



## Familiares Cuidadores de Pessoas Idosas em Cuidados Paliativos: Invisibilidade, Direitos e Intervenção Socioeducativa no SUS

### *Family Caregivers of Older Adults in Palliative Care: Invisibility, Rights, and Socioeducational Intervention within Brazil's Unified Health System (SUS)*

**Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos**

*Assistente Social, Mestra em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialista em Saúde Pública e Epidemiologia, Cuidados Paliativos, Saúde Mental, Autismo, Psicopedagogia, Educação Inclusiva e Especial, Gestão Educacional (Direção, Coordenação e Supervisão), Gestão de Recursos Humanos e Análise do Comportamento Aplicada (ABA).*

**Albertina Clemente de Santana**

*(Hupes/UFBA)*

**Amarilda Oliveira Santos**

*(Smurb/ UFBA)*

**Andreia dos Santos Campos**

*(Smurb/ UFBA)*

**Christiane Silva Santos**

*(Smurb/ UFBA)*

**Eliete Monção Rocha Paim**

*(Smurb/ UFBA)*

**Jorge Augusto da Silva Pedreira**

*(Hupes/ Smurb/ UFBA)*

**Márcia Maria Cerqueira**

*(Smurb/ UFBA)*

**Nadja Borges Nascimento Passos**

*(Smurb/ UFBA)*

**Washington Souza Santos**

*(Smurb/ UFBA)*

**Resumo:** O acelerado envelhecimento populacional e o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em fase avançada exigem a reorganização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste estudo é analisar as necessidades apresentadas por familiares cuidadores de pessoas idosas em cuidados paliativos hospitalizadas, mapear a invisibilidade social desse público e apresentar uma proposta de intervenção socioeducativa pautada no Arco de Maguerez. Trata-se de um estudo descritivo-analítico de abordagem quantitativa e relacional, realizado com 205 familiares cuidadores em um hospital público e filantrópico em Salvador, Bahia. Os resultados revelam um perfil predominantemente feminino (78,5%), de meia-idade/idosas (média de 49 anos, DP = 13), negras/pardas (82,4%), pertencentes à classe C (59,0%) e sem vínculo formal de trabalho (57,1%). As principais necessidades afetadas concentram-se no abalo emocional diante de sintomas não controlados (81,5%), desconhecimento da doença/tratamento (82,9%), impedimento de fazer

planos futuros (52,2%) e cansaço físico (50,7%). Evidenciou-se a sobrecarga de gênero e a invisibilização institucional do cuidador. A intervenção pautada no Arco de Magueréz culminou na elaboração do “Curso de Formação e Suporte a Cuidadores de Pessoas Idosas”, integrado por suporte psicossocial e letramento em direitos. Conclui-se que o cuidado paliativo deve transcender o modelo biomédico e acolher a unidade paciente-família, consolidando o Serviço Social na garantia do direito à saúde e na defesa da dignidade humana.

**Palavras-chave:** serviço social; cuidados paliativos; idoso; cuidadores familiares; SUS.

**Abstract:** The accelerated population aging and the increase in advanced Non-Communicable Chronic Diseases (NCDs) demand a reorganization of care within the Brazilian Unified Health System (SUS). The objective of this study is to analyze the needs presented by family caregivers of hospitalized elderly people under palliative care, map their social invisibility, and present a socio-educational intervention proposal based on Magueréz’s Arch Method. This descriptive-analytical study with a quantitative approach was conducted with 205 family caregivers at a public and philanthropic hospital in Salvador, Bahia. Results reveal a profile predominantly female (78.5%), middle-aged/elderly (mean age of 49 years, SD = 13), Black/Brown (82.4%), belonging to social class C (59.0%), and without formal employment (57.1%). The main affected needs concentrate on emotional distress facing uncontrolled symptoms (81.5%), lack of knowledge regarding disease/treatment (82.9%), inability to plan for the future (52.2%), and physical exhaustion (50.7%). Gender overload and institutional invisibility of the caregiver were highlighted as evidence. The intervention based on Magueréz’s Arch culminated in the development of the “Training and Support Course for Caregivers of Elderly People”, integrating psychosocial support and rights literacy. Palliative care must transcend the biomedical model and embrace the patient-family unit, strengthening Social Work in guaranteeing health rights and defending human dignity.

**Keywords:** social work; palliative care; elderly; family caregivers; SUS.

## INTRODUÇÃO

O fenômeno da transição demográfica e epidemiológica no Brasil desenha uma dinâmica estrutural caracterizada pela aceleração do envelhecimento populacional e pelo aumento exponencial de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas complicações avançadas (Veras, 2018). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) apontam que o segmento etário de maior crescimento proporcional é o das pessoas idosas longevas, a chamada “quarta idade” (com 80 anos ou mais), grupo marcado por expressiva vulnerabilidade biológica, declínio da capacidade funcional e maior taxa de ocupação dos leitos hospitalares.

No tocante à hospitalização, a pessoa idosa enfrenta longos períodos de internação, demandando elevados recursos físicos, materiais e multiprofissionais (Souza *et al.*, 2013). Todavia, a lógica hospitalar tradicional, estruturada no modelo biomédico e curativista, por vezes negligencia a dimensão biopsicossocial do envelhecimento e a complexidade do término da vida. É nesse cenário que emergem os Cuidados Paliativos (CP) enquanto abordagem assistencial voltada ao alívio do sofrimento, à prevenção da dor e à promoção da qualidade de vida e dignidade de indivíduos cuja enfermidade ameaça a continuidade da vida (Matsumoto, 2013; WHO, 2014).

Nos Cuidados Paliativos, a unidade de cuidado deixa de ser restrita ao paciente isolado e passa a englobar obrigatoriamente o binômio Paciente-Família. O sofrimento associado ao processo de finitude reverbera de forma profunda na dinâmica sócio-familiar. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o familiar responsável que assume a prestação de cuidados informais ao idoso encontra-se frequentemente desamparado. Embora a legislação social e familiar, como o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) e o Código Civil (Lei nº 10.406/2002), estabeleça o dever familiar de prestação de assistência material e imaterial aos ascendentes, a retórica do dever legal oculta a ausência de um suporte público consolidado aos cuidadores (Caldas, 2003). As transformações nos arranjos familiares contemporâneos, aliadas à inserção feminina no mercado de trabalho e à redução das taxas de fecundidade, sobrecarregam as redes informais de apoio (Berquó, 1996).

Nessa perspectiva, o Serviço Social, atuando no espaço interdisciplinar de saúde pública, cumpre papel ético-político e técnico-operativo estratégico. O assistente social atua no acolhimento, na escuta qualificada, na mediação de conflitos institucionais e na garantia dos direitos sociais, promovendo o viés integrativo do cuidado (Yazbek, 2014; Simão, 2010). Este estudo problematiza as reais necessidades dos cuidadores familiares, desvela a invisibilidade social que os cerca e apresenta uma proposta metodológica de intervenção baseada no Arco de Magueréz, culminando na construção de uma tecnologia socioeducativa: o Curso de Capacitação para Cuidadores de Pessoas Idosas.

## METODOLOGIA E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma investigação mista de natureza descritiva, analítica e de intervenção social. O estudo empírico fundamentou-se em uma pesquisa de campo quantitativa realizada em um hospital público e filantrópico de grande porte na cidade de Salvador, Bahia, referência no atendimento à pessoa idosa com ênfase em Geriatria e Gerontologia pelo SUS. Os lócus da pesquisa dispõem de uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) com 56 leitos e tempo médio de permanência de 8 a 10 dias.

A população do estudo foi constituída por familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas em CP. A amostra probabilística e delimitada por conveniência compreendeu 205 familiares cuidadores que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e atuar como principal familiar cuidador e responsável pelo acompanhamento do idoso na UCP, independentemente do diagnóstico ser oncológico ou não. Foram excluídos cuidadores formais contratados, acompanhantes meramente visitantes ou menores de 18 anos. Conforme o censo institucional do período da coleta, ocorreram 353 internamentos na UCP; as perdas amostrais somaram dez sujeitos (um por desistência, cinco por recusa e quatro por serem menores de 18 anos).

## Aspectos Éticos e Aprovação no CEP

A pesquisa atendeu rigorosamente às diretrizes da Resolução nº 466/2012 e da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido, apreciado e formalmente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição hospitalar campo do estudo:

Número do Parecer do CEP: 3.455.910

Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 164.146.19.3.0000.0047

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo, formalizando sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram garantidos os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e confidencialidade dos dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2019. Utilizou-se um questionário estruturado formulado a partir da revisão de literatura e submetido a um teste piloto com 10 participantes (cujos dados foram descartados da amostra final). O instrumento contemplou variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e a investigação de necessidades humanas distribuídas nas quatro dimensões integradoras do ser humano: Física, Emocional, Social/Econômica e Espiritual.

Para o tratamento estatístico, empregou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Realizou-se análise descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão) e testes de associação inferencial (Qui-Quadrado e teste exato de Fisher, adotando nível de significância de  $p < 0,05$ ).

Em etapa posterior à análise empírica, adotou-se o Método do Arco de Magueréz como metodologia problematizada de intervenção na realidade social, composto por cinco etapas encadeadas: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (Elaboração do Curso de Cuidadores).

## APLICAÇÃO DO MÉTODO DO ARCO DE MAGUERÉZ E RESULTADOS

### Etapa 1: Observação da Realidade (Perfil Sociodemográfico)

A imersão no cotidiano da Unidade de Cuidados Paliativos revelou a presença constante de familiares cuidadores vivenciando jornadas extenuantes à beira do leito. Observou-se a precarização das condições de acompanhamento, o isolamento social decorrente da rotina hospitalar e a ausência de um fluxo contínuo de apoio psicológico e instrucional para o cuidado pós-alta.

Os dados sociodemográficos obtidos junto à amostragem ( $n = 205$ ) revelam a estrutura do perfil dos cuidadores familiares:

**Tabela 1 — Perfil Sociodemográfico, Socioeconômico e de Saúde dos Cuidadores Familiares ( $n = 205$ )**

| Variável / Categoria                     | Frequência Absoluta (N) | Frequência Relativa (%) | Média / Desvio-Padrão (DP)    |
|------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Gênero / Sexo                            |                         |                         |                               |
| Feminino                                 | 161                     | 78,5%                   | —                             |
| Masculino                                | 44                      | 21,5%                   | —                             |
| Faixa Etária                             |                         |                         |                               |
| 18 a 39 anos                             | 53                      | 25,9%                   | —                             |
| 40 a 59 anos                             | 105                     | 51,2%                   | Média: 49,0 anos<br>(DP = 13) |
| 60 anos ou mais                          | 47                      | 22,9%                   |                               |
| Raça / Cor Autodeclarada                 |                         |                         |                               |
| Parda                                    | 94                      | 45,8%                   | —                             |
| Negra                                    | 75                      | 36,6%                   | —                             |
| Branca                                   | 36                      | 17,6%                   | —                             |
| Classe Socioeconômica & Trabalho         |                         |                         |                               |
| Classe C                                 | 121                     | 59,0%                   | —                             |
| Classe A/B                               | 53                      | 25,9%                   | —                             |
| Classe D/E                               | 31                      | 15,1%                   | —                             |
| Sem Trabalho Formal (Além do cuidado)    | 117                     | 57,1%                   | —                             |
| Saúde Autodeclarada & Tempo de Cuidado   |                         |                         |                               |
| Saúde Autodeclarada: Razoável / Precária | 111                     | 54,2%                   | —                             |
| Tempo de Cuidado: < 2 meses              | 142                     | 69,3%                   | —                             |

**Fonte: Santos (2020).**

A observação empírica demonstra uma expressiva feminização do cuidar (78,5%), corroborando que o papel do acompanhamento informal é historicamente transferido às mulheres devido à divisão sexual do trabalho. A presença de 22,9% de cuidadores idosos (com 60 anos ou mais) evidencia a sobrecarga transgeracional do cuidado “idoso cuidando de idoso”. Além disso, a soma de pardos e negros (82,4%) e a predominância da classe C (59,0%) e da informalidade/desemprego (57,1%) evidenciam a interseccionalidade entre raça, classe e gênero na determinação da vulnerabilidade social dos cuidadores.

## Etapa 2: Identificação dos Postos-chave (Necessidades Afetadas)

A partir do confronto dos dados empíricos com a escuta qualificada do Serviço Social, identificou-se que as necessidades afetadas se manifestam de forma acentuada nas quatro dimensões integradoras do ser humano. A Tabela 2 apresenta as prevalências observadas:

**Tabela 2 — Prevalência de Necessidades Afetadas nas Quatro Dimensões Integradoras (\$n = 205\$).**

| <b>Dimensão Analisada</b> | <b>Necessidade Específica Investigada</b>                 | <b>Afetada / SIM (%)</b> | <b>Não afetada / NÃO (%)</b> |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Física                    | Cansaço e Esgotamento Físico                              | 50,7%                    | 49,3%                        |
|                           | Realização de Grande Esforço Físico Diário                | 44,9%                    | 55,1%                        |
| Emocional                 | Abalo diante dos Sintomas Não Controlados (Dor, Dispneia) | 81,5%                    | 18,5%                        |
|                           | Déficit de Conhecimento sobre a Doença / Tratamento       | 82,9%                    | 17,1%                        |
|                           | Dificuldade / Incômodo ao Falar ou Pensar sobre a Morte   | 70,2%                    | 29,8%                        |
|                           | Impossibilidade / Dificuldade de Fazer Planos Futuros     | 52,2%                    | 47,8%                        |
| Social / Econômica        | Necessidade de Alterar a Rotina de Trabalho e Renda       | 51,2%                    | 48,8%                        |
|                           | Alteração Significativa nos Planos Gerais de Vida         | 50,2%                    | 49,8%                        |
| Espiritual                | Pertencimento / Frequência a Espaços Religiosos           | 66,3%                    | 33,7%                        |
|                           | Cansaço Extremo Abalando a Fé e o Suporte Espiritual      | 34,6%                    | 65,4%                        |

**Fonte: Santos (2020).**

A análise inferencial revelou que o tempo dispensado para a prestação dos cuidados ao ente em palição apresentou associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com cinco necessidades vitais: Descontrole/abalo emocional; Conflitos intrapsíquicos e pessoais; Restrição da liberdade de sair de casa; Paralisia na elaboração e execução de planos futuros; Estresse e desequilíbrio econômico-financeiro.



Fonte: Trindade (2026).

### Etapas 3: Teorização

A teorização da realidade apoia-se no arcabouço do Serviço Social Crítico e nas formulações dos Cuidados Paliativos. De acordo com Donati (2008), a família constitui uma relação social plena e suprafuncional. O adoecimento grave e a iminência da morte de um de seus membros desestruturam o arranjo econômico e afeto-relacional de todo o grupo.

A perspectiva marxista sobre a reprodução social (Marx; Engels, 1988) explica a atribuição do trabalho não pago do cuidado à mulher como fruto da divisão sexual do trabalho no modo de produção capitalista. O Estado tende a desresponsabilizar-se, transferindo para a esfera privada e doméstica a obrigação de assistir os dependentes longevos. Boff (2003) adverte que o cuidar é a essência ontológica do ser humano; contudo, quando desprovido de suporte público e institucional, o ato de cuidar transforma-se em penúria, sobrecarga e alienação.

“Se o ser humano não receber cuidado desde que nasce até que morre, desestrutura-se, adoecce e perde o sentido da existência” (Boff, 2003).

Sob o viés ético-político do Serviço Social (CFESS, 1993; Yazbek, 2014), a intervenção profissional não deve se limitar ao caráter burocrático de emissão de crachás ou controle de acompanhantes. Exige-se uma postura emancipatória, fundamentada na defesa intransigente dos direitos humanos, no fortalecimento da autonomia dos sujeitos e na efetivação do direito universal à saúde (Art. 196 da CF/88).

### Etapas 4: Hipótese de Solução

Com base no diagnóstico das necessidades e na fundamentação teórica, formulou-se a seguinte hipótese transformadora.

A criação de um programa de formação humanizada e continuada, focado no letramento em direitos sociais, no suporte psicossocial e na capacitação técnica para

o autocuidado e manejos práticos de sintomas, é capaz de reduzir a sobrecarga do familiar cuidador, mitigar o estresse emocional e restituir a visibilidade do cuidador enquanto sujeito de direitos no SUS.

## **Etapas 5: Aplicação à Realidade — Projeto do Curso de Cuidadores**

Como corporificação prática do Arco de Maguerez, elaborou-se o projeto técnico-pedagógico do Curso de Formação e Suporte ao Cuidador da Pessoa Idosa: Tecendo Redes e Garantindo Direitos.

Diretrizes Gerais da Intervenção Socioeducativa:

Carga Horária Total: 120 horas-aula (distribuídas em módulos teóricos, vivenciais e oficinas práticas).

Público-Alvo: Cuidadores familiares e comunitários de pessoas idosas acompanhadas na rede pública de saúde.

Metodologia: Rodas de conversa, metodologias ativas de aprendizagem, simulações de manejo físico e oficinas sobre direitos sociais.

Matriz Curricular Estruturada em Quatro Eixos:

### **1. Módulo I: O Papel do Cuidador e a Rede de Proteção Social (30h)**

Conteúdo: Direitos sociais da pessoa idosa e do cuidador; Benefício de Prestação Continuada (BPC); isenções fiscais; gratuidade de transporte público; articulação entre redes do SUS e do SUAS.

### **2. Módulo II: Dimensões do Cuidado Paliativo e Manejo Prático de Sintomas (30h)**

Conteúdo: Filosofia dos Cuidados Paliativos e compreensão da finitude; controle da dor e sintomas confortadores; prevenção de lesões por pressão; técnicas de higiene e conforto no leito.

### **3. Módulo III: Autocuidado, Saúde Mental e Dimensão Espiritual (30h)**

Conteúdo: Estratégias de enfrentamento do estresse e prevenção da Síndrome de Burnout no cuidador; acolhimento emocional; estratégias de preservação do autocuidado; espiritualidade laica e redes de apoio.

### **4. Módulo IV: Tecnologias Assistivas e Comunicação Não-Violenta (30h)**

Conteúdo: Ergonomia e transferência segura do paciente; adaptações domiciliares de baixo custo; comunicação eficaz e empática com a equipe multiprofissional.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA E APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE SOCIAL**

A atuação profissional enquanto Assistente Social no Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB/UFBA) e a experiência acumulada em geriatria e oncologia permitiram vivenciar de perto as angústias veladas dos familiares cuidadores.

Relata-se o caso de Dona Maria (nome fictício), 58 anos, que acompanhava seu pai de 87 anos internado na UCP. Dona Maria havia abandonado seu trabalho autônomo e apresentava dor crônica na coluna e crises frequentes de ansiedade diante do desconhecimento sobre a evolução da doença do pai. A intervenção do Serviço Social operou por meio da escuta qualificada, do acolhimento multiprofissional e da inserção da cuidadora em grupos de suporte. Foi realizada orientação detalhada sobre seus direitos previdenciários e sobre a reorganização do revezamento familiar do cuidado.

Essa vivência empírica confirma que a invisibilidade do cuidador decorre precipuamente da ausência de espaços institucionais de escuta. Quando o sistema de saúde oferece instrução técnica e amparo socioafetivo, o familiar ressignifica a tarefa de cuidar, que deixa de ser vivenciada como um fardo solitário e passa a se constituir como um ato revestido de dignidade e cidadania.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo cumpriu seus objetivos ao caracterizar a acentuada vulnerabilidade dos familiares cuidadores de idosos em cuidados paliativos hospitalizados. Evidenciou-se a preponderância de mulheres negras e pardas, das classes C e D/E, sem vínculo formal de trabalho, submetidas a elevadas cargas de estresse e ao abalo emocional provocado pelo desconhecimento técnico e pela iminência da perda do ente querido.

A aplicação do Método do Arco de Magueres permitiu transcender o diagnóstico passivo da realidade e propor a criação do Curso de Capacitação em Cuidadores, configurando uma tecnologia social emancipatória voltada ao fortalecimento do autocuidado, do suporte psicossocial e do letramento em direitos no SUS.

Conclui-se que assegurar o cuidado integral à pessoa idosa exige, impreterivelmente, cuidar de quem cuida. O Serviço Social reitera seu compromisso ético-político com a defesa intransigente dos direitos humanos, a humanização da assistência e a garantia da dignidade da vida em todas as suas fases.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual dos Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: ANCP, 2018.

AREOSA, S. V. C. *et al.* Cuidar de si e do outro: a extensão da vida do idoso e do seu cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 321-330, 2014.

BERQUÓ, E. **Algumas considerações sobre a demografia do envelhecimento no Brasil**. Campinas: Unicamp/Nepam, 1996.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9. ed.

Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência: um desafio para a saúde pública**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

DONATI, P. **Manual de sociologia da família**. Lisboa: Edições 70, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 1988.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, história e abordagens**. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual dos Cuidados Paliativos. São Paulo: ANCP, p. 23-35, 2013.

PINKERT, C.; HOLTGRÄWE, M.; REMMERS, H. Needs of family caregivers of frail elderly people in palliative care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 10, p. 2210-2220, 2013.

SANTOS, J. S. N. T. **Necessidades do cuidador familiar da pessoa idosa em cuidados paliativos e hospitalizada**. 2020. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

SIMÃO, A. B. *et al.* A atuação do assistente social em cuidados paliativos. **Revista Práxis**, v. 2, n. 4, p. 45-52, 2010.

VERAS, R. P. A transição demográfica e epidemiológica: novos desafios para a saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 1, p. 1-12, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Worldwide Palliative Care Alliance, WHO, 2014.

YAZBEK, M. C. **O Serviço Social na cena contemporânea: profissão e compromisso ético-político**. Serviço Social & Sociedade, n. 118, p. 288-305, 2014.