



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social.

SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A RESPEITO DO ENTRAVE AO ACESSO A DIREITOS SOCIAIS

Juliana Taissa Coelho de Souza¹

Resumo: Este artigo tem por finalidade a reflexão sobre a abordagem paliativa no âmbito hospitalar, no que cerne à prática profissional do/a assistente social, visando a mediação aos direitos sociais, em particular os previdenciários e/ou assistenciais. Analisando por meio do método histórico dialético as principais dificuldades encontradas para o acesso ou não aos referidos direitos.

Palavra-chave: Serviço Social; Cuidados Paliativos; Direitos Previdenciários/Assistenciais.

Abstract: This article has as purpose the reflection on the palliative approach in the hospital scope, in which the professional practice of the social worker, aiming the mediation to the social rights, in particular the social security and/ or care. Analyzing through the dialectical historical the main difficulties encountered in accessing or not accessing said rights.

Keyword: Social Service; Palliative Care; Social Security/Assistance Rights.

1. INTRODUÇÃO

O interesse na elaboração deste artigo advém da inserção das autoras no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia com ênfase em Cuidados Paliativos, o qual possibilitou o ingresso no espaço sócio-ocupacional da saúde, mais especificamente em um hospital de referência em oncologia e outras doenças crônicas degenerativas, localizado no estado do Pará, na cidade de Belém.

Parte-se de um estudo bibliográfico de caráter qualitativo, valendo-se de experiências profissionais-acadêmicas para a construção do artigo. O atendimento e acompanhamento aos usuários e suas famílias constituem-se demandas diárias do referido processo de trabalho, a qual sobressaem orientações a direitos sociais, em especial àqueles assistenciais e previdenciários a que os mesmos a partir de avaliação social têm direito, contudo não têm acesso. Neste sentido, procurar-se-á analisar as dificuldades encontradas para o acesso ou não aos referidos direitos, para isso, optou-se pela teoria social de Marx, na perspectiva de apropriação da realidade do objeto, a partir do movimento dialético que aponta as contradições da realidade e a compreensão desta como essencialmente contraditória e em permanente transformação.

O adoecimento por câncer apresenta grandes índices de morbidade e mortalidade e, em consequência, altíssimo crescimento do número de pessoas que são acometidas pela

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade do Estado do Pará, E-mail: julienaufpa@gmail.com.

doença. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), em estudo realizado, alerta para o aumento dos índices, principalmente aqueles decorrentes à exposição de indivíduos aos fatores de risco (causas externas da doença), que são provocados, geralmente, pelas novas formas de sociabilidade impostada pelo processo de industrialização/globalização, como o meio ambiente, local de moradia, trabalho, alimentação e etc.

Esses dados configuram o câncer como uma problemática de saúde pública. Desta feita, torna-se imprescindível a criação de políticas públicas de saúde dirigidas para essa questão, que priorizem a promoção de saúde, detecção/diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos.

2. POLÍTICA PÚBLICA ONCOLÓGICA E CUIDADOS PALIATIVOS: breves reflexões

Para realizar uma breve explanação a respeito da política pública, para pessoas com câncer, e a abordagem de cuidado denominada “cuidados paliativos”, primeiramente é necessário reportar sob qual conceito de saúde estamos debruçados, assim, neste artigo, compreende-se a saúde enquanto direito socialmente garantido pela Constituição Federal do Brasil (CF) datada de 1988, que tem suas bases fundamentadas no conceito de saúde ampliada, que considera as determinações sociais, políticas e econômicas no processo saúde-doença. A propósito, Rezende (1989) destaca:

As manifestações históricas do binômio saúde-doença e as ações de saúde desenvolvidas enquanto práticas sociais são historicamente condicionadas. A apreciação desses fenômenos como processos, e como tais essencialmente dinâmicos, faz com que eles sejam situados num contexto maior. Evitam-se posturas alienantes que podem levar a conclusões simplistas e epidérmicas, tendendo à conservação de estereótipos (p.85).

Desse modo, o processo saúde/doença pode ser considerado um processo multifatorial determinado por fatores seja ambiental, seja biológico, seja social, seja psicológico e espiritual, como é o caso da doença câncer.

O câncer vem tomando proporções significantes na atualidade, seus índices de morbi-mortalidade o tornaram a segunda causa de morte em todo o mundo, segundo dados do INCA. Desta feita, se torna imprescindível a criação de políticas públicas de saúde dirigidas para a questão do adoecimento por câncer, voltadas para promoção de saúde, detecção/diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos.

Nessa perspectiva, foram instituídas algumas medidas voltadas a pessoa com câncer. Em janeiro de 2002 foi instituído o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, tendo como objetivo o estímulo e a organização de serviços de saúde voltados para assistência de pacientes com dor e que necessitem de cuidados paliativos.

No ano de 2005 ocorreu no âmbito do SUS, a criação/implantação de uma política voltada para a atenção de pessoas com doenças oncológicas (PNAB – Portaria nº 2.439) que, posteriormente, fora revogada pela Portaria nº 874/2013 instituindo a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, que estabelece:

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

É importante destacar, também, que a referida portaria define a organização estrutural dos serviços de oncologia, compostos pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), estabelecendo princípios e diretrizes para a promoção, prevenção e controle, cuidado integral, educação e comunicação em saúde. No ano de 2014 a portaria nº 489, que trata de doenças crônicas degenerativas, como é o caso do câncer, tem como objetivo:

I realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Essas legislações exprimem as medidas realizadas pelo poder público a respeito da problemática de saúde-câncer, ressaltando que o tratamento oncológico pode se dar em diferentes propostas terapêuticas e os cuidados paliativos se constitui uma delas.

Para um melhor entendimento sobre cuidados paliativos, começaremos por descrever a origem da palavra, assim paliativo vem do grego pallium, que significa manto, coberta, o qual “descreve” simbolicamente a assistência prestada quando não há cura, os sintomas são cobertos, protegidos (CARVALHO, 2015, p.28).

A definição do cuidado paliativo é traçada pela Organização Mundial da Saúde, e passou por alterações, haja vista a necessidade de transpor lacunas no entendimento e nas propostas de abordagem. Atualmente temos uma concepção que se alinha ao cuidado integral do ser humano, que prioriza a prevenção, a avaliação precoce e eficaz, o tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais. Conforme sinalizado a seguir:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de seus pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais” (WHO, 2017).

A abordagem paliativa se volta para a pessoa e não apenas e/ou somente para a doença, constitui-se em um direito do paciente com diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida e se constitui a única opção de tratamento a pessoas com doenças sem possibilidades de modificação da doença, que denominamos cuidados paliativos exclusivos.

Apesar disso, não comumente o cuidado paliativo é designado aos pacientes cuja doença já está em um estágio incurável, se encontram debilitados e, em sua grande maioria, com sintomas descontrolados, ocasionando em uma abordagem voltada a fase final de vida, quando o foco do cuidado é no bem-estar e amenização de dores. A resolução nº 41, que trata a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS, e estabelece que os cuidados paliativos devem ser ofertados em todo o decorrer da doença, inclusive em fases iniciais:

Art. 3º A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:

- I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
- VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
- VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e
- VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

3. A ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIALNA PERSPECTIVA SOCIOASSISTENCIAL: o acesso de usuários a direitos sociais a partir de experiências profissionais

Historicamente o serviço social é requisitado na área da saúde. Apesar disso, em 1997, com a Resolução nº218, o Conselho Nacional de saúde e, posteriormente, em 1999, com a Resolução nº 383 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), reconhecem a profissão como fundamental na referida área, nesse contexto, o serviço social atua na:

Busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático as informações e estímulo a participação social (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Outras ações importantes do conjunto CFESS – CRESS, no que tange ao aprofundamento, visibilidade, capacitação e direcionamento da prática do/a assistente social na área da saúde, foi a elaboração do documento “PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE”, que trata a intervenção do profissional nesta área em quatro grandes eixos, quais sejam: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

As ações socioassistenciais têm se configurado uma das principais demandas do(a) assistente social e se caracterizam pela contraditoriedade e pelo rebatimento das condições reais de vida da população na política de saúde.

Vale destacar que as múltiplas expressões da questão social² expressas nas condições de vida da população estão inseridas no bojo da contradição capital x trabalho; Minayo (1997) refere, que:

Nossa sociedade capitalista, desigual, injusta e iníqua, para pensar saúde e doença, têm-se que assumir as contradições geradas pelas desigualdades econômicas, políticas, sociais e ideológicas, que se expressam nas concepções e práticas de saúde e doença. Nessa sociedade contraditória, saúde e doença são pensadas, em primeira instância como fatores de produção, e o sistema de saúde é organizado de forma a tornar o indivíduo produtivo.

Nessa perspectiva, as demandas nos chegam revestidas por mazelas próprias do capitalismo, como: fome, desemprego, violências, adoecimento, acesso restrito aos serviços de saúde, dentre outros. Essas demandas são emergenciais e necessitam serem tratadas de tal forma, entretanto, é imprescindível que o profissional não reduza sua atuação ao imediatismo, pois, “se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente, a uma questão

² Segundo Yamamoto (1982), a questão social deve ser compreendida como o conjunto das desigualdades decorrente da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

premente, retiramos dela toda a sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana” (MARTINELLI, 2017 n.p).

Assim, é preciso que o profissional tenha sua intervenção previamente planejada a partir do acolhimento, da escuta qualificada, do reconhecimento e compreensão reflexiva e crítica da realidade sócio-histórica em que nossos usuários estão postos, bem como dos processos de precarização e desmonte em que as políticas públicas, em especial a de saúde, vem sofrendo, o que repercute na vida objetiva e subjetiva dos mesmos, estando articulado e comprometido com o código de ética da profissional e projeto ético político dimensionando uma nova ordem societária.

No contexto dos cuidados paliativos, o/a assistente social compõe a equipe multiprofissional que presta atendimento/acompanhamento, possuindo papel relevante, conforme exposto por Andrade (2015):

O assistente social nas equipes de atenção em cuidados paliativos orienta-se pela atuação com o paciente, família e rede de suporte social, com a instituição em que o serviço encontra-se organizado e com as diferentes áreas atuantes na equipe [...] Conhecer paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao fornecimento de informações e a orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado ao paciente e para a garantia de morte digna. (p.115-118).

Assim, a/o assistente social é um profissional que atua na área da saúde, e em particular, nas equipes de cuidados paliativos, pautando sua atuação com o “paciente, família e rede de suporte social e com a instituição que o serviço encontra-se organizado” (ANDRADE, 2015, p. 115). Faz-se necessário que este profissional compreenda e (re)conheça a realidade social que os mesmos estão inseridos de forma crítica, “sendo capaz de construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos” (Ibidem, 2015, p. 197).

Dessa forma, a/o assistente social, neste contexto, atua diretamente, identificando questões referentes aos direitos sociais, benefícios e serviços, visando a garantia do acesso e/ou manutenção aos mesmos, dentre os quais destacam-se: providencias legais, auxilio doença/aposentadoria por invalidez, acréscimo de 25% na aposentadoria, benefício de prestação continuada (BPC), tratamento fora de domicílio(TFD) representação legal (curatela e procuração), reconhecimento de união, testamentos, sepultamentos, entre outros, realizando quando necessário encaminhamentos e articulações intersetoriais.

No âmbito familiar, auxilia na organização/reorganização do grupo familiar, dentre as quais se destaca a (re)divisão de responsabilidades e tarefas, a construção de redes de apoio, entre outros. Sobretudo, buscando compreender quem e como são os membros dessa família, como se dá a dinâmica do cuidado frente ao adoecer de determinado

membro, quais os reais recursos financeiros, sociais e emocionais, para lidar com o adoecimento e seus impactos em todos os âmbitos de suas vidas, qual o papel/significado que a pessoa adoecida tem na família. Essas considerações permitem uma atuação voltada para a integralidade da pessoa e permitem, de fato, o profissional construir o elo entre família, equipe e instituições setoriais, visando a garantia de direitos.

A partir da experiência profissional vivenciada pelas autoras, ressaltam-se reflexões a respeito do acesso de usuários a benefícios assistenciais/auxílios previdenciários, que lhe configuram como direito legalmente garantido, contudo, verifica-se que geralmente os mesmos não são viabilizados, por diversos motivos, próprios do funcionamento e gerenciamento da política de seguridade social, que com os ataques de sucateamento e precarização são intensificados, gerando uma longa espera para a concessão dos referidos auxílios e/ou benefícios – que na maioria dos casos ocorre a morte do usuário - quando não a sua negação.

É de suma importância destacar que os usuários em tratamento paliativo exclusivo, possuem algumas características próprias e decorrentes do avanço da doença, em outras palavras, são usuários debilitados, com pouca funcionalidade ou com perda da mesma, acamados, que se encontram impossibilitados de locomoção, podendo estar em regime de internação hospitalar e/ou em fase final de vida.

Os atendimentos e acompanhamentos realizados no espaço ocupacional mencionado revelam que muitos usuários, sob esta característica, não têm acesso aos referidos benefícios, o que torna esta questão um elemento a mais de sofrimento para os mesmos e suas famílias, um intensificador de empobrecimento gerado pela ineficiência das políticas públicas sob a égide do capitalismo.

Podemos considerar que a política pública está situada num campo das relações contraditórias presentes na sociedade capitalistas e vem sendo estabelecidas por parte do Estado, visando o enfrentamento da questão social. Em relação às políticas de proteção social, o que se pode perceber é que as mesmas estão dispostas para aqueles indivíduos tidos como improdutivos, como no caso de pessoas adoecidas e não aptas ao trabalho (Frossard, 2016).

A articulação entre a proteção social e política pública se mostra indissociável ao atendimento do paciente oncológico, tornando-se essenciais para prevenção e alívio de sofrimentos, para o alcance de um atendimento integral, proposto pelos cuidados paliativos. A respeito, Sposati (2013, p.653) considera que a política pública de proteção social:

Seu campo de ação não se refere, propriamente, à provisão de condições de reprodução social para restauração da força viva de trabalho humano. As atenções que produz constituem respostas a necessidades de dependência, fragilidade, vitimização de demanda universal próprias da condição humana. Porém, o modo

pelo qual essa demanda é reconhecida e incorporada, as respostas que obtém, no âmbito público ou privado, decorrem de valores, mais, ou menos, igualitários da sociedade para com seus cidadãos.

Sposati (2013) afirma que a sociedade capitalista possui uma lógica antagônica à proteção social, pois a considera a representação e expressão de dependência, atribuindo as suas ações caráter de tutela e assistencialismo, assim a “proteção social é estigmatizada no conjunto da ação estatal e, por consequência, esse estigma se espalha àqueles que usam de suas atenções e, até mesmo, a quem nela trabalha” (2013, p.656).

Torres e Assis (2018, p.154-155) afirmam que as:

Políticas que compõem a Seguridade Social, especialmente a Política Previdenciária, tem impactado no acesso ao tratamento, estando cada vez mais restritivas e menos efetivas, tanto devido ao crescimento do mercado informal quanto em relação a burocratização do acesso dos segurados aos benefícios. Além disso, percebe-se um aumento da demanda pelo acesso aos benefícios da Política de Assistência Social, também em decorrência do crescimento do trabalho desregulamentado no atual contexto político-social.

Essas considerações nos conduzem ao entendimento de que cada vez mais os usuários das políticas de saúde necessitam da política de proteção social, visto o atual cenário político e econômico que estamos vivendo. Faz-se necessária uma real interlocução em rede das políticas que compõem o tripé da seguridade social, com vista a um maior investimento e desburocratização do acesso aos direitos sociais.

4. Considerações Finais

O trabalho do/a assistente social busca viabilizar aos usuários e seus familiares a acessibilidade às políticas públicas, objetivando a garantia dos direitos sociais e ao exercício de cidadania. Assim, o profissional de Serviço Social se encontra inserido no cenário dos cuidados paliativos e possui importante papel, configurando-se o elo entre usuário – família – instituição.

Diante da experiência por outrora vivenciada, foi possível inferir que os profissionais de saúde (dentre eles o Assistente Social) são confrontados diariamente com as múltiplas expressões da questão social, apresentadas por demandas emergenciais dos usuários, dentre eles o não-acesso aos direitos sociais. Assim, o presente trabalho buscou refletir acerca do trabalho do(a) Assistente Social em Cuidados Paliativos Oncológicos, sobretudo no que concerne a demandas socioassistenciais que dizem respeito à mediação aos direitos sociais, principalmente, os assistenciais e previdenciários.

Foi possível identificar que os entraves para acesso, ou não, dos mencionados direitos, são oriundos do próprio sistema capitalista e sua ontológica contradição, que repercute nas

condições objetivas e subjetivas da vida da classe trabalhadora e tem, na política pública, muito mais uma ação focalizada e assistencial do que garantidora de direitos. Torna-se fundamental a articulação da política de atenção oncológica com outras políticas, visando a colaboração entre os pontos de atenção e políticas públicas para a garantia aos direitos, dentre outras medidas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Letícia (Org.). **Cuidados Paliativos e Serviço Social** – um exercício de coragem / Letícia Andrade. – Holambra, SP: Editora Setembro, 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo. Cortez, 2013.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição de República Federativa do Brasil**. 13ª ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

CORTES, Carlos centano, Historia de los cuidados paliativos. 1997. Disponível em: <<http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP#2>>. Acesso em: 30 julho. 2017.

FROSSARD, Andrea. **Os Cuidados Paliativos Como Política Pública: notas introdutórias**. Caderno EBAPE. BR, V. 14, Edição Especial, Artigo 12, Rio de Janeiro, 2016.

MINAYO, MC de S. et al. Saúde e doença como expressão cultural. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, 1997.

Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 874, de 16/05/2013** – Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria874.pdf>. Acesso em: 20 agos. 2017.

_____. **Portaria 19/GM, de 3 de janeiro de 2002**. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: Diário Oficial da União, 2002a. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/GM-19.htm>>. Acesso em 15 Set. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2016.

_____. **Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1096-2439.html>>. Acesso em: 17 set. 2017.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, Relatório Final. Brasília: Ministério, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Definition of Palliative Care. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

_____. *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee*, 1986. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 20 set. 2017.

CFESS, Conselho Federal De Serviço Social. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção social e seguridade social no Brasil**: pautas para o trabalho do assistente social. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n 116. 2013.

Torres, J. P., & Assis, E. S. D, **Trabalho e Adoecimento**: as Repercussões Sociais do Tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda. *Rev. bras. cancerol*, 2018, 149-157.