuários do SUS.

O exercício profissional dos assistentes sociais no INCA evidencia um trabalho voltado à superação de barreiras sociais, econômicas e institucionais que dificultam a adesão e continuidade do tratamento.

Ao mediar o acesso aos serviços públicos e privados, esses profissionais reafirmam o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, além de fomentar o empoderamento dos pacientes e seus familiares por meio da informação qualificada.

Além da orientação sobre benefícios sociais e previdenciários, os assistentes sociais desenvolvem ações de suporte psicossocial, articulando redes de apoio que favorecem a continuidade do cuidado e contribuem para a melhora na qualidade de vida dos usuários.

Essas práticas dialogam diretamente com as diretrizes da PNH, que valoriza o acolhimento, a escuta qualificada e o reconhecimento das singularidades de cada indivíduo atendido pelo SUS.

Nos cuidados paliativos, o exercício profissional do Serviço Social se intensifica, assumindo responsabilidades que envolvem mediação de conflitos, apoio às famílias e defesa da dignidade e autonomia dos pacientes em fase terminal.

Nessa perspectiva, os profissionais buscam assegurar a efetivação de direitos, minimizar os impactos sociais da doença e fortalecer o acesso contínuo e equânime aos serviços de saúde.

A cartilha elaborada pelo INCA reforça esse compromisso ético e político da profissão ao apresentar, de forma acessível, os direitos sociais garantidos por lei. Essa iniciativa contribui diretamente para a equidade no atendimento oncológico, promovendo a cidadania de forma concreta.

Assim, o Serviço Social reafirma seu papel estratégico na consolidação de políticas públicas voltadas à proteção social dos pacientes com câncer, ao mesmo tempo em que se compromete com a luta por justiça social, pela ampliação dos direitos e pela defesa intransigente da vida e da dignidade humana.

A seguir, apresentam-se os principais direitos sociais assegurados por legislações específicas, que visam oferecer suporte financeiro, assistencial e previdenciário aos pacientes oncológicos no Brasil. O acesso a essas garantias é um instrumento fundamental na proteção social dos usuários do SUS.

1. Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)

O trabalhador com câncer ou que tenha dependente acometido pela doença pode sacar o FGTS, conforme Lei nº 8.922/1994. Para isso, é necessário apresentar atestado médico com validade de até 30 dias, carteira de trabalho, documento de identificação, laudo histopatológico e, caso aplicável, comprovante de dependência. O pedido deve ser feito em uma agência da Caixa Econômica Federal.

2. Saque do PIS/Pasep

O saque pode ser realizado pelo próprio paciente ou pelo trabalhador que tenha dependente com câncer, desde que na fase sintomática da doença (Resolução nº 1/1996). O Programa de Integração Social (PIS) pode ser retirado na Caixa Econômica Federal e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) no Banco do Brasil. Os documentos exigidos incluem atestado médico e comprovação de cadastro no PIS/Pasep antes de outubro de 1988.

3. Auxílio-Doença

Benefício concedido ao segurado do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) temporariamente incapacitado para o trabalho por mais de 15 dias consecutivos (Lei nº 8.213/1991). Pacientes oncológicos estão isentos do cumprimento de carência. O requerimento deve ser feito pelo telefone 135 ou pelo site da Previdência Social, mediante agendamento de perícia médica.

4. Afastamento do Trabalho

O trabalhador pode se afastar mediante apresentação de atestado médico, conforme artigo 30 da Resolução CFM nº 1851/2008. O médico assistente deve especificar o tempo de afastamento necessário.

5. Licença para Tratamento de Saúde

Direito garantido aos servidores públicos quando incapacitados temporariamente para o trabalho devido ao câncer. A concessão ocorre mediante perícia médica do órgão ao qual está vinculado.

6. Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Direito assegurado a servidores públicos quando há necessidade de afastamento para cuidar de dependentes enfermos. A concessão segue critérios legais de cada esfera governamental.

7. Aposentadoria por Invalidez

A aposentadoria por invalidez é concedida quando a incapacidade para o trabalho é definitiva, mediante perícia do INSS ou do órgão pagador (Lei nº

8.213/1991). Pacientes da oncologia não precisam cumprir carência se possuírem qualidade de segurado. Pode haver acréscimo de 25% caso o beneficiário necessite de assistência permanente.

8. Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), garante um salário mínimo mensal a idosos e pessoas com deficiência que comprovem renda per capita familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. É necessário cadastro prévio no CadÚnico e solicitação no INSS.

O BPC passa a integrar o conjunto de ações do SUAS, constituindo-se em transferência de renda da proteção social básica, dada a sua natureza e nível de complexidade. Este benefício constitui-se de uma transferência de renda, de caráter não contributivo, intransferível, não vitalício e que não pode ser acumulado com outro benefício no âmbito da Seguridade Social, exceto com a assistência médica. (VAZ, 2013. p.56)

9. Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

Normatizado pela Portaria SAS nº 055/1999, permite que pacientes sejam tratados em outros municípios ou estados quando não houver recursos na localidade de origem. Inclui transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação. Deve ser solicitado na Secretaria Municipal de Saúde.

10. Vale Social

Previsto nas Leis Estaduais/Municipais, assegura gratuidade no transporte intermunicipal e, em alguns casos, municipal para pacientes com doenças crônicas. Pode ser solicitado nos postos Poupa Tempo, ou nas empresas de transporte. A gratuidade pode incluir acompanhante, conforme indicação médica.

11. Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

Pacientes oncológicos podem acionar o SAMU pelo telefone 192. O atendimento é feito conforme protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco estabelecido pela Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde. O serviço avalia a urgência do caso e encaminha o paciente ao hospital geral mais próximo, garantindo rapidez no atendimento.

12. Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria, Pensão e Reforma

Conforme a Lei nº 7.713/1988, pessoas com câncer estão isentas do Imposto de Renda sobre rendimentos de aposentadoria, pensão e reforma. Para obter o

benefício, é necessário apresentar laudo médico oficial ao órgão pagador da aposentadoria (INSS, Prefeitura, Estado, etc.).

13. Quitação de Financiamento de Imóvel pelo SFH

Pacientes oncológicos com invalidez total e permanente podem solicitar a quitação do financiamento imobiliário, desde que haja previsão dessa cláusula no contrato firmado com o Sistema Financeiro de Habitação (SFH). A incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato.

14. Isenção de Impostos na Aquisição de Veículos

Pacientes oncológicos que apresentem deficiência física, visual, mental severa ou profunda podem solicitar a isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Operações Financeiras (IOF). A isenção está prevista na Lei nº 8.989/1995 e pode ser requerida no site da Receita Federal.

15. Isenção do ICMS e IPVA

Pacientes com deficiência física que necessitam de veículos adaptados podem ter direito à isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), conforme legislação estadual. Para verificar a elegibilidade, é necessário consultar a Secretaria de Fazenda do Estado de residência.

16. Isenção do IPTU

Alguns municípios preveem a isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) para portadores de doenças crônicas, incluindo câncer. O benefício deve ser solicitado na prefeitura da cidade, conforme os critérios estabelecidos em legislação municipal.

17. Carteira do Idoso e Transporte Interestadual Gratuito

Idosos com 60 anos ou mais e renda de até dois salários-mínimos têm direito a duas vagas gratuitas em transporte interestadual (ônibus, trem ou embarcação). Caso as vagas gratuitas estejam ocupadas, é garantido um desconto de 50% no valor da passagem. A carteira pode ser solicitada nas empresas de transporte ou através do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

18. Passe Livre Interestadual para Pessoas com Deficiência e Doenças Crônicas

Conforme a Lei Federal nº 8.899/1994, pessoas com deficiência física, mental, auditiva ou visual, com renda familiar per capita de até um salário-mínimo, têm direito ao Passe Livre Interestadual. O benefício é concedido para viagens entre

estados por ônibus, trem ou barco. O pedido pode ser feito através do Ministério dos Transportes.

19. Procuração

Instrumento legal que permite ao paciente oncológico nomear um procurador para representá-lo em decisões civis, especialmente em questões financeiras e administrativas durante o tratamento. Esse representante atua na defesa dos direitos do paciente em casos de ausência ou incapacidade temporária, podendo ter poderes gerais ou específicos conforme a necessidade.

20. Interdição

Medida legal, também chamada de curatela, aplicada quando o paciente oncológico apresenta comprometimento das capacidades mentais ou físicas, tornando-se incapaz de gerir os atos da vida civil. Formalizada judicialmente, designa um curador responsável por questões legais, financeiras e pessoais, garantindo a proteção e o cuidado adequado ao paciente.

21. Prioridade em Processos

Pacientes oncológicos têm direito à prioridade na tramitação de processos judiciais e administrativos, mediante apresentação de laudo médico. Esse benefício legal busca garantir agilidade no acesso a serviços e decisões que envolvem seu tratamento, reforçando a necessidade de respostas rápidas diante da vulnerabilidade causada pelo câncer.

22. Testamento Vital

O Testamento Vital é um documento jurídico em que a paciente expressa, de forma consciente e informada, suas preferências sobre tratamentos médicos em casos de doença terminal ou crônica. Ele permite recusar procedimentos que prolonguem o sofrimento, garantindo o respeito à sua autonomia e vontade em momentos críticos da vida.

23. Sepultamento Gratuito

Em locais como o município do Rio de Janeiro, famílias de pacientes oncológicos em vulnerabilidade podem ter direito ao sepultamento gratuito, garantindo dignidade no pós-morte e aliviando a carga financeira em um momento de dor, como parte da assistência social integral.

24. Pacientes Estrangeiros

Os pacientes estrangeiros também têm direito ao atendimento gratuito pelo SUS quando diagnosticados com câncer no Brasil. Esse direito assegura que todos,

independentemente da nacionalidade, tenham acesso a cuidados oncológicos de qualidade, alinhando-se ao princípio constitucional da universalidade do SUS. O atendimento integral e gratuito busca não apenas garantir o tratamento médico necessário, mas também promover a equidade no acesso à saúde para estrangeiros que se encontram em situação de vulnerabilidade no país.

25. Reconstrução da Mama

Mulheres que necessitam de mastectomia (remoção da mama) devido ao câncer têm direito à cirurgia plástica de reconstrução mamária. A cirurgia de reconstrução é considerada um direito da paciente, visando recuperar sua autoestima e promover a integridade corporal após um procedimento mutilante. A recomendação médica é um requisito para que a paciente tenha acesso ao procedimento, que pode ser realizado pelo SUS, garantindo acesso igualitário às opções de tratamento e recuperação estética, quando indicado.

26. Dispensa do Rodízio de Automóveis

Pacientes oncológicos com mobilidade reduzida têm direito à isenção do rodízio municipal de veículos, garantindo acesso facilitado a consultas, exames e tratamentos, especialmente em grandes cidades.

27. Serviço de Atendimento ao Consumidor em Caráter Preferencial

Pacientes com neoplasia maligna têm direito a atendimento preferencial em serviços como bancos, hospitais e supermercados, incluindo canais exclusivos, visando agilidade e respeito à sua condição de saúde (INCA, 2022, p.8-30).

Esses direitos são fundamentais para garantir que os pacientes oncológicos tenham acesso aos cuidados e benefícios necessários para a manutenção de sua saúde e dignidade durante o tratamento e além. A implementação dessas leis e benefícios não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes, mas também promove a equidade e o respeito à autonomia dos indivíduos diante do diagnóstico de câncer.

Porém a efetivação dos direitos sociais dos pacientes oncológicos demanda a consolidação de um sistema de proteção social que vá além das intervenções biomédicas, incorporando de forma integrada as dimensões sociais, econômicas, culturais e de mobilidade.

Trata-se de reconhecer que o processo de adoecimento por câncer ultrapassa os limites clínicos e impõe desafios à estrutura familiar, ao trabalho, à renda e à

capacidade de acesso a serviços e benefícios fundamentais para a manutenção da vida com dignidade.

Nesse contexto, assegurar os direitos dessa população implica não apenas garantir o tratamento médico, mas também promover políticas públicas que contemplem transporte assistido, acesso a medicamentos de alto custo, suporte psicológico, apoio ao cuidador, reabilitação e inserção social.

Contudo, a existência de dispositivos legais que reconhecem tais direitos não assegura, por si só, sua efetivação. A aplicabilidade concreta dessas normativas ainda esbarra em múltiplos entraves, como a burocratização dos processos, a desinformação da população sobre seus direitos, a fragmentação das políticas públicas e as desigualdades socioespaciais que se acentuam em contextos periféricos e regiões com menor disposição dos serviços públicos.

Esses fatores comprometem diretamente a integralidade e a equidade no cuidado, exigindo a superação do modelo assistencial segmentado e a adoção de práticas intersetoriais articuladas entre saúde, assistência social, previdência, transporte, habitação e educação.

Diante desse panorama, o Serviço Social emerge como uma profissão estratégica no enfrentamento das vulnerabilidades decorrentes do adoecimento oncológico.

O assistente social age como agente mediador entre o usuário e a rede de proteção social, oferecendo escuta qualificada, acolhimento humanizado, orientação jurídica e social, articulação com instituições e mobilização de recursos, com o objetivo de garantir o pleno exercício dos direitos sociais.

Esse exercício profissional se ancora em um projeto ético-político que orienta o profissional à defesa intransigente dos direitos humanos, à promoção da justiça social e à superação das desigualdades estruturais que atingem especialmente os sujeitos em situação de vulnerabilidade.

Para além do campo técnico, é imprescindível o fortalecimento da participação popular e do engajamento coletivo, envolvendo usuários, profissionais da saúde, movimentos sociais e instituições na construção de políticas públicas mais democráticas, inclusivas e desburocratizadas.

A disseminação da informação, a formação continuada das equipes multiprofissionais e a consolidação de redes de apoio territorializadas são

estratégias fundamentais para a ampliação do acesso e para a materialização dos direitos sociais assegurados legalmente.

Portanto, avançar na construção de um sistema de cuidado oncológico mais humanizado, integral e equitativo implica compreender que a luta pela efetivação de direitos é, também, uma luta por cidadania.

O Serviço Social, ao se posicionar de forma crítica e propositiva nesse cenário, reafirma seu compromisso com a transformação social, como aponta lamamoto (2007), ao destacar que a profissão deve articular seu exercício à construção de uma sociedade mais justa.

Nessa direção, a Resolução CFESS nº 383/1999 estabelece como fundamento ético do exercício profissional a defesa dos direitos sociais e o combate às expressões da questão social, enquanto a Lei nº 8.662/1993 consolida, entre as atribuições privativas da profissão, a articulação com políticas públicas que assegurem o acesso pleno aos direitos historicamente conquistados.

4 METODOLOGIA

A metodologia adotada para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) fundamenta-se, inicialmente, nas abordagens documental e bibliográfica, as quais possibilitam a análise crítica e aprofundada do objeto de estudo.

A pesquisa documental, conforme aponta Cellard (2008), “consiste no exame de documentos formais ou informais, com o objetivo de compreender os sentidos e as práticas expressas em contextos específicos”.

Foram utilizados como fontes primárias documentos institucionais, legislações, decretos, normativas, resoluções e diretrizes oficiais que abordam o cuidado oncológico e paliativo, com destaque para as publicações do Instituto Nacional de Câncer - INCA (2020, 2022, 2024) e Ministério da Saúde (2017), cujos materiais fornecem subsídios normativos e políticos fundamentais à análise do exercício profissional do assistente social nesse campo.

Dentre os autores mobilizados, destacam-se Bravo (2007, 2009, 2010), Iamamoto (2001, 2006, 2007, 2009), Sarreta (2008, 2009), Paiva (2020), Krüger e Matos (2019), CFESS (1993, 1999, 2010), entre outros cujas contribuições teóricas possibilitam a compreensão crítica do exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde, com ênfase nos cuidados paliativos oncológicos e na efetivação dos direitos sociais no campo da saúde pública.

A pesquisa bibliográfica, conforme Gil (2008), define esse tipo de estudo como aquele desenvolvido a partir de material já publicado, especialmente livros e artigos científicos, por isso foram utilizadas com base em fontes secundárias que interpretam e discutem criticamente as fontes primárias.

Complementarmente, a internet configurou-se como ferramenta essencial para o acesso ampliado a periódicos científicos, revistas eletrônicas, livros digitais, artigos acadêmicos, cartilhas e anais de eventos acadêmicos. Foram pesquisadas fontes secundárias que interpretam criticamente os documentos e a produção empírica existente, contribuindo para a fundamentação teórica da análise.

De forma criteriosa, foram selecionadas publicações das revistas científicas como Serviço Social em Revista, Serviço Social & Realidade, Ciência & Saúde Coletiva, Id On Line – Revista Multidisciplinar e Psicologia, Brazilian Journal of Health Review, Serviço Social & Sociedade, Ciência et Práxis, Revista do CEAM,

Revista SER Social, além dos anais de eventos científicos desenvolvidos em Universidades Públicas. Essas fontes enriquecem o diálogo com a produção contemporânea e atualizada sobre o tema, permitindo maior abrangência e diversidade na análise das práticas profissionais.

No que se refere aos objetivos da pesquisa, este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, pois visa proporcionar maior familiaridade com o tema em análise, de modo a torná-lo mais claro e compreensível, sobretudo diante da complexidade que envolve o cuidado oncológico e o exercício profissional do assistente social nos cuidados paliativos.

A pesquisa exploratória permitiu o levantamento de informações preliminares, a identificação de lacunas no debate e a construção de categorias analíticas relevantes, orientando a seleção das fontes e subsidiando o processo de análise crítica.

Além disso, essa abordagem contribuiu para a sistematização de conteúdos dispersos, estabelecendo conexões entre os aspectos teóricos e os desafios concretos vivenciados pelos profissionais no contexto dos cuidados paliativos oncológicos.

Segundo Gil (2008, p. 27), "a pesquisa exploratória é desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, fenômeno ou problema".

Assim, este tipo de investigação mostra-se adequado para o aprofundamento de questões ainda pouco exploradas ou em construção no campo do Serviço Social, especialmente no contexto específico da oncologia.

Quanto à natureza dos dados, trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que busca compreender, por meio da análise de significados, sentidos e contextos, as experiências sociais que envolvem o cuidado oncológico e o exercício profissional do assistente social.

A abordagem qualitativa permite captar as complexidades do fenômeno estudado, valorizando os processos e a subjetividade dos sujeitos implicados na prática profissional.

Segundo Gil (2008, p. 170), "a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o objeto e o sujeito que o conhece".

Essa perspectiva é corroborada por Cellard (2008, p. 298), ao afirmar que a pesquisa qualitativa permite compreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos aos fenômenos sociais, valorizando a subjetividade e a complexidade dos contextos analisados.

A presente pesquisa adota como abordagem teórico-metodológica o materialismo histórico-dialético, compreendido como um método que permite analisar a realidade social em sua totalidade, historicidade e contradições, articulando as relações entre os sujeitos, as estruturas sociais e os processos históricos.

Esse referencial é fundamental para compreender o exercício profissional do assistente social nos cuidados paliativos oncológicos, situando-a no contexto das determinações sociais da saúde, das expressões da questão social e das políticas públicas.

Conforme expressa Kosik (1976), a realidade concreta deve ser apreendida como um processo dinâmico, multifacetado e contraditório, exigindo um método que vá além da aparência imediata dos fenômenos e permita a apreensão das mediações que constituem o real.

A adoção dessa abordagem possibilita compreender a prática profissional do assistente social não como uma atividade neutra, mas como uma ação socialmente situada, que articula intencionalidade ética e intervenção técnica, conforme destaca lamamoto (2007) ao analisar a profissão sob a ótica da totalidade social.

Segundo a mesma autora, lamamoto (2007), o exercício profissional do assistente social deve ser compreendido em sua historicidade e vinculada às mediações entre o trabalho profissional e a totalidade social.

Essa perspectiva fornece ferramentas para entender as determinações estruturais que permeiam o processo saúde-doença, as políticas públicas e a prática profissional, superando análises fragmentadas ou meramente técnicas.

Adota-se também uma perspectiva crítica e reflexiva da prática profissional, alinhada ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, que valoriza o compromisso com os direitos sociais, a dignidade humana e a emancipação dos sujeitos atendidos.

Tal projeto orienta o posicionamento ético do assistente social diante das desigualdades e da vulnerabilidade vivenciada por pacientes em cuidados paliativos, especialmente no campo da oncologia.

Além disso, a pesquisa insere-se no campo das investigações qualitativas, voltadas à compreensão dos significados, valores, práticas e experiências relacionados à atenção oncológica e aos cuidados paliativos, essa abordagem possibilita a interpretação dos significados construídos socialmente e dos processos históricos e institucionais que atravessam o objeto de estudo.

A abordagem qualitativa, como defendem Poupart et al. (2008), busca interpretar os fenômenos sociais em seus contextos e significações, valorizando as construções simbólicas, os discursos e as práticas sociais como elementos centrais da análise.

Portanto, a investigação ancora-se em fontes bibliográficas e documentais, permitindo uma análise crítica e contextualizada da produção científica, das normativas, das políticas públicas e das práticas profissionais relacionadas ao objeto de estudo.

Essa opção metodológica visa não apenas descrever a realidade, mas interpretá-la em sua complexidade, com base em um compromisso ético e político com os sujeitos envolvidos nos processos de cuidado.

Dessa forma, a metodologia adotada neste TCC se ancora em bases epistemológicas e metodológicas que sustentam a análise crítica e contextualizada do objeto de estudo, conferindo rigor e consistência à produção do conhecimento acadêmico e profissional no âmbito do Serviço Social e da saúde pública, com ênfase a especialidade oncológica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa evidenciou a complexidade e os múltiplos desafios que envolvem o acesso à saúde no campo oncológico, revelando que o enfrentamento a doença transcende a dimensão biomédica. Torna-se indispensável uma abordagem integral, que considere os determinantes sociais da saúde e reconheça a centralidade no exercício profissional do assistente social na efetivação dos direitos dos pacientes, especialmente no que tange ao acolhimento, à orientação e à garantia de acesso às políticas públicas de saúde.

O câncer, além de configurar uma das principais causas de mortalidade, revela-se como um fenômeno social profundamente marcado por desigualdades estruturais. Por se tratar de uma doença crônica de alta complexidade, tende a evidenciar, e, por vezes, agravar, as desigualdades historicamente enraizadas na sociedade brasileira, afetando de maneira mais intensa as populações em situação de vulnerabilidade social.

Fatores como vulnerabilidade socioeconômica, dificuldade de acesso a informações qualificadas e entraves na efetivação das políticas públicas são determinantes que impactam diretamente as possibilidades de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da doença.

Este estudo revelou que o reconhecimento da importância do Serviço Social no campo oncológico ainda esbarra em limitações significativas. A precarização do SUS, a sobrecarga das equipes, a escassez de recursos humanos e materiais, bem como a fragmentação das redes de atenção, configuram barreiras que comprometem a efetividade do exercício profissional.

Bravo (2012, p. 76), adverte que “as contradições do capitalismo neoliberal impactam diretamente as políticas sociais, tensionando os espaços de intervenção do Serviço Social e exigindo posicionamento crítico e coletivo em defesa dos direitos sociais”.

O trabalho do assistente social emerge como elemento essencial na mediação entre os sujeitos e os serviços públicos de saúde, contribuindo para a democratização do acesso aos direitos sociais e para a redução das desigualdades sociais no enfrentamento do câncer, sendo orientado pelos princípios do projeto ético-político da profissão, com ênfase na justiça social, na equidade e no direito universal à saúde.

A pesquisa demonstrou que esse profissional não apenas integra a equipe multiprofissional de saúde, mas contribui de forma ativa para a efetivação de direitos e a mediação entre os sujeitos e o Estado, promovendo o acesso às políticas públicas, benefícios sociais e condições mais dignas de tratamento e cuidado.

Iamamoto (2007), destaca que o Serviço Social é uma prática crítica que visa à transformação das condições sociais e à ampliação da cidadania dos sujeitos, especialmente dos mais vulnerabilizados.

O exercício profissional, nesse campo, articula ações de orientação, acolhimento, acesso a benefícios e defesa de direitos, enfrentando cotidianamente as barreiras que limitam a integralidade da atenção à saúde.

A autora também afirma que “o Serviço Social é uma especialização do trabalho coletivo que opera nas mediações entre as políticas sociais e a questão social, buscando ampliar os direitos de cidadania e a participação social dos usuários”. (IAMAMOTO, 2007, p. 45). O compromisso ético-político que norteia o Serviço Social no Brasil posiciona a profissão como agente de resistência frente às expressões da desigualdade social, em especial no campo da saúde pública.

Entretanto, a pesquisa também identificou que apesar da relevância desse profissional no suporte aos pacientes e suas famílias, ainda persistem desafios estruturais que limitam o alcance e a efetividade de sua intervenção, tais como a carência de recursos humanos e estruturais no SUS, e a fragmentação das redes de atenção.

Segundo Bravo (2012), a precarização das políticas sociais impõe limites ao exercício profissional crítico do assistente social, exigindo estratégias coletivas que reforcem o papel do Estado na garantia de direitos.

Sob essa perspectiva, para que a assistência oncológica seja fortalecida, torna-se imprescindível a implementação de estratégias que qualifiquem e ampliem o exercício profissional do assistente social nesse campo, uma das principais propostas para esse aprimoramento é a criação de protocolos padronizados de atendimento social no cuidado oncológico, integrando o Serviço Social às equipes multiprofissionais de forma sistemática e interdisciplinar.

Além disso, a formulação de políticas públicas específicas para o acompanhamento social de pacientes oncológicos, incluindo a ampliação da rede de suporte psicossocial e a ampliação de programas de assistência financeira para

aqueles em situação de vulnerabilidade, contribuiria significativamente para a superação das dificuldades que dificultam a continuidade do tratamento.

Outro elemento essencial para qualificar o exercício profissional do assistente social na atenção oncológica é o investimento sistemático em educação permanente e capacitação profissional. Essa estratégia possibilita o constante aprimoramento técnico-operativo, assegurando que os profissionais estejam alinhados às diretrizes do SUS, bem como aos princípios do cuidado integral e humanizado.

A formação continuada fortalece a competência crítica e interventiva dos assistentes sociais, permitindo-lhes responder com maior efetividade às demandas complexas que permeiam o campo da saúde e reforça o compromisso com um Serviço Social ético, técnico e qualificado sobre as políticas públicas e sociais, bem como o conhecimento aprofundado sobre as demandas e necessidades dos usuários.

Paralelamente, o fortalecimento das redes de apoio intersetoriais, por meio da articulação entre saúde, assistência social e previdência, pode favorecer o acompanhamento longitudinal dos pacientes e ampliar o impacto das ações desenvolvidas no âmbito do SUS.

O Serviço Social, ao se comprometer com a defesa da vida e da dignidade humana, reafirma sua relevância estratégica na consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo, equitativo e democrático e reafirma a postura crítica e reflexiva diante das questões sociais, buscando sempre soluções criativas e inovadoras para os enfrentamentos dessas situações complexas.

Portanto, este estudo reafirma a necessidade de uma abordagem mais estruturada e integrada no enfrentamento do câncer, na qual o Serviço Social atue de maneira ainda mais efetiva na mediação de direitos e na humanização do cuidado.

O acesso à saúde deve ser garantido como um direito inalienável, e, para isso, torna-se indispensável a implementação de políticas públicas que reconheçam a complexidade do adoecimento oncológico e assegurem suporte contínuo aos pacientes e suas famílias.

Somente por meio de um modelo de atenção mais equitativo, intersetorial e orientado pela justiça social será possível avançar na consolidação do direito universal à saúde e na construção de um sistema de atenção oncológica verdadeiramente inclusivo e acessível.

Nesse sentido, o Serviço Social reafirma sua função estratégica na defesa da vida e da dignidade humana, como destaca Paulo Netto (2011, p. 58): “o profissional de Serviço Social deve comprometer-se com as lutas sociais que visam a superação das desigualdades e a construção de uma ordem social justa e emancipada”.

Assim, este trabalho conclui que o enfrentamento do câncer requer um modelo de atenção à saúde que seja intersetorial, integral e orientado pela justiça social, no qual o Serviço Social atue de maneira crítica, propositiva e transformadora.

O acesso à saúde não pode ser compreendido como um favor, mas como um direito inalienável de todo cidadão, garantido pela CF/ 88 e reforçado pelo exercício profissional ético e comprometido dos profissionais que constroem cotidianamente o SUS.

Somente por meio da articulação entre políticas públicas efetivas, práticas profissionais comprometidas com os direitos humanos e a valorização da vida, será possível consolidar um sistema de atenção oncológica verdadeiramente inclusivo, democrático e acessível a todos e todas.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, L. S. et al. Interdisciplinaridade e integralidade: a abordagem do assistente social e do enfermeiro no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 109-118, 2014.
- ALCANTARA, L. S; VIEIRA, J. M. W. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos e contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 334-348, 2013.
- ALMEIDA, K B. C; GUIMARÃES, J. C. A atuação do assistente social no atendimento oncológico: realidades, humanização, desafios e possibilidades. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 79–100, 2023. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/46826/49168>. Acesso em: novembro de 2024
- ANDRADE, L. Serviço Social. In: (CREMESP, Org.) **Cuidados Paliativos**. Ed. São Paulo, 2008
- ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 10 ed., São Paulo: Atlas, 2010.
- ARAÚJO, K. B. de. (2021). Saúde pública: o serviço social e sua contribuição para efetivação da política nacional de humanização. **Revista do CEAM**, 7(1), 11–22
- AZEVEDO, C. S. et al. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. **Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-34, 2010.
- BRASIL. 1988. **Constituição Da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. **Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus**. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diálogos em saúde pública e serviço social: a experiência do assistente social na oncologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/dialogos_saude_publica_servico_social_experiencia_assistente_social_oncologia.pdf. Acesso em: abril de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 59 p. **Textos Básicos de Saúde**. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-36933>. Acesso em: maio de 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.
Brasília, 1990.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei n 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).**

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2012.

BRASIL. **Código de Ética do Assistente Social.** Lei no 8.662/1993. Legislação Brasileira para o Serviço Social. Brasília: CRESS-SP, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2014. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Resolução CNS n. 218/1997. **Reconhece o assistente social e outros como profissionais de saúde.** Disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Acesso em: fevereiro de 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 874, de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 maio 2013. Seção 1, p. 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Estabelece diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito da Política Nacional de Cuidados Paliativos, a serem ofertados no SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 nov. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_31_10_2018.html. Acesso em: abril de 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RPYVF6WZ6GZVb3CRzgDYwTR/>. Acesso em: maio de 2025.

BRAVO, M. I. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et. al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS; OMS, 2007. p. 15–19. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: abril de 2025.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Dilma e Lula. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013. p. 19-47

BERNARDO, C. J. P; PINHEIRO, J. N. Serviço Social no contexto da saúde pública: notas para uma discussão. **Rev. Fafic**. Cajazeiras-PB. Disponível em: <https://fescfafic.edu.br/ojs/index.php/revistafafic/article/view/3/3>. Acesso em: outubro de 2024

BEZERRA, M. D. D; FERREIRA, F. R. S; IFADIREÓ, M. M; FILHO, J. AA. A. Políticas Públicas de Saúde Frente às Demandas do Assistente Social aos Pacientes com Câncer. **Id on Line Revista Multidisciplinar e Psicologia**. V.13, N. 47, p. 638-660, outubro/2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2059/3146>. Acesso em: outubro de 2024.

BODSTEIN, R. C. A. “Promoção da saúde: trajetória histórica de uma ideia e de sua implantação no SUS.” **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 425-435, 2008.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-58.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf> . Acesso em: setembro de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução nº 383, de 29 de março de 1999. **Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde**. Brasília (DF), 1999.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº62, Cortez, 2000. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/O%20trabalho%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20e%20a%20inser%C3%A7%C3%A3o%20dos%20\(as\)%20assistentes%20sociais%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/O%20trabalho%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20e%20a%20inser%C3%A7%C3%A3o%20dos%20(as)%20assistentes%20sociais%20(1).pdf). Acesso em: dezembro de 2024.

CUNHA, C. L. N. Serviço Social na saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. **Revista da Graduação**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 1-83, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

FORTE, A. C. F. do M. e S. O processo histórico do serviço social e os desafios para os assistentes sociais da área da saúde / **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 6609–6620, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/46581>. Acesso em: dezembro de 2024.

IAMAMOTO, M. V. A. Questão Social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 9-31, 2001.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Causas e tratamento do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, [2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>. Acesso em: fev. 2025.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Direitos sociais da pessoa com câncer: orientações aos usuários**. 5. ed. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf. Acesso em: fevereiro de 2025.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Intersetorialidade e cuidados paliativos: a experiência do Instituto Nacional de Câncer. **Serviço Social & Sociedade**, n. 147, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/4r4WXw5jvKnHgGc8jyQVmPg/>. Acesso em: maio de 2025.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRUGER, Letícia. O trabalho de assistentes sociais na saúde pública brasileira: desafios no contexto de restrição de direitos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 35-43, jan./abr. 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49107/9788579670787-por.pdf>. Acesso em: fevereiro de 2025.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogos_saude_publica_servico_social_experiencia_assistente_social_oncologia.pdf. Acesso em: novembro de 2024.

MOTA, A. E. C. A atuação do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 83–102, jan./mar. 2010.

NASCIMENTO, Jéssica Maria Ferreira do; AMORIM, Ana Cláudia da Silva. Cuidado familiar de usuários oncológicos frente à contrarreforma do Estado brasileiro. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 22, n. 2, p. 147-160, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/38955>. Acesso em: maio de 2025.

PAULO NETTO, José. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Temporalis**, v. 11, n. 22, p. 15-33, 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Direito à saúde na sociedade contemporânea: um convite à reflexão. **Revista do CEAM**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/35373/32716>. Acesso em: maio de 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. OPAS, 1978. Disponível em: www.opas.org.br. Acesso em: fevereiro de 2025.

PAIVA, Camila Soares de et al. O debate atual em torno dos cuidados paliativos: o lugar da atuação do/a assistente social. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 23, p 01 – 23, 2024. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8673137>. Acesso em: abril de 2025.

PEREIRA, P. L; GARCIA, V. L. Serviço Social e Saúde – processos de trabalho e gestão social. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 21, n. 1, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/2439-Texto%20do%20artigo-8639-1-10-20180504%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2439-Texto%20do%20artigo-8639-1-10-20180504%20(2).pdf). Acesso em: dezembro de 2024.

POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

SARRETA, F. O. O trabalho do Assistente Social na saúde. **Ciência et Práxis** v. 1, n. 2, (2008). Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2080/1074>. Acesso em: outubro de 2024.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP, 2009.

SCHRAIBER, L. B. Medicina e ordem burguesa: idéias e práticas médicas no Brasil (1880-1930). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 29, p. 61–78, jan./1989.

SILVA, Adriana Bastos da; PEDÓ, Jane Cláudia Jardim. O assistente social na área da saúde e o projeto ético-político profissional. **Ciências Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 3, n. 1, p. 227–242, out. 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/2453/1377>. Acesso em: abril de 2025.

SILVA, Maria Lúcia. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serviço Social & Sociedade**, n. 87, p. 123-138, 2006.

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/>. Acesso em: maio de 2025.

TEIXEIRA, Soraya Vargas Cortes. A Política Nacional de Humanização e os desafios da gestão democrática do SUS. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2010. p. 89-106.

VAZ, Amanda Elisa. **A realidade da gestão (não) integrada do BPC na escola – Palmas – TO**. 2014. 132 f. Dissertação de Mestrado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

YAZBEK, M. C. Expressões da questão social brasileira em tempos de devastação do trabalho. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 21, n. 42, p. 16-30, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/37164/24536.%20Acesso%20em%20setembro%202024>. Acesso em setembro de 2024.

YAZBEK, M. C. Reconfiguração da Assistência e Projeto Ético-Político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 46, p. 53–67, out. 1994.

YAZBEK, Maria Carmelita. A dimensão pedagógica do trabalho do assistente social na saúde: reflexões sobre o cotidiano profissional. In: BAPTISTA, Myrian Veras; RAYMUNDO, Cecília (Org.). **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 27-42.