Universidade de Brasília - UNB

Instituto de Ciência Humanas - IH

Departamento de Serviço Social - SER

Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

OS CUIDADOS QUE ENVOLVEM A PESSOA EM FASE TERMINAL DA VIDA NO CONTEXTO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

Maria Eduarda Monteiro Pereira de Barros



BRASÍLIA - DF

2026

MARIA EDUARDA MONTEIRO PEREIRA DE BARROS

OS CUIDADOS QUE ENVOLVEM A PESSOA EM FASE TERMINAL DA VIDA NO CONTEXTO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Karen Santana de Almeida Vieira

BRASÍLIA - DF

2026

MARIA EDUARDA MONTEIRO PEREIRA DE BARROS

OS CUIDADOS QUE ENVOLVEM A PESSOA EM FASE TERMINAL DA VIDA NO CONTEXTO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

A Banca Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília, da estudante

MARIA EDUARDA MONTEIRO PEREIRA DE BARROS

Profª. Drª. Karen Santana de Almeida Vieira
Professora Orientadora - SER/UnB

Drª. Marlene de Jesus Silva Santos
Membro Interno - SER/UnB

Drª. Andrea Lagares Neiva
Membro Externo - SER/UnB

BRASÍLIA - DF

2026

DEDICATÓRIA

A Deus, pela força, sabedoria e luz em cada etapa desta caminhada.

À minha mãe, pelo amor incondicional, apoio e exemplo de perseverança.

À minha irmã gêmea e ao meu irmão, pela companhia, incentivo e cumplicidade que tornam os dias mais leves.

Aos demais familiares e amigos, pelo carinho e pelas palavras de encorajamento que me motivaram a seguir em frente.

Este trabalho é fruto não apenas do meu esforço, mas também da fé, do amor e da união que recebi de cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, sem o seu amor e compaixão não sei onde me encontraria;

À minha querida família, que são o suporte e os alicerces que necessito diariamente;

À minha orientadora, Profª. Drª. Karen Vieira, que com muita atenção, profissionalismo e simpatia me forneceu todo o suporte e apoio nesta pesquisa;

À minha amiga Heloísa Ferreira Neves que trilhou comigo boa parte da graduação e me auxiliou durante a minha pesquisa;

À todos(as) os(as) supervisores(as) de estágio e assistentes sociais que encontrei durante a minha caminhada, continuam a me inspirar por meio de suas atuações profissionais;

Ao departamento de Serviço Social, como um todo; especialmente aos professores que me proporcionaram parte do conhecimento adquirido na construção desse trabalho.

O maior obstáculo à vida é a expectativa, que depende do amanhã e desperdiça o hoje.

Sêneca

RESUMO

Esta pesquisa analisa a atuação do assistente social diante da terminalidade da vida e do luto em diferentes segmentos socioassistenciais. O estudo busca compreender como os profissionais intervêm junto a usuários e familiares em situações de finitude, bem como os desafios éticos, técnicos e institucionais presentes nesse processo. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre terminalidade da vida, morte, luto, cuidados paliativos, política de saúde e Serviço Social, articulada a uma investigação empírica desenvolvida com assistentes sociais de diferentes espaços sócio-ocupacionais na região do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico aplicado a assistentes sociais atuantes nesses serviços. Os resultados evidenciam que a atuação profissional envolve acolhimento às famílias, orientação sobre direitos sociais, articulação com a rede de proteção social e participação em equipes multiprofissionais, exigindo sensibilidade, competência técnica e compromisso ético-político. Também foram identificados desafios relacionados à insuficiência de políticas voltadas aos cuidados de fim de vida e a resistência social acerca da morte. Conclui-se que o Serviço Social desempenha papel fundamental na humanização do cuidado e na garantia de direitos em contextos de terminalidade, contribuindo para a construção de respostas profissionais comprometidas com a dignidade humana e a proteção social.

Palavras-Chave: Serviço Social. Terminalidade da vida. Direitos sociais.

ABSTRACT

This research analyzes the role of social workers in situations of end-of-life and grief across different social assistance sectors. The study seeks to understand how professionals intervene with users and families in contexts of finitude, as well as the ethical, technical, and institutional challenges present in this process. To this end, a bibliographic review was conducted on end-of-life, death, grief, palliative care, health policy, and Social Work, combined with an empirical investigation carried out with social workers from different socio-occupational settings in the Federal District region. Data collection was conducted through an electronic form applied to social workers working in these services. The results show that professional practice involves supporting families, providing guidance on social rights, coordinating with the social protection network, and participating in multidisciplinary teams, requiring sensitivity, technical competence, and ethical-political commitment. Challenges were also identified related to the insufficiency of policies aimed at end-of-life care and social resistance to death. It is concluded that Social Work plays a fundamental role in the humanization of care and in guaranteeing rights in contexts of terminality, contributing to the construction of professional responses committed to human dignity and social protection.

Keywords: Social Work. End-of-life. Social Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CF - Constituição Federal

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFM- Conselho Federal de Medicina

COVID - *Coronavirus disease* (doença por coronavírus)

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

DF - Distrito Federal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSD/AM - Partido Social Democrático

SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESC - Serviço Social do Comércio

SESI - Serviço Social da Indústria

SUS - Sistema Único de Saúde

TAE - Tentativa de autoextermínio

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNB - Universidade de Brasília

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 11
CAPÍTULO 1.....16
Apresentação do estudo da terminalidade da vida, do luto e do Serviço Social no contexto da política de saúde.....17
1.1 Terminalidade da vida: conceitos, sentidos e tipologias..... 19
1.2 A terminalidade da vida como objeto de estudo dos determinantes sociais da saúde..23
1.3 O luto como dimensão da experiência humana e social na Questão Social.....25
1.4 O papel do Serviço Social diante a terminalidade da vida e do luto.....27
CAPÍTULO 2.....31
A morte e a terminalidade da vida no contexto da política de saúde.....32
2.1 Contextualização histórica da saúde e do luto como expressão da Questão Social..... 32
2.2 Cuidados paliativos e o cuidado de fim de vida na política de saúde..... 37
2.2.1 Cuidando de quem cuida: gênero, luto e combate às desigualdades na terminalidade da vida..... 38
2.3 A atuação do assistente social diante da morte na política de saúde.....40
CAPÍTULO 3.....42
Metodologia: caminhos investigativos e ética na pesquisa sobre a terminalidade da vida.....43
3.1 Procedimentos metodológicos e instrumentos de coleta de dados.....43
3.2 O Serviço Social e a atuação profissional dos assistentes sociais no trabalho com a terminalidade da vida em tabelas..... 45
3.2.1 Respostas fechadas.....45
3.3 Cotidiano profissional: percepções e narrativas sobre a terminalidade da vida.....53
3.3.1 Resultados das respostas abertas: Profissionais alegam ausência de protocolos sobre terminalidade da vida, os cuidados paliativos se demonstram relevantes, mas não estruturados e o aumento do envelhecimento populacional expõe novas vulnerabilidades e demandas ao Serviço Social.....53
3.4 Balanço dos dados: síntese das percepções e dos desafios..... 54
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 55
REFERÊNCIAS..... 57
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....66

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa analisa a atuação do assistente social diante da terminalidade da vida e do luto em diferentes segmentos socioassistencias. O estudo busca compreender como os profissionais intervêm aos usuários e familiares em situações de finitude, bem como os desafios éticos, técnicos e institucionais presentes nesse processo. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre terminalidade da vida, morte, luto, cuidados paliativos, política de saúde e Serviço Social, articulada a uma investigação empírica desenvolvida com assistentes sociais de diferentes espaços sócio-ocupacionais na região do Distrito Federal. A escolha do tema decorre da necessidade de compreender como a profissão, comprometida com a defesa dos direitos e da dignidade humana, pode contribuir para práticas que respeitem não apenas o indivíduo em sua singularidade, mas também sua família e rede de apoio, em um momento marcado pela vulnerabilidade e/ou risco social[1] e pela finitude da vida.

A experiência vivenciada durante os Estágios Supervisionados I e II na área da saúde, realizados em dois serviços localizados no Distrito Federal, despertou o interesse em compreender a atuação do Serviço Social diante das demandas relacionadas à terminalidade da vida e ao luto. Nesse percurso, observou-se que familiares e indivíduos enlutados frequentemente chegavam aos serviços de saúde apresentando não apenas necessidades clínicas, mas também demandas sociais e emocionais decorrentes dos processos de adoecimento, perda e luto. Tal realidade evidenciou a importância do acompanhamento integral desses sujeitos e da articulação entre as políticas de saúde e assistência social. A partir dessas observações, surgiu o interesse em analisar como o assistente social atua no acolhimento, orientação e garantia de direitos de pessoas e famílias que vivenciam processos de terminalidade e luto, considerando os desafios presentes nos serviços de saúde.

[1] A vulnerabilidade social refere-se às condições estruturais que limitam o acesso a direitos e oportunidades, expondo indivíduos ou grupos à exclusão. O risco social, por sua vez, diz respeito às consequências concretas dessas vulnerabilidades, como adoecimento, perda de renda ou ruptura de vínculos. Castel (1998) destaca a fragilidade das redes de proteção como fator central da vulnerabilidade social, enquanto Minayo (2009) enfatiza que o risco social se manifesta quando a ausência de políticas públicas agrava a precariedade e compromete a dignidade dos sujeitos.

Durante esse percurso, observou-se que muitos enlutados[2] chegavam às unidades hospitalares não apenas com demandas clínicas, mas também com questões sociais[3] e emocionais relacionadas ao luto não elaborado, evidenciando falhas no acompanhamento das políticas públicas de saúde e assistência social.

Tal inquietação surgiu por entender que a Política de Saúde é de caráter universal não contributivo, abrange um grande quantitativo de demandas sanitárias e por meio do Sistema Único de Saúde – SUS a população passou a ter acesso integrado a tratamentos, a medicamentos e ao acompanhamento, possibilitando no diagnóstico precoce com maiores chances de cura, trazendo uma melhoria na qualidade de vida. Entretanto, apesar desse acesso, muitas pessoas eram as pessoas que adentravam nas unidades hospitalares com demandas clínicas que decorriam de um luto prolongado e não superado, ou seja, em dado momento a política falhou no acompanhamento com esse público, gerando a sua internação na unidade.

A consolidação da saúde como direito universal no Brasil, garantida pela Constituição Federal de 1988 e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representou um marco histórico ao assegurar atendimento integral, gratuito e participativo. Contudo, apesar dos avanços, persistem desafios significativos para garantir que o processo de morrer seja acompanhado com dignidade. A morte, enquanto fenômeno universal, continua cercada de resistências, medos e interpretações diversas, sendo muitas vezes medicalizada e institucionalizada, o que dificulta sua compreensão como parte natural da vida. Nesse cenário, o Serviço Social assume papel estratégico ao articular políticas públicas, mediar conflitos e oferecer suporte emocional e social às famílias.

A relevância deste estudo está em reconhecer que a morte, enquanto fenômeno universal e inevitável, não é apenas um evento biológico, mas também social, cultural e político que ao mesmo tempo fascina, aterroriza e impacta a humanidade. Cada sociedade

---

[2] O termo “enlutados” refere-se aos indivíduos que se encontram em estado de luto, seja pela perda de familiares, amigos ou pessoas significativas. Mais do que uma condição emocional, o enlutado é reconhecido socialmente por meio de símbolos (como vestimentas escuras) e rituais que marcam a experiência da morte e da memória. A palavra deriva do verbo “enlutar” e carrega sentidos de pesar, consternação e dor, sendo utilizada tanto em contextos literários quanto acadêmicos para designar sujeitos que atravessam o processo de luto (DICIO, 2026; MICHAELIS, 2026).

[3] A “Questão Social” é entendida como o conjunto das expressões das desigualdades produzidas pelo modo de produção capitalista, manifestando-se em situações de vulnerabilidade como a pobreza, o desemprego, a violência e a exclusão social. Desde o século XIX, com a Revolução Industrial, tornou-se categoria central para compreender as contradições entre capital e trabalho. No Brasil, o conceito é estruturante para o Serviço Social, que atua na mediação dessas expressões por meio de políticas públicas e práticas profissionais (IAMAMOTO, 2007. NETTO, 2001).

constrói formas próprias de lidar com a finitude, e cada indivíduo vivencia o luto de maneira singular. No Brasil, as desigualdades sociais ampliam os impactos da terminalidade, pois determinam quem terá acesso aos cuidados paliativos[4] e quem enfrentará o fim da vida em condições precárias. Assim, compreender a terminalidade sob a ótica dos determinantes sociais da saúde[5] significa reconhecer que morrer também é uma experiência socialmente construída, marcada por exclusões e desigualdades históricas. Apesar de ser parte fundante e uma certeza do ciclo da vida de todo ser vivo, continua sendo um tema permeado por medos, resistência e diferentes interpretações culturais.

O tema da morte não é, de forma alguma, uma discussão recente. Desde a Antiguidade, pensadores como Marx (1867), ao refletir sobre a divisão social do trabalho, já apontavam como os processos sociais moldam a experiência humana, incluindo a finitude. Mais recentemente, autores como Castel (1998) e Minayo (2014) destacam que a morte e o morrer estão atravessados por vulnerabilidades e riscos sociais, revelando que não se trata apenas de um evento biológico, mas também de uma construção social. Na contemporaneidade, reflexões como as de Arantes (2019), que entende a morte como parte da vida e como experiência transformadora, reforçam a necessidade de ressignificar esse fenômeno. Além disso, Bravo (1996) e Netto (2017) lembram que o enfrentamento da terminalidade exige práticas profissionais críticas e humanizadas, vinculadas à defesa dos direitos sociais e à democratização do cuidado. Essa pluralidade de sentidos revela que a morte não pode ser reduzida a um acontecimento isolado, mas deve ser compreendida como parte integrante da experiência humana, influenciada por contextos culturais, religiosos e institucionais. Assim, refletir sobre a morte é também refletir sobre a própria condição humana, sobre os limites da vida e sobre as formas que cada sociedade encontra para lidar com a terminalidade e com o luto.

[4] Os Cuidados Paliativos constituem uma prática interdisciplinar que visa oferecer suporte integral a pacientes com doenças ameaçadoras da vida, priorizando o alívio do sofrimento e a dignidade no processo de morrer. Diferenciam-se da medicina curativa por não terem como objetivo a cura, mas sim a qualidade de vida, incluindo apoio às famílias enlutadas. No Brasil, o Serviço Social tem papel relevante nesse campo, mediando direitos sociais e fortalecendo vínculos comunitários. A literatura aponta que os cuidados paliativos exigem competências específicas dos assistentes sociais, alinhadas às políticas públicas de saúde e às diretrizes da profissão (FROSSARD, SCHAEFFER, SIMÕES, 2024. LIMA, 2024. SILVA, JESUS, MESQUITA, 2025).

[5] O conceito de "Determinantes Sociais da Saúde" refere-se às condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que afetam a saúde do indivíduo e da comunidade. Esses determinantes abrangem desde fatores estruturais, como desigualdade de renda e acesso à educação, até condições intermediárias, como moradia, alimentação, trabalho e acesso a serviços de saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). A Organização Mundial da Saúde - OMS consolidou o termo em relatórios a partir da década de 2000, destacando que a saúde é produto das condições de vida e não apenas da biologia individual. No Brasil, o debate foi incorporado às políticas públicas de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, reforçando a necessidade de enfrentar desigualdades sociais para promover equidade em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

No campo do Serviço Social, a compreensão dos processos que envolvem o fim da vida torna-se essencial para uma atuação profissional ética, crítica e humanizada. O enfrentamento da morte e do luto exige do assistente social não apenas domínio técnico, mas também sensibilidade para lidar com as múltiplas dimensões que emergem decorrentes desse contexto. Bravo (1996) destaca que a prática em saúde demanda do profissional estratégias de aproximação com a realidade dos usuários e do trabalho interdisciplinar, reafirmando o compromisso com a democratização do acesso e a humanização do cuidado. Além disso, Netto (2017), ao discutir o projeto ético-político da profissão, ressalta que o Serviço Social deve se manter vinculado à defesa dos direitos sociais e à compreensão crítica dos determinantes que atravessam o processo saúde versus doença. Assim, no cotidiano profissional, o assistente social se depara com demandas que vão além da situação clínica do indivíduo, envolvendo situações de vulnerabilidade e risco social, que exigem mediação institucional, orientação sobre direitos e articulação com políticas públicas. Nesse sentido, sua intervenção reafirma o compromisso ético-político da profissão ao reconhecer a morte como parte da vida e ao buscar construir respostas humanizadas que minimizem o sofrimento e fortaleçam os vínculos familiares e comunitários.

A metodologia utilizada no trabalho está localizada na seção de procedimentos metodológicos e fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, articulando revisão bibliográfica, análise documental e coleta de dados empíricos por meio de formulário eletrônico. Essa escolha se justifica pela necessidade de compreender em profundidade as experiências e percepções dos assistentes sociais diante da terminalidade da vida e do luto, considerando dimensões subjetivas, sociais e institucionais que não podem ser reduzidas a números. O instrumento de coleta, elaborado no *Google Forms*, combinou questões fechadas e uma questão aberta, o que possibilitou captar narrativas mais subjetivas e detalhadas. Quanto aos cuidados éticos, a pesquisa seguiu a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo sigilo, anonimato, consentimento livre e esclarecido dos participantes, além do direito de desistência a qualquer momento. Dessa forma, a metodologia adotada buscou assegurar rigor científico e respeito aos princípios éticos, ao mesmo tempo em que privilegiou a escuta e a valorização das experiências profissionais.

O trabalho apresenta uma reflexão articulada em três capítulos complementares. Primeiramente, discute-se a morte em sua dimensão histórica e cultural, mostrando como ela deixou de ser um acontecimento comunitário e ritualizado para se tornar cada vez mais medicalizada e restrita ao espaço hospitalar. Em seguida, são analisadas as diferentes tipologias da morte, evidenciando que cada experiência impõe impactos específicos e exige

do Serviço Social intervenções adaptadas, que conciliam técnica, ética e humanização. Por fim, destaca-se o papel do assistente social no acompanhamento da pessoa em fase terminal e de sua rede de apoio, ressaltando a importância da escuta qualificada, da orientação sobre direitos e da articulação com políticas públicas. Assim, o trabalho reafirma o compromisso da profissão com a dignidade humana, buscando garantir que a terminalidade da vida seja vivida com respeito, cuidado e reconhecimento da singularidade de cada sujeito.

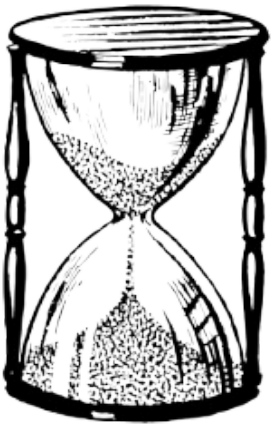
Por fim, apresenta reflexões sobre os desafios contemporâneos relacionados à terminalidade de vida. Entre eles, destacam-se: a insuficiência de políticas públicas voltadas para cuidados de fim de vida; a necessidade de formação continuada dos profissionais; e a urgência de romper com as dificuldades socioculturais que abordam a morte. O trabalho aponta que, ao reconhecer a morte como um processo social, o Serviço Social pode contribuir para práticas mais humanizadas e inclusivas, que respeitem a dignidade da pessoa até o último instante de sua existência.

Este estudo, portanto, não se limita a discutir os cuidados paliativos, mas busca ampliar o olhar para todos os processos e tipos de morte, compreendendo-os como parte da experiência humana e como campo de intervenção profissional. A proposta é oferecer subsídios teóricos e práticos que possam fortalecer a atuação do Serviço Social diante de um dos temas mais complexos e sensíveis que perpassam e impactam a vida humana.

CAPÍTULO 1

A notícia [da perda] é como um desenraizamento cruel. Ela me arranca do mundo que conheço desde a infância.

- Chimamanda Ngozi Adichie



Apresentação do estudo da terminalidade da vida, do luto e do Serviço Social no contexto da política de saúde

Neste estudo será considerado a terminalidade da vida como sendo o estágio final de um indivíduo, o término histórico de sua jornada da vida. Pode-se ocorrer devido ao avanço na idade, dependendo da maneira e de todos os determinantes que perpassam o ciclo da vida de uma pessoa, por doenças incuráveis e progressivas (cuidados paliativos), marcando assim a proximidade da morte, ou seja, os últimos momentos da pessoa como cidadã(o) em uma determinada sociedade.

O luto é o processo de readaptação da realidade sem a pessoa que se foi e é importante que o indivíduo vivencie essa experiência para aceitar e compreender a perda . É a fase em que todo enlutado se encontra, fase essa na qual cada pessoa vivenciará em algum momento e de uma determinada maneira, sendo único em cada indivíduo, porém é necessário ser superado em dado momento, visando a continuidade e manutenção da vida de quem ainda se encontra em sociedade.

Assim como Arantes (2019) afirma em seu livro *A morte é um dia que vale a pena viver* que "a morte de um ente querido, é como se o enlutado fosse levado a uma caverna, na qual não se sai da mesma maneira e nem por onde entrou, pois é necessário aprender a dar continuidade a vida sem seu ente querido" (ARANTES, 2019, p. 197). Um ponto a ser enfatizado é que muitas das vezes é preciso ter o acompanhamento de um profissional durante todo o luto, podendo haver continuidade desse atendimento após essa fase, seja ele um psicólogo, um psiquiatra, um assistente social, entre outros.

Esses profissionais atuam na garantia de direitos e na prevenção de vulnerabilidade ou risco social que podem decorrer devido a perda do provedor do lar, o único genitor(a)/responsável por uma pessoa que é incapaz de sobreviver sozinho (ex.: uma criança/adolescente, idoso, pessoa com deficiência, ou qualquer outra pessoa que dependa de alguém para tomar suas decisões e prover a sua sobrevivência), ou ainda a não possibilidade da realização de um sonho tão aguardado.

Objetiva com a atuação desses profissionais, podendo ser uma equipe multiprofissional[6] para abranger e assegurar de forma integrada os direitos do indivíduo, a

[6] O termo "multiprofissional", aplicado à saúde, refere-se à atuação integrada de diferentes categorias profissionais que compõem uma equipe voltada para o cuidado integral do paciente. Essa abordagem reconhece que o processo saúde versus doença envolve dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, exigindo a complementaridade dos saberes. O Serviço Social, inserido nessas equipes, contribui para a mediação de

prevenção de possíveis internações em serviços de urgências e emergências, devido a demandas clínicas como por exemplo a de tentativa de autoextermínio - TAE ou surto psicótico devido ao início abusivo de um novo vício ou ao descontrole de um já existente (que ponha em risco a sua saúde) para amenizar ou esquecer brevemente a "dor da perda". Os serviços ofertados pela equipe profissional e pela intersetorialidade da rede de proteção social tem como objetivo manter a integridade física, mental e social do enlutado.

A concepção de Seguridade Social representa um grande avanço da Constituição Federal - CF de 1988, quando faz referência à proteção social e no atendimento majoritário direcionado às históricas reivindicações da classe trabalhadora. É composta pelo tripé Saúde, Previdência Social e Assistência Social, políticas essas em que o assistente social está inserido e que se articulam entre si, podendo em dado momento assegurar o enlutado, por meio de encaminhamento e acompanhamento do profissional.

O Serviço Social na saúde atua mediante a garantia de direitos, viabilizando o acesso universal e integral a usuários do SUS, combatendo desigualdades sociais que afetam o processo saúde versus doença. Porém, para analisá-lo na atualidade é necessário retornar aos avanços ocorridos na profissão a partir dos anos de 1980. Nesta década a profissão inicia a sua percepção hegemônica, na qual, Netto (2017) nomeia como sendo uma intenção de ruptura, juntamente com a interlocução com a tradição marxista. No entanto, os profissionais dessa vertente estão, em sua maioria, nas universidades e têm pouca capilaridade no serviços.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, já que o Serviço Social adentra a década de 1990 ainda com alterações no trabalho institucional, prossegue como categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e com uma insuficiência na produção sobre "as demandas postas à prática em saúde" (BRAVO, 1996).

Segundo a cartilha do CFESS, *os parâmetros para a atuação do assistente social,* o projeto da reforma sanitária vem apresentando demandas em que o assistente social trabalhe os seguintes tópicos: a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, as estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, o trabalho interdisciplinar e o acesso democrático às informações e o estímulo à participação popular.

O problema não se encontra no fato dos profissionais do Serviço Social estarem constantemente em busca de conhecimento e aprofundamento na área da saúde. O dilema se apresenta quando esses profissionais passam a exercer outras atividades que não estão

direitos, o acesso a políticas públicas e o fortalecimento de redes de apoio, ampliando a integralidade do cuidado. (PEDUZZI, 2001. IAMAMOTO, 2007).

inclusas em sua competência profissional (anunciar o óbito, direção de unidades de saúde, controles dos dados epidemiológicos, excesso da atribuição administrativa, entre outros) e não mais nas atribuições de um assistente social.

A discussão sobre a divisão social do trabalho é fundamental para compreender o apagamento da função social de determinadas profissões, como o Serviço Social. Marx (1867), em *O Capital*, analisa a divisão social do trabalho como uma forma de organização da produção que fragmenta funções e aliena o trabalhador de sua atividade essencial, o que ajuda a entender como o(a) assistente social pode ser afastado de seus objetivos críticos quando submetido às lógicas institucionais e às pressões do mercado. Durkheim (1893), em *Da divisão do trabalho social*, enfatiza a função integradora dessa divisão na coesão social, mas reconhece que, quando ela gera desigualdades ou desvirtua o papel das profissões, pode produzir tensões e afastar o profissional de sua finalidade original.

Dessa forma, o Serviço Social na saúde assume um papel estratégico ao articular as práticas que não apenas garantem o acesso, mas que fortalecem o caráter universal e democrático do SUS. Iamamoto (2007) destaca que a profissão se insere na divisão social do trabalho de forma contraditória, enfrentando o risco de ser instrumentalizada pelas demandas institucionais e, assim, perder de vista sua função crítica e emancipatória. A vinculação ao projeto ético-político da profissão exige que o assistente social esteja comprometido com a defesa dos direitos sociais, atuando de maneira crítica e propositiva na construção de políticas públicas que assegurem a efetividade da Reforma Sanitária.

Em síntese, a atuação profissional nesse campo não se limita somente ao atendimento direto à população, mas se expande para o planejamento, a gestão e a mobilização social, reafirmando o compromisso com a justiça social e a cidadania. É nesse movimento coletivo e articulado que se torna possível consolidar a saúde como direito de todos e dever do Estado, fortalecendo a perspectiva emancipatória que orienta a prática do Serviço Social.

1.1 Terminalidade da vida: conceitos, sentidos e tipologias

A terminalidade da vida refere-se ao estágio final do ciclo de vida de um indivíduo, seja por uma doença grave, incurável e progressiva, no qual a morte é considerada inevitável e iminente, geralmente o diagnóstico decretando dias, semanas ou meses. É uma condição focada não apenas na biologia da morte, mas na qualidade de vida restante do paciente e na preparação, compreensão e suporte à família durante esse período. Contudo, é um processo complexo que envolve não apenas o paciente, mas também a sua rede de apoio, em especial a

sua família. Segundo Arantes (2019) “a rede de suporte que o paciente tem pode ajudar ou dificultar esse momento da vida”. Embora haja a progressão das doenças crônicas, incuráveis e ameaçadoras da vida, os cuidados de fim de vida emergem como uma abordagem essencial para garantir a dignidade, o conforto e oferecer um suporte integral aos envolvidos. Nesse contexto, o Serviço Social desempenha um papel estratégico na mediação de demandas sociais, emocionais, culturais, espirituais e práticas, contribuindo para a humanização do cuidado e para a organização e preparação familiar frente ao processo de morte iminente.

Conceitos Fundamentais

O debate sobre doente terminal versus doença terminal evidencia que não se trata de uma identidade fixa, mas de uma condição clínica irreversível. Gutierrez (2001) ressalta que o paciente em fase terminal deve ser compreendido como alguém em processo de terminalidade de vida, e não como portador de uma identidade marcada pela doença. Nesse sentido, Cobbs e Lynn (2024) reforçam que o foco do cuidado deve ser a comunicação clara e a redefinição dos objetivos terapêuticos, substituindo o tratamento curativo pelo conforto, pela dignidade e pelo acompanhamento da família durante todo o processo.

O conceito de finitude humana é abordado por Heidegger (1927) em *Ser e Tempo*, ao reconhecer a vulnerabilidade e inevitabilidade da existência. Essa perspectiva filosófica entende a morte como parte constitutiva da condição humana, revelando sua fragilidade e sua dimensão existencial. Borges (2024), em estudo contemporâneo, amplia essa reflexão ao destacar que a finitude é indissociável da vida e que o enfrentamento da morte continua sendo um desafio no mundo moderno, especialmente diante das tentativas de silenciamento ou negação do morrer.

Os cuidados paliativos são definidos pela Organização Mundial da Saúde (2002) como uma abordagem multidisciplinar que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual. Essa perspectiva é reforçada por D’Alessandro (2023), que sistematizam a prática no *Manual de Cuidados Paliativos*, destacando a importância da dignidade, do respeito e da integralidade do cuidado até os últimos momentos de vida. Assim, os cuidados paliativos se consolidam como estratégia fundamental para garantir não apenas o conforto do paciente, mas também o suporte à família durante todo o processo de terminalidade.

Sentidos da Terminalidade

A terminalidade é vivenciada com diferentes sentidos, abordados principalmente pela psicologia hospitalar e cuidados paliativos:

A terminalidade da vida pode ser compreendida a partir de diferentes sentidos, que se entrelaçam no cotidiano hospitalar e nos serviços de urgência e emergência. O processo de morte e morrer foi amplamente descrito por Kubler-Ross (1996), que identificou cinco estágios psicológicos (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) como referenciais para compreender o enfrentamento da finitude. Frankl (2005), por sua vez, contribui ao destacar a busca de sentido mesmo em situações-limite, reforçando que a morte não é apenas um fim biológico, mas também um momento de elaboração existencial. Estudos contemporâneos, como os de Hoffmann (2021), evidenciam que o sofrimento maior não reside apenas na proximidade da morte, mas nas perdas funcionais e nas preocupações com os familiares, o que amplia a compreensão da terminalidade como experiência social e relacional.

Outro aspecto fundamental é a comunicação e a espiritualidade. Pessini e Barchifontaine (2020) defendem que a espiritualidade constitui dimensão essencial dos cuidados paliativos, integrando bioética e humanização. Costa (2022) demonstram que profissionais de saúde reconhecem a espiritualidade como suporte crucial para pacientes e famílias em terminalidade, favorecendo aceitação e enfrentamento. Oliveira e Machado (2021) ressaltam a importância da comunicação compassiva, baseada em escuta ativa e vínculo, como estratégia para reduzir o sofrimento e fortalecer a confiança entre equipe, paciente e familiares. Revisões recentes (SciELO, 2023) confirmam que práticas espirituais são decisivas não apenas para pacientes e familiares, mas também para os próprios profissionais, que encontram nelas recursos para lidar com a dor e a finitude..

A humanização, por sua vez, é um eixo central na abordagem da terminalidade da vida. Minayo (1992; 2005) enfatiza que a saúde deve ser compreendida como prática social, considerando dimensões subjetivas e culturais do cuidado. Merhy (2002; 2006) discute a micropolítica do trabalho vivo em saúde, defendendo tecnologias leves como acolhimento, vínculo e escuta, fundamentais para a prática humanizada. O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização (2004), reforça a necessidade de valorizar autonomia, protagonismo e vínculos solidários entre usuários, trabalhadores e gestores, o que se torna especialmente relevante em contextos de terminalidade.

Entretanto, a morte, historicamente ressignificada, passou a ser vista como um evento temido e muitas vezes silenciado. Essa percepção impacta diretamente o modo como pacientes e familiares enfrentam a terminalidade, exigindo da equipe profissional de saúde uma abordagem acolhedora e respeitosa.

A interlocução entre os sentidos da terminalidade e o Serviço Social é marcada pelo compromisso ético-político da profissão com a defesa da vida e dos direitos sociais. Como destaca Iamamoto (2007), o Serviço Social atua na mediação das expressões da Questão Social, o que inclui situações de vulnerabilidade extrema como a morte e o luto. Além disso, Martinelli (2011) reforça que o assistente social deve articular políticas públicas e redes de proteção social, garantindo que o cuidado seja integral e respeite a dignidade humana. Assim sendo, Barroco (2012) enfatiza a dimensão ética da profissão, lembrando que o enfrentamento da terminalidade exige postura crítica e sensível diante das desigualdades sociais que atravessam o acesso à saúde. Nesse sentido, o Serviço Social, ao dialogar com as equipes multiprofissionais, contribui para o rompimento do silêncio e a resistência social a respeito da morte, promovendo assim, uma cultura de cuidados que reconhece a finitude como parte da vida, que fortalece a humanização na saúde e que reafirma sua função social na proteção e garantia de direitos.

Tipologias - Aspectos Éticos do Final da Vida

A bioética, termo cunhado por Potter (1971), surge como uma ponte entre ciência e valores humanos, oferecendo um marco conceitual para lidar com dilemas relacionados ao final da vida. Nesse campo, Gracia (2003) destaca que a ortotanásia representa a conduta ética adequada, pois respeita o tempo natural da morte e evita tanto a obstinação terapêutica (distanásia), marcada pelo prolongamento desproporcional da vida, quanto a antecipação deliberada da morte (eutanásia). Já Beauchamp e Childress (2013), sistematizam os princípios fundamentais da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) que orientam as decisões clínicas e jurídicas diante da terminalidade.

No Brasil, esse debate ganha contornos legais e éticos específicos, já que o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina - CFM, 2019) proíbe abreviar a vida, mesmo a pedido do paciente, mas determina o dever de aliviar o sofrimento, legitimando a ortotanásia como prática alinhada aos cuidados paliativos.

1.2 A terminalidade da vida como objeto de estudo dos determinantes sociais da saúde

Com o término da Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial da Saúde - OMS redefiniu a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, superando a visão de "ausência de doença". A partir dos anos de 1970, os determinantes sociais da saúde consolidou-se a compreensão de que as condições de vida, trabalho e habitação influenciam diretamente a saúde da população. A saúde sendo abordada como uma das expressões da Questão Social que permeia a sociedade brasileira na atual conjuntura sociopolítica.

A terminalidade da vida como objeto de estudo dos determinantes sociais da saúde exige uma abordagem que ultrapasse a dimensão biológica do morrer e reconheça que o fim da vida é condicionado por fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Os determinantes sociais da saúde não apenas moldam a trajetória da vida, mas também influenciam diretamente a forma como se vivencia o processo de morrer.

A desigualdade econômica, por exemplo, determina quem terá acesso a cuidados paliativos e quem enfrentará a terminalidade em condições precárias. Maria Helena Souza Patto, ao discutir a exclusão estrutural, mostra que as populações marginalizadas vivem e morrem sob a marca da desigualdade, o que significa que o morrer também é socialmente produzido. A escolaridade e a informação, por sua vez, condicionam a capacidade de compreender diagnósticos, reivindicar direitos e acessar serviços de saúde, revelando que o conhecimento é um fator que pode reduzir ou ampliar o sofrimento na terminalidade.

As condições de trabalho e de moradia também se refletem no morrer. Trabalhadores expostos a ambientes insalubres ou perigosos têm maior risco de morte precoce, e populações que vivem em habitações inadequadas enfrentam doenças que aceleram a terminalidade. Nesse sentido, Cecília Minayo enfatiza que a morte e o luto são fenômenos sociais e políticos: a forma como o Estado organiza o cuidado na terminalidade reflete desigualdades históricas e revela quem pode morrer com dignidade e quem é condenado a morrer em sofrimento.

Elias (2001), em *A solidão dos moribundos*, acrescenta que a modernidade institucionalizou e isolou a morte, tornando-a muitas vezes solitária. Esse isolamento é ainda mais cruel quando somado à exclusão social, pois famílias vulneráveis frequentemente não têm condições de acompanhar seus entes em hospitais ou garantir cuidados paliativos adequados. A pandemia de COVID-19[7] evidenciou de forma dramática a realidade das

[7] A pandemia de COVID-19 foi uma crise sanitária global causada pelo vírus SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019. A Organização Mundial da Saúde - OMS declarou a

mortes evitáveis, resultado da ausência de políticas públicas eficazes e da negligência estatal. Esse cenário ampliou o sofrimento das famílias e transformou o luto coletivo em denúncia social, revelando desigualdades estruturais e a irresponsabilidade governamental. Butler (2020) discute como determinadas vidas são consideradas "choráveis" ou não, mostrando que a precariedade e a desvalorização de certas existências se tornam visíveis em contextos de crise. Mbembe (2003), por sua vez, ao desenvolver o conceito de necropolítica, analisa como o poder político decide quem deve viver e quem pode morrer, o que se conecta diretamente à experiência da pandemia e às mortes que poderiam ter sido evitadas.

Esse luto coletivo também se materializou em manifestações públicas, como a instalação de cruzes diante do Congresso Nacional, que simbolizam cada vida perdida e transformam o espaço urbano em lugar de memória e resistência. A imagem evidencia como o sofrimento social se converte em denúncia política, reforçando a ideia de Le Breton (1999) sobre o sentido social da dor e dialogando com Elias (1982), que reflete sobre a solidão dos moribundos, e com Foucault (1979), que analisa a medicalização e institucionalização da vida e da morte. Assim, o luto coletivo não apenas expõe a dimensão humana da tragédia, mas também se torna um instrumento de contestação e de reivindicação por justiça social. A imagem a seguir exemplifica esse processo de transformação da dor em resistência social:



Cruzes são instaladas na Esplanada dos Ministérios em memória às vítimas da Covid-19 — Foto: TV Globo/Reprodução

COVID-19 como pandemia em 11 de março de 2020, marcando o início de um período de emergência internacional que se estendeu por alguns anos, com ondas sucessivas de contágio. Estima-se que, até 2023, mais de 760 milhões de casos tenham sido registrados e cerca de 7 milhões de mortes confirmadas em todo o mundo. Além do impacto na saúde pública, a pandemia provocou profundas consequências sociais, econômicas e políticas, tornando-se um dos eventos mais marcantes do século XXI (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2023).

Assim, a terminalidade da vida, quando estudada sob a ótica dos determinantes sociais da saúde, revela que morrer é também um reflexo das condições de vida. Não se trata apenas de um processo natural, mas de uma experiência socialmente construída, marcada por desigualdades sócio-históricas. A política de saúde, nesse cenário, tem o papel de garantir que o fim da vida seja acompanhado de dignidade, de respeito e do cuidado, evitando que a terminalidade se torne mais uma expressão da exclusão social. O estudo da terminalidade, portanto, é também um campo de luta por justiça social, memória e reconhecimento das vidas que se perdem em meio às desigualdades.

1.3 O luto como dimensão da experiência humana e social na Questão Social

A Questão Social no Brasil é resultado das contradições históricas e estruturais do capitalismo dependente, marcado pela herança escravocrata e pela desigualdade persistente. Para Marx (2013), a exploração da força de trabalho constitui a raiz da questão social, pois "a história de todas as sociedades até hoje existentes é a história da luta de classes". No contexto brasileiro, Fernandes (2012) enfatiza que a permanência de estruturas arcaicas de dominação, como o racismo e a exclusão social, moldaram sua especificidade. Complementando essa análise, Ianni (1989) afirma que a questão social é expressão das contradições do capitalismo dependente, que marginaliza amplos setores da população. Entretanto, em uma perspectiva contemporânea, Jaccoud e Silva (2010) destacam que ela se manifesta na tensão entre desigualdade persistente e políticas de inclusão, evidenciando o papel do Estado na tentativa de mitigar seus efeitos. Assim, a Questão Social é um fenômeno complexo que articula dimensões históricas, econômicas e políticas, sendo central para compreender os desafios da cidadania e da justiça social no Brasil.

Ao longo da história da humanidade, a morte foi concebida de formas distintas a depender do território e da cultura. No Egito Antigo, por exemplo, acreditava-se que a alma se desprendia do corpo, e a morte era vista como um estágio de mudança para outra existência, sendo idolatrada e considerada sagrada, com grande preocupação em conservar o corpo dos falecidos (ARIÈS, 2017). Em países africanos e em religiões brasileiras de matriz africana, a morte não é entendida como fim, mas como transição e continuidade da vida, na qual o falecido passa a integrar o mundo dos ancestrais, mantendo influência e comunicação com os vivos. Pesquisadores como Bandeira (2010), Dias (2009) e Cruz (2019) ressaltam que os funerais nessas tradições são marcados por festividades, música, dança e alegria,

evidenciando que a morte pode ser celebrada como passagem e reafirmação da presença dos ancestrais na vida comunitária.

Contudo, no Brasil conforme o Censo Demográfico de maio de 2022, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, revela mudanças significativas no panorama religioso brasileiro, apesar de ter tido uma diminuição de 8,4% da população a religião Católica ainda é predominante no Brasil, constando 56,7% dos brasileiros. Todavia, seguida da religião evangélica que teve um aumento de 5,3% entre o ano de 2010 e 2022 constando 26,9% da população brasileira. Além disso, houve um aumento de 1,4% dos brasileiros que declaram não possuir nenhuma religião, totalizando 9,3% dos brasileiros. Em suma, a proporção da religião Espírita diminuiu, tendo uma queda de 0,3%, passando de 2,2% para 1,8% entre os anos da pesquisa. Por fim, as religiões de matriz africana, como a Umbanda e o Candomblé, registraram um crescimento de 0,7%, subindo de 0,3% para 1,0% no mesmo período.

Partindo deste ponto, ao visualizar que cada religião parte de uma perspectiva social e cultural diferente da outra, pode-se dizer que a terminalidade de vida e o luto são ocorrências e fatos experienciados tanto individualmente como socialmente, em coletivo. Além disso, para agregar essa ideia pode abordar a obra *O Suicídio* de Durkheim (1897), o qual analisa o suicídio como um fato social, e não somente como uma decisão do indivíduo, mostrando como a integração e a cultura social influenciam até mesmo na decisão de alguém tirar a própria vida. Não só o suicídio, mas também condições de vulnerabilidade ou risco social, ou seja, caso um cidadão que não se enquadra nos padrões impostos e determinados na sociedade capitalista, na qual se obtém as suas ações pré-estabelecidas desde o seu nascimento com baixissimas chances e condições de alteração, o mesmo se torna não pertencente aquela sociedade, uma peça fora do quebra-cabeça, uma engrenagem que não contribui para a manutenção do capitalismo.

Marx (2006) também faz um estudo a respeito do suicídio, porém não formulou uma teoria sociológica definitiva, como fez Durkheim (2000) anos depois, embora tenha sido menos sistemático em relação a morte, Marx (2006) deixa reflexões agudas que perpassam o tema. No entanto, os pontos principais de sua obra foram a alienação e a raiz social, na qual Marx (2006) argumenta que o suicídio, embora seja um ato individual, é um sintoma extremo das patologias da sociedade capitalista. Para o autor, o isolamento social, as angústias da vida privada e a profunda solidão em meio às multidões urbanas são reflexos da forma como o sistema organiza a vida em sociedade. Além disso, outro ponto em sua obra é a crítica ao patriarcado, onde boa parte da análise de Marx (2006) envolve mulheres oprimidas pela

tirania familiar, casamentos abusivos e pela estrutura patriarcal da sociedade moderna. Ele utiliza essas situações para demonstrar como o poder absoluto dentro da família burguesa gera sufocamento à liberdade individual. Para finalizar, a obra atinge diferentes classes sociais, ao contrário da visão de que o suicídio seria estritamente uma consequência da miséria que atinge também as classes abastadas.

Tudo isso indica que o adoecimento psíquico também perpassam a burguesia, embora por razões de frustração, tédio e alienação. Marx (2006) visualiza a necessidade de uma transformação radical e defendia que o sofrimento privado não pode ser resolvido com medidas paliativas ou filantrópicas. A superação dessas angústias dependeria de uma transformação estrutural e radical do modo de produção e das relações sociais como um todo.

A Questão Social se expressa nas condições ou na forma em que vive a classe trabalhadora. Essa expressão está presente diretamente nas políticas sociais bem como nos serviços sociais e assistenciais que são ofertados à população, seja por meio da política de saúde, política de educação, habitação, distribuição de renda, entre outras vigente em nosso país pensadas apenas para amenizar as mazelas da classe mais empobrecida e menos favorecida da sociedade (IAMAMOTO, 2014).

Dessa forma, a dificuldade de acesso a emprego e renda compromete não apenas a subsistência imediata da população, mas também aspectos fundamentais como a alimentação de qualidade, o bem-estar e a participação em atividades de promoção da saúde. Ao limitar essas condições, a prevenção de doenças torna-se fragilizada, revelando que a desigualdade socioeconômica não se restringe ao campo material, mas repercute diretamente na saúde e na qualidade de vida, reafirmando a necessidade de políticas públicas integradas que enfrentem essas vulnerabilidades de maneira estrutural.

1.4 O papel do Serviço Social diante a terminalidade da vida e do luto

O Serviço Social, diante da terminalidade da vida e do luto, assume um papel estratégico na mediação entre sujeitos, instituições e políticas públicas. Sua atuação não se restringe ao atendimento imediato, mas envolve a escuta qualificada, o acolhimento humanizado e as devidas orientações sobre os direitos sociais. Como destaca Kübler-Ross (1996), o processo de morrer não se limita às cinco fases clássicas, como já citadas anteriormente, mas é vivenciado de forma singular por cada indivíduo. Nesse sentido, o assistente social deve reconhecer a diversidade das experiências de luto e propor intervenções que respeitem a subjetividade dos sujeitos.

A dimensão ética-política da profissão exige que o profissional não apenas acompanhe o sofrimento, mas também denuncie e enfrente as desigualdades sociais que atravessam o processo de morrer. Franco (2021) reforça que o luto é uma experiência social, marcada por condições históricas e culturais, e que o Serviço Social deve atuar para evitar que ele seja invisibilizado. Assim, o papel do assistente social é garantir que a morte seja reconhecida como parte da vida, assegurando dignidade e suporte integral às famílias.

Segundo a autora Franco (2021) "o luto é um processo natural que acontece diante da possibilidade de uma perda, ou da perda propriamente dita. Não cabe em cinco fases e tem reações comportamentais, espirituais, sociais, emocionais e cognitivas". Não é uma doença, cada pessoa vivencia de uma forma única. Crianças, adolescentes, adultos e idosos podem reagir de modo diferente. O luto se manifesta de acordo com o apego que tinha com a pessoa falecida ou com aquilo que foi perdido. Ou seja, perder um animal de estimação pode gerar um luto. Perder um grande amor na vida pode gerar um luto. Perder um emprego ou perceber que não será mais possível realizar um determinado sonho também pode gerar um luto.

O historiador francês Ariès (2017) observa que, no século XVII, era comum falar sobre a morte e o luto, e havia o temor de morrer repentinamente, sem poder se despedir ou preparar os rituais e testamentos. Com o passar dos anos e com a chegada dos hospitais, a morte foi deslocada para o ambiente institucional, produzindo um silenciamento social. Esse processo se insere em um movimento de higienização da morte, como tentativa de apagá-la da experiência cotidiana, afastando-a do espaço doméstico e dos familiares (FOUCAULT, 1977). Tal mudança contribuiu para a idealização de uma vida sem perdas e sem adoecimentos, reforçada por discursos sociais e propagandas. Ainda hoje, observa-se resistência em falar abertamente sobre a morte e, consequentemente, sobre o luto, o que dialoga com reflexões de Elias (1982) sobre a solidão dos moribundos e de Foucault (1977) acerca da medicalização e institucionalização da vida e da morte.

O luto é um processo natural, que pode ocorrer diversas vezes ao longo da vida. Falar sobre ele é necessário para o processo de elaboração e assimilação. Significa que, por meio da fala, é possível que a pessoa enlutada consiga conhecer o próprio luto e buscar um meio para se adaptar ao mundo sem a pessoa amada. Segundo Parkes (2009) "podemos ficar enlutados pela perda de um emprego, por um divórcio, pela perda da saúde e pela perda da rotina, por exemplo". O luto pode gerar irritabilidade; alteração do sono; insegurança; sentimentos de choque, raiva, desesperança, desamparo, medo, hostilidade, culpa; fadiga, baixa energia; dor de cabeça, no estômago, palpitações; perda do interesse sexual; alteração

do apetite; dificuldades de relacionamento, perda de vontade de falar com outras pessoas; conflitos com as crenças pessoais; sensação de perda de memória, entre outros.

Ao tratar sobre a terminalidade da vida serão utilizadas aqui as definições de Py, Oliveira e Burlá (2018), no qual definem, em linhas gerais, a terminalidade de vida como: algo que abrange uma dimensão temporal, diz respeito ao término histórico da jornada da vida de uma pessoa; é a consciência de que a vida constitui um ciclo cujas extremidades são o nascimento e a morte.

Desse modo, ao aprofundar a respeito da terminalidade da vida, perpassa por suas diferentes tipologias, sendo elas a terminalidade de vida por morte natural, por morte violenta e por morte suspeita, de acordo com as definições da *cartilha de orientação às famílias em luto* (2024). Segundo o documento citado, "a morte natural é aquela que ocorre em consequência de um processo esperado e previsível, como resultado do curso biológico da vida". De modo geral, envolve doenças e/ou velhice. Ainda segundo a cartilha "a morte violenta é provocada por agentes externos, compreendendo as situações de homicídio, envenenamento, suicídio, acidentes e catástrofes". Por último, ela define "a morte suspeita sendo a que ocorre sem qualquer causa aparente, de forma duvidosa, e para a qual não se tem evidência de ter sido de causa violenta ou por antecedentes de doenças".

Durante a atuação do assistente social, ocorre a necessidade de lidar com as perdas, tanto dos usuários quanto as próprias perdas pessoais, pois a convivência social cotidiana aproxima a instituição e o profissional do usuário e sua rede familiar, havendo a imprescindibilidade de formar laços e vínculos entre eles. Segundo Israely (2022):

> "Lidar com a morte, com o luto, requer do profissional uma espécie de controle, que é difícil de explicar, pois há o sentimento, contudo, naquele momento, é necessário que a intervenção profissional seja realizada da melhor forma possível. Por mais simples que seja, no contato telefônico com a família, na articulação com o município, para conseguir o benefício eventual de auxílio funeral, quando a família não possui condições financeiras de arcar com os custos do funeral, até no abraço ou no silêncio que acolhe, quando já está tudo organizado para despedida". (Israely, 2022)

O suporte social é fundamental para a rede familiar durante todo o processo de terminalidade de vida, o acompanhamento durante o luto é essencial, pois após a partida de um ente querido a família entra em estado de sofrimento, podendo adoecer fisicamente, emocionalmente, mentalmente, espiritualmente, podendo ocasionar em situação de vulnerabilidade ou risco social. Portanto, ela necessita de apoio, não só do assistente social, mas também do psicólogo, nutricionista, psiquiatra e dos demais profissionais de apoio que

estiverem à disposição para acolher os enlutados, visando a garantia de seus direitos, ocasionando a superação do luto de maneira mais leve e saudável.

CAPÍTULO 2

Expresse a sua tristeza, pois quando ela não é externalizada faz com que o coração se torne sobrecarregado e, então, se quebre.

- William Shakespeare



A morte e a terminalidade da vida no contexto da política de saúde

A morte e a terminalidade da vida no contexto da política de saúde são temas que revelam, de forma contundente, as contradições sociais e éticas que atravessam o cuidado em saúde. Historicamente, a morte foi muitas vezes deslocada do espaço doméstico para hospitais e unidades de saúde. Elias (2001) mostra como esse processo levou à ocultação e cada vez mais o silenciamento da morte, tornando-a um evento excludente e solitário.

A terminalidade, nesse sentido, é atravessada pela Questão Social. O luto das famílias que perdem entes em filas de hospitais, em Unidades de Terapia Intensiva - UTIs superlotadas ou sem acesso a medicamentos, torna-se denúncia das falhas estruturais do sistema. A pandemia de COVID-19 (termo originado do inglês *"coronavirus disease"*, traduzindo para o portugês "doença por coronavírus", o numeral "19" refere-se ao ano de 2019, quando a doença foi descoberta) evidenciou isso de forma dramática: milhares de mortes poderiam ter sido evitadas com políticas mais eficazes, e o luto coletivo se transformou em resistência e memória contra a negligência estatal. A Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI da COVID-19, por exemplo, apontou que a ausência de coordenação nacional e a promoção de tratamentos ineficazes agravaram o sofrimento e a morte de milhares de brasileiros.

Portanto, discutir a morte e a terminalidade da vida no contexto da política de saúde é reconhecer que não se trata apenas de um processo biológico inevitável, mas de uma experiência social que pode ser marcada pela dignidade ou pela exclusão social. Por fim, é importante destacar que a pandemia de COVID-19 evidenciou a dimensão coletiva da morte e do luto. Milhares de famílias foram privadas de seus rituais de despedida, enfrentando a dor em isolamento. Esse contexto reforçou a necessidade de políticas públicas que reconheçam o luto como um fenômeno social e que ofereçam suporte integral às famílias, especialmente em situações de vulnerabilidade. O Serviço Social, nesse cenário, reafirma sua relevância ao atuar na mediação entre sujeitos e instituições, garantindo que a morte seja reconhecida como parte da vida e que o luto seja acompanhado com dignidade.

2.1 Contextualização histórica da saúde e do luto como expressão da Questão Social

Após a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS no final da década de 1980, a política pública buscou romper com um modelo excludente e fragmentado, anteriormente

voltado apenas para trabalhadores formais, passando a garantir o acesso universal à saúde. Entretanto, como apontam Paim (2018) e a Organização Mundial da Saúde (2002), o sistema ainda enfrenta desafios estruturais significativos, sobretudo no que se refere ao cuidado de fim de vida e ao suporte às famílias enlutadas. Nesse contexto, os cuidados paliativos se tornam uma dimensão essencial, pois buscam assegurar dignidade e qualidade de vida até os últimos momentos, revelando a necessidade de fortalecer políticas que integrem essa abordagem ao SUS de forma efetiva e equitativa.

A morte, enquanto fenômeno universal, sempre esteve presente nas sociedades humanas, mas sua compreensão varia conforme o contexto histórico, cultural e social. No Brasil, o luto é frequentemente invisibilizado nas políticas públicas, sendo tratado como uma questão privada, restrita ao âmbito familiar. Contudo, autores como Minayo (2013) e Elias (2001) destacam que tanto a morte quanto o luto são fenômenos sociais e políticos, pois refletem desigualdades estruturais e revelam quem pode morrer com dignidade e quem é condenado a enfrentar a terminalidade em condição de vulnerabilidade e risco social. Assim, o luto deve ser compreendido como uma expressão da Questão Social, exigindo políticas que reconheçam sua dimensão coletiva.

Nesse sentido, o Serviço Social ocupa um papel estratégico ao problematizar a morte como parte da vida e ao denunciar as desigualdades que atravessam o processo de morrer. A atuação profissional não se limita ao acolhimento individual, mas envolve também a articulação com políticas públicas e a defesa de direitos sociais. Como aponta Bravo (1996), a inserção do Serviço Social na saúde deve estar vinculada ao projeto ético-político da profissão, comprometido com a justiça social e a cidadania. Assim, compreender a morte e o luto como expressões da Questão Social é fundamental para construir práticas mais humanizadas e inclusivas.

A Questão Social no Brasil emerge historicamente como a expressão das desigualdades estruturais produzidas pelo modo de produção capitalista, revelando contradições entre o desenvolvimento econômico e a precarização das condições de vida da classe trabalhadora. Nesse contexto, tanto a saúde quanto o luto podem ser compreendidos como dimensões distintas, mas interligadas, dessa problemática. A saúde, enquanto direito, foi marcada por desigualdades estruturais que expuseram, principalmente a classe trabalhadora, a condições precárias de vida, trabalho, moradia e saneamento básico. O luto, por sua vez, embora seja uma experiência individual, revela-se também como um fenômeno social e político, pois evidencia quem morre, em quais circunstâncias e como essas mortes são reconhecidas ou se tornam invisibilizadas.

A contextualização histórica da saúde e da Questão Social demonstra que o processo saúde versus doença não é apenas biológico, mas um reflexo das condições socioeconômicas e do desenvolvimento do capitalismo. De acordo com Hobsbawm (2017), a Revolução Industrial promoveu profundas transformações econômicas e sociais, ampliando a produção de riquezas, mas também produzindo intensos processos de empobrecimento da classe trabalhadora. Nesse contexto, o pauperismo[8] emerge como expressão das desigualdades geradas pelo capitalismo industrial, caracterizado pela precarização das condições de vida e trabalho de amplos segmentos da população.

Ao estudar autores como Elias (2001), Minayo (2013) e Patto (2022) em um mesmo eixo analítico, é possível construir uma fundamentação sólida para compreender saúde e luto como expressões da Questão Social. Minayo (2013), ao tratar da saúde coletiva, enfatiza que tanto a vida quanto a morte são atravessadas por desigualdades estruturais. Para ela, o luto não é apenas uma experiência íntima, mas também social e política, especialmente quando se refere a mortes evitáveis ou produzidas por negligência estatal. Nesse sentido, o luto coletivo se torna uma forma de resistência e de afirmação da memória, denunciando as condições sociais que produzem a morte.

O autor Elias (2001), em sua obra *A solidão dos moribundos*, contribui ao mostrar como as sociedades modernas tendem a ocultar a morte, relegando-a ao espaço privado e institucional. No entanto, quando a morte se torna pública (como em epidemias, guerras ou tragédias sociais) ela revela tensões profundas e expõe desigualdades. Essa perspectiva dialoga diretamente com Minayo (2013), pois evidencia que o modo como a sociedade lida com a morte e com o luto é também reflexo das estruturas sociais e políticas que determinam quem vive e quem morre.

A autora Patto (2022), por sua vez, ao analisar as desigualdades sociais e educacionais, mostra como a exclusão estrutural impacta diretamente a vida das populações marginalizadas. Embora seu foco seja a educação, sua reflexão é aplicável à saúde e ao luto, pois evidencia que a precarização das condições de vida não apenas limita oportunidades, mas também aumenta a exposição à morte precoce. Assim, o luto das classes populares é atravessado pela experiência da exclusão e pela invisibilidade social.

[8] O termo "pauperismo" refere-se à pobreza extrema que emergiu como fenômeno social durante o processo de industrialização na Inglaterra, no século XVIII. Inicialmente utilizado para designar a condição absoluta de miséria da classe trabalhadora, o pauperismo tornou-se categoria central na análise da "Questão Social", revelando a contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e a pauperização massiva dos trabalhadores. Nesse sentido, o pauperismo não é apenas resultado da escassez material, mas expressão estrutural da sociedade capitalista, que simultaneamente produz abundância e miséria (NETTO e BRAZ, 2011. SILVA, 2020).

Ao articular esses e outros autores, podemos afirmar que a saúde revela a desigualdade antes da morte, ao mostrar quem tem acesso à proteção e quem permanece vulnerável, enquanto o luto revela a desigualdade após a morte, ao evidenciar quais vidas são reconhecidas e quais são invisibilizadas. Minayo (2013) destaca o caráter político do luto coletivo, Elias (2001) mostra como a morte é socialmente administrada e ocultada, e Patto (2022) reforça que a exclusão estrutural determina tanto a vida quanto a morte. Juntos, eles permitem compreender que saúde e luto, embora distintos, são dimensões complementares da Questão Social, pois viver e morrer no Brasil são experiências atravessadas por desigualdades históricas. O luto, nesse contexto, torna-se não apenas dor íntima, mas também denúncia e resistência, reafirmando que a memória das perdas é parte essencial da luta por justiça social.

Um exemplo marcante é a gripe espanhola de 1918, que atingiu duramente os trabalhadores urbanos em condições precárias, sem acesso a cuidados médicos adequados. A morte em massa expôs a fragilidade das políticas públicas e transformou o luto em uma experiência coletiva, marcada pela invisibilidade das perdas das camadas populares, como observa Ariès (2017) ao analisar epidemias na história e Butler (2020) ao discutir vidas consideradas "choráveis". Décadas depois, durante a ditadura militar (1964-1985), o luto também se tornou político: famílias e movimentos sociais enfrentaram não apenas a dor da perda de entes queridos vítimas da repressão, mas também o silêncio imposto pelo Estado, que negava reconhecimento às mortes e desaparecimentos. Nesse caso, o luto coletivo se transformou em resistência e memória contra a violência institucional, como destacam Jelin (2002) e Ridenti (2010), ao analisar a construção da memória e a luta social diante da repressão.

Mais recentemente, a pandemia da COVID-19 escancarou novamente a relação entre saúde e luto na Questão Social. A desigualdade no acesso a serviços de saúde, vacinas e condições de isolamento fez com que principalmente as populações pobres, negras e periféricas fossem desproporcionalmente afetadas, sendo invisibilizadas pelo Estado e pela sociedade. O luto, nesse contexto, ultrapassou o âmbito privado e se tornou público, com movimentos sociais e coletivos de familiares que denunciaram a negligência estatal e reivindicaram a memória e justiça para as vidas perdidas. Como destaca Jelin (2002), o luto coletivo pode se transformar em resistência e memória contra a violência institucional, e no caso da pandemia, essa resistência se articulou em torno da denúncia das mortes evitáveis. A precarização da saúde, já apontada por Paim (2018) como um desafio estrutural do SUS, transformou o luto em uma expressão política e social, reafirmando a necessidade de políticas públicas que garantam dignidade e equidade no cuidado.

Nesse cenário, a condução da pandemia pelo governo de Jair Messias Bolsonaro[9] foi alvo de críticas contundentes. Sua postura negacionista, marcada pela minimização da gravidade da doença, pela promoção de medicamentos sem eficácia comprovada e pela demora na aquisição de vacinas, agravou o impacto da crise sanitária. A ausência de uma coordenação nacional efetiva deixou estados e municípios sem diretrizes claras, aprofundando desigualdades já existentes, o que contribuiu para quase 700 mil mortes no Brasil até o fim de seu mandato.

A CPI da COVID-19 instaurada pelo Senado em 2021[10], concluiu que houve uma ação deliberada do governo federal para atrasar a compra de vacinas, além da promoção de medicamentos sem eficácia comprovada, como a cloroquina. O relatório final apontou negligência, omissão e responsabilidade direta em milhares de mortes evitáveis, recomendando o indiciamento de Bolsonaro e de outros integrantes do governo por crimes contra a saúde pública e contra a humanidade. Organizações internacionais, também denunciaram a postura negacionista do governo, destacando que a ausência de uma coordenação nacional efetiva agravou a crise sanitária e aprofundou desigualdades já existentes.

Como destaca Minayo (2013), o luto coletivo é também uma forma de resistência e denúncia da população diante de mortes evitáveis, nesse caso, a negligência governamental transformou o luto em ato político, já que famílias e movimentos sociais foram a luta para reivindicar a memória e justiça das vidas perdidas. Elias (2001) , ao discutir a ocultação da

[9] Jair Messias Bolsonaro (1955, Glicério/SP), militar reformado e político brasileiro, foi eleito presidente da República em 2018 pelo Partido Social Liberal - PSL. Assumiu o cargo em 1º de janeiro de 2019, tendo Hamilton Mourão como vice-presidente, e permaneceu até 1º de janeiro de 2023. Seu governo caracterizou-se pela redução de ministérios, forte presença de militares em cargos estratégicos, políticas econômicas neoliberais conduzidas por Paulo Guedes, alinhamento internacional com governos de direita populista e pela postura negacionista frente à pandemia de COVID-19, o que resultou em críticas nacionais e internacionais. Após deixar o cargo, Bolsonaro enfrentou processos judiciais relacionados à tentativa de golpe de Estado em 2022 e foi condenado em 2025 a 27 anos de prisão por liderar organização criminosa que buscava manter-se no poder (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ACERVOS PRESIDENCIAIS, 2026. G1, 2026).

[10] A CPI da COVID-19 foi instaurada em abril de 2021, com o objetivo de investigar ações e omissões do governo federal no enfrentamento da pandemia, bem como o uso de recursos destinados ao combate da crise sanitária. Presidida pelo senador Omar Aziz (Partido Social Democrático - PSD/AM), tendo como vice Randolfe Rodrigues (Rede Sustentabilidade/AP) e o relator Renan Calheiros (Movimento Democrático Brasileiro - MDB/AL), a CPI se tornou um dos principais instrumentos de fiscalização política durante o período. Ao longo de seis meses de trabalho, foram realizadas dezenas de sessões, colhidos depoimentos de ministros, ex-ministros, empresários e especialistas, além da produção de um relatório final que apontou responsabilidades do presidente Jair Bolsonaro e de autoridades de seu governo por crimes comuns e contra a humanidade. O relatório foi encaminhado ao Ministério Público e à Procuradoria-Geral da República, marcando um dos momentos mais relevantes da história recente do Legislativo brasileiro (CALHEIROS, 2021).

morte nas sociedades modernas, ajuda a compreender como o governo tentou silenciar a dimensão pública da tragédia, mas o acúmulo de perdas tornou impossível esconder a dor coletiva. Entretanto, Patto (2022), nos lembra que a exclusão estrutural impacta diretamente a vida e a morte das populações marginalizadas, e a pandemia mostrou isso de forma brutal, e foram justamente os mais pobres e vulneráveis que sofreram as consequências mais graves da falta de políticas eficazes.

Assim, a pandemia de COVID-19 sob a gestão do governo de Bolsonaro exemplifica como saúde e luto se entrelaçam na Questão Social, a precarização da saúde pública e a condução negacionista do governo produziram mortes evitáveis, e o luto coletivo emergiu como denúncia das desigualdades e da irresponsabilidade estatal. Nesse sentido, o luto não foi apenas uma dor individual, mas também memória social e resistência política diante da maior tragédia sanitária do século em todo o território do Brasil.

2.2 Cuidados paliativos e o cuidado de fim de vida na política de saúde

Os cuidados paliativos surgem como uma resposta ética e humanizada às demandas da terminalidade da vida. Definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consistem em uma abordagem multidisciplinar que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças graves e incuráveis, por meio da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece os cuidados paliativos como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde, devendo ser ofertados em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até os hospitais de alta complexidade. Contudo, sua implementação ainda é inicial e desigual, refletindo as disparidades regionais e sociais do país.

A política de saúde brasileira enfrenta o desafio de incorporar os cuidados paliativos de forma efetiva e universal. Muitas vezes, o cuidado de fim de vida é marcado pela obstinação terapêutica (distanásia), em que tratamentos desproporcionais prolongam o sofrimento sem oferecer reais chances de cura. Nesse contexto, a ortotanásia (morte em seu tempo natural, com alívio da dor e respeito à dignidade) deve ser defendida como prática ética e humanizada. Elias (2001) alerta para o risco da morte institucionalizada e solitária, característica das sociedades modernas, e reforça a importância de práticas que promovam vínculos e redes de apoio.

O Serviço Social desempenha funções essenciais na equipe multiprofissional de cuidados paliativos. Entre elas, destacam-se: o acolhimento e escuta qualificada de pacientes

e familiares; a orientação sobre direitos sociais, como benefícios previdenciários e assistência funeral; a articulação intersetorial com políticas de saúde, assistência e previdência; e a defesa da humanização do cuidado. Oliveira e Burlá (2018) reforçam que o papel do assistente social é garantir que o paciente e sua família tenham acesso a recursos que minimizem o sofrimento e assegurem dignidade até o fim da vida.

Apesar dos avanços, os cuidados paliativos ainda enfrentam obstáculos significativos no Brasil. A falta de formação específica dos profissionais, a insuficiência de políticas públicas voltadas para o fim da vida e a invisibilidade da dimensão social da morte permanecem como desafios centrais. A Organização Mundial da Saúde (2002) já havia destacado que os cuidados paliativos devem ser compreendidos como uma abordagem multidisciplinar. Nesse cenário, o Serviço Social reafirma sua relevância ao propor práticas inclusivas, como aponta Iamamoto (2007), ao discutir o papel da profissão na divisão social do trabalho e sua função crítica diante das demandas institucionais. Reconhecer a terminalidade como parte da vida e garantir suporte integral às famílias significa compreender os cuidados paliativos não apenas como prática médica, mas como política social que assegura dignidade e cidadania, conforme reforça D'Alessandro (2023).

2.2.1 Cuidando de quem cuida: gênero, luto e combate às desigualdades na terminalidade da vida

O cuidado na terminalidade da vida é atravessado por desigualdades de gênero que se manifestam na sobrecarga feminina. Butler (2015), ao discutir a vulnerabilidade e a precariedade da vida, lembra que todos os corpos são interdependentes e que o cuidado é parte dessa condição. No entanto, em sociedades patriarcais, essa interdependência é distribuída de forma desigual, recaindo majoritariamente sobre mulheres, que assumem o papel de cuidadoras sem o devido reconhecimento social e institucional. Assim, o luto e o cuidado se tornam experiências que revelam não apenas a fragilidade humana, mas também a persistência do machismo estrutural[11].

[11] O conceito de "machismo estrutural" refere-se à forma como a desigualdade de gênero está enraizada nas estruturas sociais, políticas e econômicas, reproduzindo-se de maneira sistemática e naturalizada. Diferente de manifestações individuais de preconceito, o machismo estrutural opera como um sistema que legitima a hierarquia patriarcal e sustenta práticas discriminatórias contra as mulheres. Ele se manifesta em desigualdades salariais, na sub-representação feminina em espaços de poder, na violência de gênero e na sobrecarga das mulheres nas tarefas domésticas. Autoras como Saffioti (1987) e Federici (2019) destacam que o patriarcado e o capitalismo se articulam para manter essa estrutura, tornando o enfrentamento ao machismo estrutural dependente de políticas públicas de equidade, educação crítica e transformações culturais profundas.

Federici (2019) contribui para esse debate ao mostrar que o trabalho de reprodução da vida, que inclui o cuidado, é invisibilizado e desvalorizado pelo capitalismo e pelo patriarcado. Na terminalidade da vida, essa lógica se intensifica: mulheres são chamadas a cuidar de familiares em fase final da vida, muitas vezes em situação de vulnerabilidade ou risco social, sem suporte financeiro, físico ou psicológico. O cuidar de quem cuida torna-se, portanto, uma necessidade política, pois sem políticas públicas que reconheçam e apoiem essas mulheres, o cuidado pode se transformar em adoecimento e sobrecarga.

Autoras brasileiras como Saffioti (2004) reforçam que o patriarcado se articula com o capitalismo e o racismo[12], produzindo múltiplas formas de opressão que recaem sobre mulheres, majoritariamente, pobres e negras. Essas mulheres são as que mais assumem funções de cuidado em condições de vulnerabilidade, enfrentando o luto e a terminalidade sem recursos adequados. Nesse sentido, o debate sobre cuidar de quem cuida precisa ser interseccional, reconhecendo que o peso do cuidado não é homogêneo e que as desigualdades estruturais ampliam o sofrimento.

As mulheres negras, além de serem as principais responsáveis pelo cuidado em situações de terminalidade da vida, figuram também como o grupo mais endividado do Brasil. Dados do Índice de Justiça Econômica Racial (2023), elaborado pelo Instituto Identidades do Brasil (ID_BR) em parceria com a Serasa, revelam que quase metade das mulheres negras estavam inadimplentes (47%), enquanto sua renda média (R$ 1.191,66) correspondia a menos da metade da dos homens brancos (R$ 2.381,43). Essa realidade evidencia como o patriarcado, o racismo e o capitalismo se articulam para produzir múltiplas formas de opressão, como já apontava Saffioti (2004). Assim, o debate sobre cuidar de quem cuida precisa reconhecer que, para essas mulheres, o luto e o cuidado se somam à sobrecarga da pobreza e do endividamento, exigindo políticas públicas interseccionais que enfrentem essas desigualdades históricas.

Franco (2021), ao estudar o luto, destaca que ele é uma experiência social e coletiva, que não pode ser invisibilizada. Quando o luto recai sobre mulheres cuidadoras, ele se soma à sobrecarga de responsabilidades práticas e emocionais, exigindo que o Serviço Social e as políticas públicas ofereçam suporte integral. Minayo (2013) também reforça que o processo

[12] A relação entre capitalismo e racismo constitui um campo de estudo complexo que ultrapassa os limites desta monografia. Embora aqui se reconheça que tais estruturas se entrelaçam na produção de desigualdades sociais, um aprofundamento sistemático exigiria análise específica. Caso o leitor se interesse por esse tema, recomenda-se a leitura de autoras como Gonzalez (1984), que discute o racismo estrutural na cultura brasileira, Carneiro (2003), que analisa a exclusão racial e seus impactos sociais, e Davis (1981), que examina como o racismo se articula com o capitalismo na exploração das populações negras. Essas referências oferecem bases sólidas para compreender como o racismo é funcional ao capitalismo na manutenção das desigualdades sociais.

de morrer e o luto devem ser vistos como fenômenos coletivos, e que cuidar de quem cuida é parte da construção de práticas mais humanizadas e inclusivas.

Portanto, trazer esse tema para o campo da terminalidade da vida é ampliar o olhar sobre o cuidado e o luto como expressões da Questão Social. O Serviço Social, ao atuar junto às famílias enlutadas, deve reconhecer que o sofrimento não se restringe ao paciente, mas também, majoritariamente, às cuidadoras que o acompanham. Cuidar de quem cuida, nesse sentido, é enfrentar o patriarcado[13] e o machismo estrutural, garantindo que mulheres não sejam invisibilizadas em sua dor e em sua prática de cuidado. É também reafirmar o compromisso ético-político da profissão com a dignidade humana, a justiça social e a construção de práticas emancipatórias.

Por fim, ao reconhecer que o cuidado na terminalidade da vida é atravessado por desigualdades de gênero, classe e raça, torna-se evidente que cuidar de quem cuida é também uma tarefa política e ética. Esse debate amplia a compreensão da terminalidade como expressão da Questão Social e reforça que o Serviço Social não pode se limitar somente ao paciente, mas deve incluir, juntamente, a rede de apoio em sua intervenção. A partir dessa perspectiva, o próximo tópico discute como o assistente social atua diante da morte na política de saúde, articulando práticas que assegurem dignidade, direitos e suporte integral às famílias enlutadas.

2.3 A atuação do assistente social diante da morte na política de saúde

A atuação do assistente social diante da morte e da terminalidade da vida exige uma abordagem crítica, ética e humanizada. O profissional é chamado a intervir em situações de grande complexidade, oferecendo suporte social e emocional às famílias, mediando o acesso a políticas públicas e defendendo a dignidade humana. Como destaca Franco (2021), o luto é uma experiência social que não pode ser invisibilizada, e o Serviço Social tem o papel de garantir que ele seja acompanhado de forma integral, respeitando a singularidade dos sujeitos e suas redes de apoio.

Entre as principais atribuições do assistente social nesse contexto, destacam-se: o acolhimento de pacientes e familiares em situação de terminalidade; a orientação sobre direitos sociais e benefícios previdenciários; a articulação com políticas públicas da

[13] O conceito de patriarcado é amplamente discutido por autoras feministas como, por exemplo: Saffioti (2004), que no contexto brasileiro, analisa o patriarcado articulado às relações de classe e raça, evidenciando sua persistência como forma de dominação estrutural. Nesse sentido, o patriarcado não deve ser entendido apenas como herança histórica, mas como um sistema ativo que molda desigualdades sociais e de gênero.

Seguridade Social; e a defesa da humanização do cuidado. Além disso, o profissional deve atuar na sensibilização das equipes multiprofissionais, contribuindo para que a morte seja reconhecida como parte da vida e para que práticas de obstinação terapêutica sejam evitadas. Nesse sentido, o Serviço Social reafirma seu compromisso com o projeto ético-político da profissão, voltado para a justiça social e a cidadania.

Os desafios enfrentados pelo assistente social são inúmeros. A falta de políticas públicas específicas para o fim da vida, a insuficiência de formação continuada em cuidados paliativos e a invisibilidade da dimensão social da morte são obstáculos que precisam ser superados. Além disso, a sobrecarga de demandas em hospitais e unidades de pronto atendimento dificulta a atuação profissional, exigindo estratégias criativas e articuladas para garantir o suporte integral às famílias. Bravo (1996) aponta que a inserção do Serviço Social na saúde deve estar vinculada à Reforma Sanitária, comprometida com a universalidade e integralidade do SUS.

Por fim, é importante destacar que a atuação do assistente social diante da morte não se limita ao âmbito hospitalar. O profissional também deve atuar na comunidade, fortalecendo redes de apoio e promovendo práticas que reconheçam o luto como fenômeno social. Nesse sentido, o Serviço Social contribui para transformar o luto em resistência e memória social, evitando que mortes sejam invisibilizadas e garantindo que cada vida seja reconhecida em sua dignidade. Assim, a atuação do assistente social diante da morte reafirma o compromisso da profissão com a defesa dos direitos humanos e com a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

CAPÍTULO 3

Saudade é o preço que se paga por viver momentos inesquecíveis.

- autor desconhecido



Metodologia: caminhos investigativos e ética na pesquisa sobre a terminalidade da vida

3.1 Procedimentos metodológicos e instrumentos de coleta de dados

A presente pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental, articulada com a coleta de dados empíricos realizada por meio de formulário eletrônico, elaborado pela autora, composto por questões de caracterização dos respondentes e perguntas relacionadas ao cotidiano profissional (APÊNDICE A). A escolha pela abordagem qualitativa se justifica pela necessidade de compreender em profundidade os fenômenos que envolvem a atuação do Serviço Social diante da terminalidade da vida e do luto, considerando que tais experiências são atravessadas por dimensões subjetivas, sociais e institucionais que não podem ser reduzidas a números ou estatísticas. Como afirma Minayo (2009), a pesquisa qualitativa é especialmente adequada para captar significados, valores e práticas sociais, permitindo uma análise crítica da realidade vivida pelos sujeitos.

Esta pesquisa observou os princípios éticos que orientam a produção do conhecimento com seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, aplicável às pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais. A participação dos profissionais ocorreu de forma voluntária, mediante apresentação dos objetivos do estudo, dos procedimentos de coleta de dados e das garantias de sigilo e confidencialidade das informações fornecidas. Antes do preenchimento do formulário eletrônico, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual manifestaram sua concordância em participar da pesquisa. Foram assegurados o anonimato dos respondentes, a preservação de suas identidades e o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e analisados de forma agregada, garantindo a proteção das informações e o respeito aos princípios éticos da pesquisa científica.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um formulário eletrônico elaborado no *Google Forms*, composto por questões fechadas e uma questão aberta. As perguntas fechadas possibilitaram a sistematização de informações sobre frequência de atendimento, percepção da relevância do papel do assistente social, desafios enfrentados e estratégias utilizadas em seu cotidiano profissional. Já a pergunta aberta permitiram explorar de forma mais ampla as

percepções e experiências dos profissionais, favorecendo a emergência de narrativas que revelam lacunas institucionais, impactos emocionais e práticas de cuidado social. Essa combinação de questões possibilitou uma análise descritiva e analítica, articulando dados objetivos com reflexões subjetivas dos participantes.

Cabe destacar que a coleta de dados foi realizada por meio de formulário eletrônico encaminhado a assistentes sociais atuantes em diferentes instituições do Distrito Federal, incluindo Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), além de profissionais vinculados ao Serviço Social do Comércio (SESC). A opção por esses profissionais e espaços se justifica pelo fato de constituírem locais onde a experiência da finitude e do luto possam se manifestar de alguma forma, sendo recorrente ou não, exigindo respostas técnicas e éticas do Serviço Social. Nas UPAs, os assistentes sociais lidam diretamente com situações de urgência e emergência, orientam pacientes e familiares diante da internação ou óbitos. Nas UBSs esses profissionais acompanham, através da visita domiciliar, os usuários em cuidados paliativos e doenças crônicas, oferecendo suporte comunitário. Nos CREAS, enfrentam demandas relacionadas à violação de direitos e ao acompanhamento de famílias, podendo surgir casos relacionados ao sofrimento humano decorrido do luto. Por último, no SESC, atuam em ações de promoção social e apoio comunitário à pessoa idosa, que de acordo com as quatro fases da vida (infância, adolescência, idade adulta e velhice) esse público se encontra na última fase, o profissional intervém em casos de adoecimento ou morte de usuários vinculados às atividades do Sesc e desenvolvem ações de prevenção e promoção da saúde que incluem reflexões sobre finitude e qualidade de vida. Assim, a diversidade institucional permite compreender como o Serviço Social responde a esse fenômeno em diferentes contextos socioassistenciais, evidenciando tanto a amplitude quanto a complexidade da atuação profissional diante da terminalidade da vida.

Apesar da ampla divulgação da pesquisa, realizada através do envio de diferentes redes sociais, foram obtidas apenas seis respostas válidas, a expectativa sendo a princípio de 10 a 12 assistentes sociais respondentes. Tal quantitativo pode ser compreendido a partir de diferentes fatores, como o reduzido número de assistentes sociais em algumas instituições, férias profissionais, licença-servidor, bem como as limitações inerentes à adesão voluntária em pesquisas realizadas por meio eletrônico.

A seguir a caracterização dos participantes respondentes, dado retirado do formulário da pesquisa:

TABELA 1

Identificação dos Participantes	Profissional	Unidade
P1	Assistente Social	UPA
P2	Assistente Social	UPA
P3	Assistente Social	UPA
P4	Assistente Social	UBS
P5	Assistente Social	SESC
P6	Assistente Social	CREAS

Considerando o caráter qualitativo deste estudo, o objetivo não consistiu em alcançar representatividade estatística ou produzir generalizações para o conjunto dos profissionais da área, mas sim compreender percepções, experiências e elementos presentes na atuação profissional diante das situações de terminalidade da vida e luto. Assim, os resultados apresentados devem ser interpretados à luz desse universo empírico específico. Embora alguns dados sejam apresentados em formato percentual para facilitar a visualização das respostas, tais percentuais referem-se exclusivamente ao grupo de participantes da pesquisa, não podendo ser extrapolados para a totalidade dos assistentes sociais que atuam nos diferentes serviços investigados.

A análise dos dados seguiu uma perspectiva descritiva e interpretativa, buscando identificar padrões, recorrências e singularidades nas respostas. Os resultados foram confrontados com a fundamentação teórica apresentada nos capítulos anteriores, permitindo compreender como os conceitos de terminalidade da vida, cuidados paliativos e o luto se manifestam na prática profissional do Serviço Social. Essa articulação entre teoria e prática reforça o compromisso ético-político da pesquisa, conforme destaca Netto (2017), ao reconhecer que a atuação profissional deve estar vinculada à defesa dos direitos sociais e à humanização do cuidado.

3.2 O Serviço Social e a atuação profissional dos assistentes sociais no trabalho com a terminalidade da vida em tabelas

3.2.1 Respostas fechadas

As questões fechadas do formulário permitiram sistematizar as percepções objetivas sobre a atuação do Serviço Social diante a prática profissional dos assistentes sociais e a sua relação com os cuidados na terminalidade da vida e mediação frente ao luto. Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas, de modo a facilitar a visualização dos dados.

Após a primeira etapa do formulário, a qual confirma a ciência aos cuidados éticos da pesquisa e confirmação da identidade profissional como assistente social, segue para a primeira pergunta, a mesma discorre a respeito da relevância do papel do Serviço Social no cuidado de pacientes em fase terminal e seus familiares, de acordo com a tabela abaixo todos os participantes consideraram “muito relevante” a atuação do serviço social nos cuidados que perpassam a terminalidade da vida. Esse dado confirma a centralidade da profissão na garantia de direitos e na humanização do cuidado (Bravo, 1996; Netto, 2017). Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 2

N° da pergunta	Muito Relevante	Relevante	Pouco Relevante	Irrelevante	Total de participantes
1	6	0	0	0	6
Porcentagem	100%	0%	0%	0%	100%

A segunda pergunta do formulário, diz respeito à frequência direta no acompanhamento de pacientes em fase terminal ou seus respectivos familiares, houve uma variação entre a frequência do acompanhamento desse público-alvo, sendo que 50% dos entrevistados informaram que raramente o acompanham, o restante das respostas ficaram divididas igualmente entre diariamente (16,7%), semanalmente (16,7%) e mensalmente (16,7%), indicando diferentes níveis de acompanhamento, diretamente e indiretamente, dos profissionais no cotidiano da rede intersetorial. Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 3

N° da pergunta	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Raramente	Total de participantes
2	1	1	1	3	6
Porcentagem	16,7%	16,7%	16,7%	50%	100%

A terceira pergunta, buscou evidenciar os principais desafios enfrentados na prática profissional em relação ao tema da pesquisa, os entrevistados podendo marcar mais de uma dentre das opções fornecidas, ou ainda escrever um novo tópico na opção “outros”. Entre os desafios abordados, os que obtiveram mais votos foram as limitações institucionais (50%), a resistência da família (50%) e o impacto emocional e pessoal. As respectivas opções falta de recursos externos e a assistência à sociedade, ao fortalecimento de vínculos, ambas com apenas uma seleção (16,7%). Esses elementos revelam que a prática profissional é atravessada por barreiras estruturais e subjetivas. Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 4

N° da pergunta	Limitações institucionais	Resistência da família	Falta de recursos externos	Impacto emocional e pessoal	Assistência à sociedade, fortalecimento de vínculos	Total de participantes
3	3	3	1	3	1	6
Porcentagem	50%	50%	16,7%	50%	16,7%	100%

A quarta pergunta, tem o intuito de avaliar de acordo com a respectiva instituição do entrevistado o nível da articulação do Serviço Social e a equipe multiprofissional em relação ao tema proposto. As respostas oscilaram nessa questão, ficando empatadas as alternativas bom e excelente, ambas com 33,3% dos votos, a opção regular e ruim também empataram o resultado, ambas com 16,7% dos votos, evidenciando que ainda há fragilidades na integração entre Serviço Social e as demais áreas de conhecimento que atuam nessas instituições.

Conforme mostra a tabela a seguir, dado retirado da pesquisa:

TABELA 5

N° da pergunta	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Total de participantes
4	2	2	1	1	6
Porcentagem	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%	100%

A quinta pergunta, é referente às estratégias de apoio às famílias e aos pacientes que os assistentes sociais utilizam com maior frequência em sua prática profissional, podendo nesta questão o entrevistado selecionar mais de uma alternativa. Nesta pergunta todos os entrevistados marcaram as opções escuta qualificada, orientação sobre os direitos e os benefícios e os encaminhamentos a serviços externos, totalizando 100% dos votos, em seguida a alternativa com 50% dos votos foi o apoio em decisões éticas e difíceis e por fim, o acolhimento teve 16,7%. Esse panorama revela que o Serviço Social atua prioritariamente na escuta, na orientação e na realização de encaminhamentos, mas enfrenta desafios para consolidar práticas mais amplas de suporte ético e emocional às famílias. Conforme mostra a tabela abaixo, retirado da pesquisa, dado retirado da pesquisa:

TABELA 6

N° da pergunta	Escuta Qualificada	Orientação sobre direitos e benefícios	Encaminhamentos a serviços externos	Apoio em decisões éticas e difíceis	Acolhimento	Total de participantes
5	6	6	6	3	1	6
Porcentagem	100%	100%	100%	50%	16,7%	100%

A sexta pergunta, trata a respeito do asseguramento dos direitos dos pacientes em fase terminal no âmbito da atuação profissional, 50% dos entrevistados alega que os direitos são parcialmente assegurados, 33,3% dos profissionais alegam que os direitos são assegurados e 16,7% de acordo com a sua experiência afirma que os direitos desse público não são assegurados. Esse resultado revela uma realidade marcada por avanços, mas também por lacunas institucionais, indicando que, embora haja esforços para assegurar dignidade e cuidado integral, ainda existem barreiras que impedem a efetivação plena dos direitos. Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 7

N° da pergunta	Sim	Parcialmente	Não	Total de participantes
6	2	3	1	6
Porcentagem	33,3%	50%	16,7%	100%

A sétima pergunta do questionário, revela a percepção e a ciência dos profissionais a respeito da existência de protocolos institucionais, voltados ao atendimento de pessoas em fase terminal e seus respectivos familiares. A metade dos entrevistados (50%) afirma que não existe protocolo a ser seguido em sua instituição, enquanto 16,7% afirma que existe protocolo e que é seguido regularmente, 16,7% afirma que possui protocolo, porém é pouco aplicado e 16,7% afirma que não tem ciência se existe tal protocolo em sua instituição. Esse panorama demonstra que os assistentes sociais ainda depende, em grande medida, de iniciativas individuais e da articulação multiprofissional, já que a ausência ou desconhecimento de protocolos compromete a atuação e o serviço proposto, reforçando a necessidade de institucionalizar diretrizes claras que orientem o trabalho diante da terminalidade da vida e do luto. Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 8

N° da pergunta	Sim, e é seguido regularmente	Sim, mas pouco aplicado	Não existe protocolo	Não tenho ciência	Total de participantes
7	1	1	3	1	6
Porcentagem	16,7%	16,7%	50%	16,7%	100%

A oitava pergunta, teve o intuito de saber quais os recursos externos são mais mobilizados para prestar apoio aos pacientes em fase terminal e seus respectivos familiares, podendo os entrevistados marcarem mais de uma das alternativas, visando um resultado mais amplo, juntamente com a adição de uma nova alternativa na opção outros. No entanto, todos os entrevistados marcaram a opção de encaminhamento para as demais redes de proteção, em seguida, 66,7% dos entrevistados marcaram a opção de apoio psicológico externo (encaminhamento para o Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, ou instituições que prestam serviço psicológico de forma gratuita ou com um valor simbólico, ex.: a universidade

e faculdades, visando abranger e abarcar a sociedade), revelando a importância de suporte especializado para lidar com a terminalidade da vida, o sofrimento emocional e o luto. Por fim, os serviços de saúde comunitário e ONGs/associações de apoio, ambas com 16,7% das respostas dos entrevistados, indicam que, embora presentes, ainda não são recursos amplamente acionados. Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 9

N° da pergunta	Encaminhamento para as demais redes de proteção	Serviços de saúde comunitários	Apoio psicológico externo	ONGs ou associações de apoio	Total de participantes
8	6	1	4	1	6
Porcentagem	100%	16,7%	66,7%	16,7%	100%

A nona pergunta, busca avaliar o impacto emocional dos assistentes sociais em suas vidas pessoais, a maioria (83,3%) dos entrevistados avalia como moderado o impacto emocional, enquanto 16,7% marcou a opção muito alto, não obteve resposta para as alternativas alto e baixo. embora alguns tenham indicado impacto “alto” ou “muito alto”, reforçando a necessidade de suporte psicológico aos profissionais. Esse resultado revela que, embora a prática profissional diante da terminalidade da vida e do luto gere uma carga emocional significativa, a maioria dos assistentes sociais percebe esse impacto como administrável, ainda que presente de forma constante. A marcação da opção muito alto, evidencia que, para alguns profissionais, o enfrentamento cotidiano da terminalidade da vida, e do luto pode ser desgastante. Sendo assim, reforça a importância de suporte institucional psicológico, além de espaços de reflexão coletiva, para que os profissionais possam lidar com as exigências emocionais sem comprometer a sua saúde mental e a sua qualidade de vida.

Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 10

N° da pergunta	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Total de participantes
9	1	-	5	-	6
Porcentagem	16,7%	-	83,3%	-	100%

Na décima pergunta, segundo a experiência dos assistentes sociais, foi perguntado quais são as práticas de cuidado social que têm maior impacto positivo para pacientes em fase terminal da vida e seus familiares, podendo marcar mais de uma alternativa e adicionar uma nova alternativa na opção outros. Dentre as opções as duas mais selecionadas foram a orientação sobre direitos e o encaminhamento a serviços externos, cada um com respectivamente 83,3% das respostas, seguidos da opção mediação de conflitos familiares, com 50% das respostas, do apoio emocional com cerca de 33,3% das respostas e por último a concessão de benefícios com apenas 16,7% (fornecido pelo CRAS e CREAS) das respostas. Esse panorama revela que a atuação do Serviço Social se concentra principalmente na defesa de direitos e na articulação de recursos externos, como encaminhamento para a rede intersetorial, mas também reconhece a necessidade de ampliar práticas de suporte emocional e de mediação familiar para o fortalecimento dos vínculos familiares. Conforme mostra a tabela abaixo, dado retirado da pesquisa:

TABELA 11

N° da pergunta	Alternativas	Respostas	Porcentagem	
10	Apoio Emocional	2	33,3%	
	Orientação sobre direitos	5	83,3%	
	Mediação de conflitos familiares	3	50%	
	Encaminhamento a serviços externos	5	83,3%	
	Concessão de benefício	1	16,7%	
	Total de participantes	6	Total (%)	100%

No contexto do SUS, o assistente social atua na mediação entre usuários e políticas públicas, articulando competências técnicas e habilidades relacionais que garantem o acesso universal e integral à saúde. Além da escuta qualificada e da análise crítica das demandas sociais, sua prática se fundamenta na instrumentalidade do Serviço Social, conceito

trabalhado por Guerra (2007), que compreende os instrumentos e técnicas como mediações que expressam o projeto ético-político da profissão. Nesse sentido, a instrumentalidade não se reduz ao uso de ferramentas operacionais, mas envolve a capacidade de interpretar a realidade social e intervir de forma crítica e propositiva. Assim, o trabalho do assistente social no SUS articula teoria e prática, fortalecendo a cidadania e enfrentando as expressões da questão social, conforme também destaca Iamamoto (2007) ao enfatizar o compromisso da profissão com a efetivação dos direitos sociais.

A décima primeira pergunta, teve o intuito de saber se no espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais entrevistados havia algum tipo de acompanhamento ou suporte psicológico voltado para os profissionais que atuam mediante a terminalidade da vida. A metade dos entrevistados (50%) afirmou que esse suporte existe, mas ocorre apenas de forma eventual, enquanto 33,3% disseram que suas instituições não oferecem esse tipo de acompanhamento. Apenas 16,7% relataram receber suporte psicológico regularmente, e nenhum participante declarou desconhecer a situação. Esses dados revelam que, embora haja iniciativas de apoio, elas ainda são insuficientes, deixando grande parte dos profissionais sem acompanhamento contínuo, tendo provavelmente que optar por atendimento no âmbito privado. Isso reforça a necessidade de políticas institucionais que garantam suporte psicológico estruturado e permanente, considerando o impacto emocional significativo que a atuação diante da terminalidade da vida pode exercer sobre os profissionais. Conforme mostra o gráfico abaixo, retirado da pesquisa:

TABELA 12

N° da pergunta	Sim, regularmente	Sim, mas de forma eventual	Não oferece	Não sei informar	Total de participantes
11	1	3	2	-	6
Porcentagem	16,7%	50%	33,3%	-	100%

A décima segunda e última pergunta de múltipla escolha, abordou a percepção dos profissionais sobre a promoção de espaços de debate, reflexão ou troca com a equipe multiprofissional a respeito das atuações diante de casos de pacientes terminais. A metade dos entrevistados (50%) afirmou que esses espaços existem, mas são promovidos apenas de forma ocasional, enquanto 16,7% relataram que ocorrem frequentemente. Já outros 16,7% disseram que a instituição não promove tais momentos, e o mesmo percentual declarou não

saber informar. Esse panorama evidenciou que, embora haja iniciativas de debates e trocas entre a equipe multiprofissional, elas ainda não são sistemáticas nem amplamente consolidadas. Conforme mostra o gráfico abaixo, retirado da pesquisa:

TABELA 13

N° da pergunta	Sim, frequentemente	Sim, ocasionalmente	Não promove	Não sei informar	Total de participantes
12	1	3	1	1	6
Porcentagem	16,7%	50%	16,7%	16,7%	100%

Em síntese, os gráficos e as tabelas analisados revelaram um cenário em que o Serviço Social desempenha papel fundamental na defesa da dignidade e dos direitos de pacientes em fase terminal, mas enfrenta barreiras institucionais, emocionais e estruturais que demandam maior investimento em protocolos, suporte psicológico e espaços de reflexão multiprofissional. O conjunto dos dados confirma que a atuação exigiu não apenas competência técnica, mas também sensibilidade, compromisso ético-político e condições institucionais adequadas para que o cuidado integral seja efetivamente garantido. Mais a frente, no item 3.4, fazemos um balanço síntese desses dados para melhor compreensão dos resultados.

3.3 Cotidiano profissional: percepções e narrativas sobre a terminalidade da vida

3.3.1 Resultados das respostas abertas: Profissionais alegam ausência de protocolos sobre terminalidade da vida, os cuidados paliativos se demonstram relevantes, mas não estruturados e o aumento do envelhecimento populacional expõe novas vulnerabilidades e demandas ao Serviço Social

A questão aberta do formulário possibilitou captar percepções mais subjetivas e detalhadas dos assistentes sociais, revelando preocupações, experiências e lacunas institucionais que não aparecem nos dados quantitativos. Essas falas trouxeram à tona a dimensão humana e prática da atuação profissional diante da terminalidade da vida e do luto.

Uma das entrevistadas, vinculada a uma instituição de caráter paraestatal do Sistema S, destacou que “o tema dos cuidados paliativos ainda não é trabalhado de forma estruturada,

embora a prática já demonstre sua relevância". Ela informou que situações envolvendo usuários em fase terminal não poderiam mais ser tratadas como excepcionais, evidenciando a necessidade de institucionalizar o debate. Essa fala confirma a análise de Arantes (2019), ao afirmar que os cuidados paliativos devem ser incorporados desde o diagnóstico, e não apenas nos momentos finais da vida.

Outra contribuição relevante foi a observação sobre o fenômeno cada vez mais evidente da presença de pessoas idosas longevas na sociedade (tendo cada vez mais predominância no âmbito urbano) que permanecem ativas, mas já inseridas em uma etapa marcada por vulnerabilidades e aproximação da finitude da vida. Essa percepção dialogou com Franco (2021), que ressalta a importância de compreender o luto e a terminalidade da vida como processos sociais que impactavam não apenas o indivíduo, mas também os seus familiares, a sua rede de apoio e a sociedade.

Além disso, alguns participantes enfatizaram a ausência de espaços institucionais de debate e de reflexão sobre a terminalidade da vida, o que desloca a responsabilidade para respostas individuais das equipes e de cada profissional, gerando insegurança na instrumentalidade técnico-operativa da profissão e o evitamento e o preconceito do tema, promovendo a exclusão dos indivíduos em fase terminal da vida e aos enlutados. Essa lacuna reforça a necessidade de políticas públicas que promovam formação continuada e espaços de discussão da equipe multiprofissional.

Essas narrativas revelam que, embora os profissionais reconheçam a relevância de sua atuação, enfrentam barreiras institucionais e emocionais que dificultam a consolidação de práticas estruturadas de cuidados paliativos e de acompanhamento ao luto.

3.4 Balanço dos dados: síntese das percepções e dos desafios

Após a análise das respostas fechadas e abertas, foi possível sistematizar os principais achados da pesquisa, permitindo organizar de forma objetiva os elementos que se destacaram até aqui, buscando oferecer uma visão clara e integrada da realidade investigada.

Principais pontos observados:

- Relevância reconhecida pelos profissionais a respeito do tema para a atuação profissional em seu cotidiano: todos os participantes (6) consideraram a atuação do Serviço Social muito relevante no cuidado de pacientes em fase terminal e suas respectivas famílias, confirmando o papel estratégico da

profissão na humanização do cuidado que envolvem o processo de finitude da vida (Bravo, 1996; Netto, 2017).

- Desafios institucionais: as limitações estruturais, ausência ou pouca aplicação de protocolos e fragilidades na articulação multiprofissional foram recorrentes, revelando lacunas na institucionalização dos cuidados em fase terminal da vida, mostrando a fragilidade da abordagem desse tema em sociedade.
- Impacto emocional: os profissionais relataram impactos moderados a altos em sua vida pessoal, indicando a necessidade de suporte psicológico contínuo e espaços de reflexão coletiva na instituição e durante a sua jornada profissional.
- Estratégias e instrumentos profissionais: escuta qualificada, orientação sobre direitos, encaminhamentos externos e apoio emocional são as práticas mais utilizadas pelos assistentes sociais entrevistados, demonstrando compromisso ético-político com a sociedade.
- Resposta aberta: destacam a ausência de abordagem estruturada em instituições de caráter paraestatal, a crescente demanda de idosos longevos e a falta de espaços institucionais para o debate do tema, o que desloca a responsabilidade para respostas individuais das equipes e dos profissionais.
- Necessidade de políticas públicas: os relatos reforçam a urgência de ampliar a formação continuada, consolidar protocolos institucionais e criar fóruns de discussão multiprofissional sobre a terminalidade da vida e o luto, desmistificando a resistência que perpassa esse tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo analisar a atuação do Serviço Social diante da terminalidade da vida e do luto e suas mediações profissionais. A escolha do tema decorreu da necessidade de compreender como a profissão, comprometida com a defesa dos direitos e da dignidade humana, pode contribuir para práticas que respeitem não apenas o indivíduo em sua singularidade, mas também sua família e rede de apoio em momentos de vulnerabilidade social, visa precaver internações clínicas que podem ser evitadas no âmbito hospitalar, consequentemente fornecendo apoio ao público-alvo durante esse momento que mesmo que seja delicada tem a necessidade de ser abordado.

No primeiro capítulo, foi realizada uma contextualização teórica sobre a terminalidade da vida, o luto e o papel do Serviço Social. Foram discutidos conceitos fundamentais, sentidos atribuídos à morte e tipologias da terminalidade da vida, destacando que o processo de morrer é atravessado por dimensões sociais, culturais e políticas. Também se evidenciou que o luto é uma experiência humana e social que demanda acolhimento e políticas públicas adequadas que abarque e acompanhe os indivíduos durante o processo.

No segundo capítulo, a análise se voltou para a política de saúde, abordando a consolidação do SUS como direito universal e os avanços e desafios relacionados aos cuidados paliativos. Foram discutidos os determinantes sociais da saúde, a medicalização da morte e a inserção do Serviço Social na política de saúde, reafirmando o compromisso ético-político da profissão com a humanização do cuidado e a defesa dos direitos sociais.

No terceiro capítulo, os caminhos metodológicos e os resultados da pesquisa realizada com assistentes sociais atuantes em diferentes âmbitos profissionais, como a saúde, a assistência social e as organizações de caráter paraestatal no território do Distrito Federal. Foram descritos os procedimentos metodológicos, o uso de formulário eletrônico e os cuidados éticos que asseguraram a integridade dos participantes na resolução do questionário e construção dessa pesquisa.

Na sequência, os dados das questões fechadas revelaram a percepção unânime da relevância do Serviço Social no cuidado de pacientes em fase terminal da vida, mas também evidenciaram desafios institucionais, como a ausência de protocolos claros e a fragilidade da articulação multiprofissional. As respostas abertas trouxeram narrativas que aprofundaram a análise, destacando a falta de estruturação do tema dos cuidados paliativos em algumas instituições, a crescente demanda de idosos longevos e a carência de espaços institucionais de debate sobre a terminalidade da vida.

O balanço dos dados permitiu sistematizar os pontos centrais:

- Reconhecimento unânime da relevância do Serviço Social no cuidado de pacientes em fase terminal da vida.
- Desafios institucionais, como ausência de protocolos e fragilidade da articulação da equipe multiprofissional.
- Impacto significativo na saúde mental e na vida pessoal dos profissionais.
- O uso de instrumentos estratégicos da profissão, centradas na escuta qualificada, orientação sobre direitos e encaminhamentos externos.

O balanço dos dados confirma que a atuação do Serviço Social diante da terminalidade da vida exige não apenas competência técnica, mas também sensibilidade, compromisso ético-político e capacidade de articulação institucional. Os dados empíricos confirmam que, embora os profissionais reconheçam a importância de sua prática, enfrentam barreiras que limitam a efetividade de sua intervenção.

Diante dos resultados obtidos, recomenda-se o fortalecimento das políticas públicas voltadas para os cuidados paliativos, de modo a assegurar que pacientes em fase terminal tenham acesso a práticas humanizadas e integradas. Além disso, torna-se essencial ampliar a formação continuada dos profissionais de saúde e do Serviço Social, garantindo que estejam preparados para lidar com as múltiplas dimensões que envolvem a terminalidade da vida e o luto.

Outro ponto relevante é a criação de protocolos institucionais claros que orientem a atuação profissional diante da terminalidade, evitando que a prática se restrinja a respostas individuais e fragmentadas. Também se destaca a necessidade de implementar espaços de debate e reflexão multiprofissional sobre a morte e o luto, favorecendo a troca de experiências e a construção coletiva de estratégias de cuidado. Por fim, recomenda-se a promoção de fóruns de discussão e o incentivo a pesquisas futuras que aprofundem o tema, especialmente no contexto das instituições de caráter paraestatal e diante das demandas crescentes da população idosa na sociedade, principalmente em áreas urbanas, que evidenciam a urgência de respostas estruturadas e qualificadas.

No decorrer da pesquisa, não foi possível realizar entrevista com assistentes sociais do Hospital de Apoio, especializado em cuidados paliativos. Apesar da relevância desse espaço para o tema da terminalidade da vida, questões práticas e limitações pessoais de deslocamento inviabilizaram a concretização dessa etapa. Reconhece-se que a inclusão desses profissionais poderia enriquecer ainda mais a análise, mas a impossibilidade de acesso não comprometeu a compreensão geral da atuação do Serviço Social diante da terminalidade da vida e do luto, já que outros espaços socioassistenciais foram contemplados.

Da mesma forma, não houve entrevista com assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). No CRAS visitado, a assistente social da unidade encontrava-se em licença-servidor, o que impossibilitou a coleta de dados nesse equipamento. Diante dessa circunstância, optou-se por entrevistar uma assistente social do CREAS (localizado no mesmo lote do CRAS), o que possibilitou a ampliação da análise sobre o papel do Serviço Social no contexto da terminalidade da vida e do luto através da vulnerabilidade e/ou risco social.

Este estudo reafirma que a morte, embora inevitável, deve ser acompanhada com dignidade, respeito e humanização. O Serviço Social, ao reconhecer a terminalidade como parte da vida, contribui para práticas que minimizam o sofrimento, fortalecem vínculos familiares e comunitários e asseguram direitos sociais até o último instante da existência.

Diante disso, recomenda-se o fortalecimento de políticas voltadas para cuidados paliativos, a ampliação da formação continuada em Serviço Social, e a criação de fóruns de discussão que permitam o compartilhamento de experiências e a construção coletiva de estratégias. Tais medidas são fundamentais para assegurar que o processo de morte tenha um acompanhamento digno, reafirmando o papel estratégico do Serviço Social na defesa dos direitos sociais até o último instante da vida.

Assim, conclui-se que a profissão possui papel estratégico na construção de respostas humanizadas e inclusivas, capazes de enfrentar os desafios culturais contemporâneos relacionados à terminalidade da vida e ao luto, reafirmar seu compromisso ético-político com a justiça social e a dignidade humana.

REFERÊNCIAS

ACTIONAID. **Índice de Justiça Econômica Racial (IJER): relatório 2023** *[Internet]*. São Paulo: ActionAid, 2023. Disponível em: https://actionaid.org.br/fique-por-dentro/noticias/primeiro-indice-que-mede-justica-economica-integrando-raca-e-genero-e-lancado-no-brasil-com-a-participacao-da-actionaid/. Acesso em: 04 junho de 2026.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. São Paulo: Sextante, 2019.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**. Petrópolis: Vozes, 2017.

BANDEIRA, Luís Cláudio Cardoso. **A morte e o culto aos ancestrais nas religiões afro-brasileiras**. Último Andar, (19), p. 33-39. Recuperado de https://revistas.pucsp.br/index.php/ultimoandar/article/view/13304. Acesso em: 21 de junho de 2026.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2012.

BORGES, Adolfo. **Breve estudo filosófico sobre a finitude humana**. Revista de Direito do Ministério Público, n. 94, 2024.

BRASIL ESCOLA. **Estudo Teórico da Morte** *[Internet]*. Disponível em: https://brasilescola.uol.com.br/psicologia/estudo-teorico-morte.htm. Acesso em: 23 de fevereiro de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil** *[Internet]*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 22 de fevereiro de 2026.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza e Maurílio Castro de Matos. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** Disponível em: https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf. Acesso em: 23 de março de 2026.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 31, n. 81, p. 11-23, 2007.

BUTLER, Judith. **A força da não violência: um vínculo ético-político**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CALHEIROS, Renan. **Relatório Final da CPI da Pandemia**. Brasília: Senado Federal, 2021.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2003.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ACERVOS PRESIDENCIAIS. Jair Messias Bolsonaro. Brasília: Arquivo Nacional, 2026. Disponível em: https://presidentes.an.gov.br/. Acesso em: 23 de junho de 2026.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde** *[Internet]*. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 23 de março de 2026.

CNN BRASIL Nacional. **Número de evangélicos cresce e de católicos diminui no Brasil, aponta IBGE** *[Internet]***.** Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/numero-de-evangelicos-cresce-e-de-catolicos-diminui-no-brasil-aponta-ibge/. Acesso em: 30 de maio de 2026.

COBBS, Elizabeth L. LYNN, Joanne. MANFREDI, Rita A. **Paciente terminal**. MSD Manuals – Edição para profissionais, 2024.

COSTA, M. A. **Espiritualidade e cuidados paliativos: percepções de profissionais de saúde**. Revista de Saúde Coletiva, v. 32, n. 2, 2022.

CRUZ, Barbara Pimentel da Silva. **A morte e os mortos na perspectiva das religiões de matriz africana**. XV Reunião de Antropologia do Mercosul, 2019. Disponível em: https://www.ram2025.sinteseeventos.com.br/trabalho/view?q=eyJwYXJhbXMiOiJ7XCJJRF9UUkFCQUxIT1wiOlwiMzM4M1wifSIsImgiOiI2MzVkMTU5ZTExMGQ5ZTQ4ZWMzMTVmNTRlYzE1MDMzMSJ9. Acesso em: 21 de junho de 2026.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, Patrícia Regina Corrêa. **Ritos e rituais – vida, morte e marcas corporais: a importância desses símbolos para a sociedade**. VIDYA, Santa Maria, v. 29, n. 2, p. 71-86, jul./dez. 2009.

DICIO. **Enlutado**. Dicionário Online de Português. São Paulo: 7Graus, 2026. Disponível em: https://www.dicio.com.br/enlutado/. Acesso em: 21 de junho de 2026.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 1893.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio: estudo de sociologia**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e lutas feministas.** São Paulo: Elefante, 2019.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil**. São Paulo: Globo, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANCO, Maria Helena Pereira. **O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno.** São Paulo: Summus Editorial, 2021.

FRANKL, V. **Em busca de sentido**. Petrópolis: Vozes, 2005.

FROSSARD, Andrea; SCHAEFFER, Marli; SIMÕES, Alessandra Gomes. **Competências do Serviço Social em Cuidados Paliativos: notas preliminares**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2024.

G1. **Cruzes lembram vítimas da Covid-19 em protesto na Esplanada** *[Internet]*. Disponível em: https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/06/28/cruzes-lembram-vitimas-da-covid-19-em-protesto-na-esplanada.ghtml. Acesso em: 30 de maio de 2026.

G1. **Prazo de prisão domiciliar de Bolsonaro termina na quinta; prorrogação depende de Moraes**. Brasília: Globo, 22 de junho de 2026. Disponível em: https://g1.globo.com/politica/noticia/2026/06/22/prazo-de-prisao-domiciliar-de-bolsonaro-termina-na-quinta-prorrogacao-depende-de-moraes.ghtml. Acesso em: 23 de junho de 2026.

GOMES, Beatriz. **Cartilha sobre o luto** *[Internet]*. Disponível em: https://www.puc-campinas.edu.br/wp-content/uploads/2022/02/Cartilha-sobre-luto-Versao-Final.pdf. Acesso em: 23 de março de 2026.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

GUTIERREZ, Pilar L. **O que é o paciente terminal?** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 47, n. 2, p. 92, 2001.

HEIDEGGER, Martin. Ser e tempo. Tubingen: Niemeyer, 1927.

HOBSBAWM, Eric J. **Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

HOFFMANN, L. B. **Vivências de pacientes em cuidados paliativos: perdas funcionais e preocupações familiares**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 3, 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41.ed. São Paulo. Cortez, 2014.

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

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e Questão Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IANNI, Octavio. **A Questão Social**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Número de evangélicos cresce e de católicos diminui no Brasil, aponta IBGE** *[Internet]*. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil/numero-de-evangelicos-cresce-e-de-catolicos-diminui-no-brasil-aponta-ibge/ . Acesso em: 04 de junho de 2026.

IHU - Instituto Humanitas Unisinos. **Covid-19: o julgamento que Jair Bolsonaro não enfrentou** *[Internet]*. Disponível em: https://ihu.unisinos.br/categorias/656845-pandemia-de-covid-19-o-julgamento-que-jair-bolsonaro-nao-enfrentou?utm_source=copilot.com Acesso em: 20 de abril de 2026.

ISRAELY, Keillha. **Desafios e importância do suporte social no luto** *[Internet]*. Disponível em: https://casadurvalpaiva.org.br/desafios-e-importancia-do-suporte-social-no-luto/. Acesso em 05 de junho de 2026.

JACCOUD, Luciana. SILVA, Frederico Barbosa. **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2010.

JELIN, Elizabeth. **Los Trabajos de la Memoria**. Madrid: Siglo XXI, 2002.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer** - 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. São Paulo: FAPESP, 1999.

LIMA, Isabela Santos. **Cuidados Paliativos e Serviço Social: reflexões mediante a atuação profissional na saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024.

MARQUES, Dalilia. Revista da Faculdade Master de Parauapebas - FAMAP. **A Psicologia no Contexto da Terminalidade e a Questão da Espiritualidade** *[Internet]*. Disponível em: file:///C:/Users/monte/Downloads/A+PSICOLOGIA+NO+CONTEXTO+DA+TERMINALIDADE.pdf. Acesso em: 09 de abril de 2026.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 2011.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 1867.

MARX, Karl. **O Capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. **Sobre o Suicídio**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2006.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MICHAELIS. **Enlutado**. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2026. Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/enlutado/. Acesso em: 21 de junho de 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Revista Ciência e Saúde Coletiva. **Cuidar do processo de morrer e do luto**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Acesso em: 20 de abril de 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Diretrizes para cuidados paliativos no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020 *[Internet]*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos. Acesso em: 08 de junho de 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Últimos dias de vida** *[Internet]*. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf. Acesso em: 09 de abril de 2026.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8ª edição. São Paulo: Cortez, 2017.

NETTO, José Paulo. **Crise do capital e Questão Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política e pauperismo**. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, A. C. BURLÁ, Claudia. **Cuidados paliativos: fundamentos e práticas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

OLIVEIRA, R. M.; MACHADO, M. F. **Comunicação compassiva em cuidados paliativos**. Revista Psicologia Hospitalar, v. 19, n. 1, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Rio-Political-Declaration-on-SDH-20111021.pdf. Acesso em: 04 de junho de 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Definição de cuidados paliativos**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/palliative-care. Acesso em: 22 de junho de 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doença por coronavírus (COVID-19): pandemia**. Genebra: OMS 2023. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019. Acesso em: 20 de junho de 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Reduzindo a desigualdade em uma geração: equidade em saúde por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde: relatório final da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703. Acesso em: 22 de junho de 2026.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PATTO, Maria Helena Souza. **Introdução à psicologia escolar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2020.

PY, Lígia. OLIVEIRA, José Francisco P. BURLÁ, Claudia. **Cuidados paliativos: fundamentos e práticas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

RIDENTI, Marcelo. **Em busca do povo brasileiro: artistas da revolução, do CPC à era da TV**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANTOS, Márcia Andrade. Secretaria da Saúde. **Cartilha de orientação às famílias em luto.** Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024.

SCIELO, Brasil. Serviço Social e Sociedade. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista** *[Internet]***.** Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-6628.236. Acesso em: 20 de abril de 2026.

SCIELO. **Revisão narrativa sobre espiritualidade em cuidados paliativos**. SciELO Brasil, 2023.

SILVA, Jessika Naftali de Andrade. **Questão Social e Pauperismo: aproximações teóricas**. Paranavaí: Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR, 2020.

SILVA, Maria Cecília Nóbrega. JESUS, Simone Cleide Rodrigues. MESQUITA, Andrea Pacheco. **Serviço Social e Cuidados Paliativos: atuação de assistentes sociais na política de saúde no Brasil.** Campinas: UNICAMP, 2025.

SOUSA, Simone Alves. **A Questão Social como base para o surgimento do Serviço Social**. Disponível em: https://share.google/DnwsWteQxvwLKlNuE. Acesso em: 24 de março de 2026.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

OS CUIDADOS QUE ENVOLVEM A PESSOA EM FASE TERMINAL DA VIDA NO CONTEXTO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

Este formulário integra a pesquisa de campo do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da discente Maria Eduarda Monteiro Pereira de Barros, do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília - UnB no campus Darcy Ribeiro, e tem como objetivo compreender a atuação dos assistentes sociais, preferencialmente que atuam no âmbito hospitalar, nos cuidados voltados a pacientes em fase terminal da vida, bem como o suporte oferecido às famílias enlutadas. Todas as respostas serão tratadas de forma estritamente confidencial, sem qualquer risco de vazamento de dados pessoais. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, não havendo qualquer uso comercial ou exposição pública dos participantes. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo para o respondente.

A relevância deste estudo está em reconhecer que o processo de terminalidade da vida exige cuidados integrais e humanizados, nos quais o Serviço Social desempenha papel essencial ao assegurar direitos, apoiar famílias e articular recursos institucionais. A pesquisa busca romper com a invisibilidade dos enlutados, reconhecendo que o luto é uma experiência social que demanda acolhimento e políticas públicas adequadas. Assim como a saúde dos profissionais que vivenciam essas experiências em seus cotidianos.

No Brasil, há avanços importantes nesse campo. O **Projeto de Lei nº 883/2020** propõe regulamentar os cuidados paliativos, garantindo que todo paciente em fase terminal tenha direito a uma morte digna, sem dor, e ao respeito à sua autonomia. Além disso, iniciativas como a **Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental** (Lei nº 15.139/2025) reconhecem a necessidade de acolhimento psicológico e social às famílias que vivenciam perdas gestacionais e neonatais, rompendo com o histórico silenciamento do luto. De forma mais ampla, o **Estatuto dos Direitos do Paciente (Lei nº 15.378/2026)** reforça princípios como autodeterminação, diretivas antecipadas de vontade e respeito à dignidade humana, entre outros.

Assim, este formulário pretende contribuir para a valorização da prática profissional do Serviço Social no âmbito hospitalar, destacando a importância de assegurar os direitos dos pacientes em fase terminal e de oferecer suporte adequado às famílias enlutadas, fortalecendo o compromisso ético e humano que deve orientar o cuidado em saúde.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro que li e compreendi as informações apresentadas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e estou ciente de que minha participação é voluntária, confidencial e destinada exclusivamente a fins acadêmicos. *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Ciente

2. Você atua como Assistente Social? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim *Pular para a pergunta 3*
- ◯ Não

OS CUIDADOS QUE ENVOLVEM A PESSOA EM FASE TERMINAL DA VIDA NO CONTEXTO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

De acordo com a sua atuação profissional responda as perguntas a seguir

3. Na sua percepção, qual é a relevância do papel do serviço social no cuidado de pacientes em fase terminal e seus familiares? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Muito relevante
- ◯ Relevante
- ◯ Pouco relevante
- ◯ Irrelevante

4. Com que frequência você acompanha diretamente pacientes em fase terminal ou seus respectivos familiares? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Diariamente
- ◯ Semanalmente
- ◯ Mensalmente
- ◯ Raramente

5. Quais são os principais desafios enfrentados na sua prática profissional nesse contexto? (Pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Limitações institucionais
- ☐ Resistência da família
- ☐ Falta de recursos externos
- ☐ Impacto emocional/pessoal
- ☐ Outro: _____

6. De acordo com a sua instituição, avalie o nível de articulação entre o serviço social e a equipe multiprofissional no cuidado de pacientes terminais. *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Excelente
- ◯ Bom
- ◯ Regular
- ◯ Ruim

7. Na sua prática, quais estratégias de apoio às famílias e pacientes você utiliza com maior frequência? (Pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Escuta qualificada
- [ ] Orientação sobre direitos e benefícios
- [ ] Encaminhamentos a serviços externos
- [ ] Apoio em decisões éticas/difíceis
- [ ] Outro: _____

8. Você considera que os direitos dos pacientes em fase terminal são plenamente assegurados em seu âmbito de atuação? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Parcialmente
- ◯ Não

9. Existe protocolo institucional que orienta sua atuação com pacientes terminais e seus respectivos familiares? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, e é seguido regularmente
- ◯ Sim, mas pouco aplicado
- ◯ Não existe protocolo
- ◯ Não tenho ciência

10. Quais recursos externos você mais mobiliza para apoiar pacientes e familiares? * (Pode marcar mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Encaminhamento para as demais redes de proteção
- [ ] Serviços de saúde comunitários
- [ ] Apoio psicológico externo
- [ ] ONGs/associações de apoio
- [ ] Outro: _____

11. Como você avalia o impacto emocional da sua atuação sobre a sua vida pessoal? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Muito alto
- ◯ Alto
- ◯ Moderado
- ◯ Baixo

12. Na sua experiência, quais práticas de cuidado social têm maior impacto positivo para pacientes em fase terminal e suas famílias? (Pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Apoio emocional
- [ ] Orientação sobre direitos
- [ ] Mediação de conflitos familiares
- [ ] Encaminhamento a serviços externos
- [ ] Outro: _____

13. Em seu espaço sócio-ocupacional há algum tipo de acompanhamento ou suporte psicológico voltado para os profissionais que lidam com pacientes em fase terminal? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, regularmente
- ◯ Sim, mas de forma eventual
- ◯ Não oferece
- ◯ Não sei informar

14. A instituição promove algum espaço de debate/reflexão/troca com a equipe multiprofissional a respeito das atuações profissionais com pacientes terminais? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim, frequentemente
- ◯ Sim, ocasionalmente
- ◯ Não promove
- ◯ Não sei informar

15. Tem algum ponto que ache importante e queira abordar ou contribuir para a pesquisa? (Descreva-o no espaço abaixo)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários