

EXPERIÊNCIAS DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM COMUNIDADES COMPASSIVAS DE FAVELAS

EXPERIENCES OF SOCIAL SERVICES IN COMPASSIONATE FAVELA COMMUNITIES

Josete Lima Cavalcante - movimentomah@gmail.com

Assistente Social, Especialista em Geriatria e Gerontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Matheus Roddrigues Martins - matheusrodrigues355@gmail.com

Enfermeiro, Mestre em Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Marcela Teixeira de Souza - marceelateixeira@gmail.com

Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ana Carolina Lima Cavaletti - carolinacavaletti@gmail.com.br

Professora pesquisadora no Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT), Escola Politécnica de Saúde

Joaquim Venâncio (EPSJV), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Glaziela Arruda Coelho - glaziarruda30@gmail.com

Assistente Social, Pós-graduanda em Bioética e Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Alexandre Ernesto Silva - alexandresilva@ufsj.edu.br

Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

Resumo: Objetivo: Descrever a atuação do Serviço Social na assistência aos pacientes idosos em cuidados paliativos na Comunidade Compassiva de favela. **Método:** Trata-se de um relato de experiência profissional sobre a atuação do serviço social na assistência aos pacientes idosos em cuidados paliativos no projeto Comunidade Compassiva de favela. **Resultados:** Os desafios observados nos territórios de favelas requerem da assistente social mais tempo de articulação social, dentro e fora deste cenário. O contato direto e constante com os pacientes da Comunidade Compassiva e com os agentes locais (moradores voluntários do projeto) minimiza essa barreira. Observou-se ser imprescindível a articulação da assistente social da Comunidade Compassiva com os dispositivos de saúde e Equipamentos de Assistência Social presentes nesses locais. **Discussão:** Os pacientes idosos elegíveis ao projeto Comunidade Compassiva são, na grande maioria, acometidos de câncer avançado diagnosticados tardiamente. As demandas sociais variam devido a falta de conhecimento sobre os possíveis serviços e dificuldade de acesso aos direitos sociais. Por sua vez, é evidente a necessidade de assistência para tais indivíduos, e seus familiares que vivenciam condições mínimas de sobrevivência. **Considerações finais:** Considera-se importante oferecer conhecimentos para os pacientes, familiares e agentes locais que possam ser

multiplicados nos territórios de atuação da Comunidade Compassiva a fim de minimizar os agravos da falta de assistência. A partir de uma escuta atenciosa, e livre de preconceitos, é possível desenvolver habilidades profissionais para atuar em diferentes contextos com a finalidade de promover uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Apoio Social; Idoso; Cuidados Paliativos; Áreas de pobreza.

Abstract: Objective: To describe the role of Social Services in assisting elderly patients receiving palliative care in the Compassionate Community of a favela. **Methods:** This is a report of professional experience, about the role of social services in assisting elderly patients undergoing palliative care in a compassionate favela community. **Results:** The challenges observed in favela territories require more time from the social worker for social articulation inside and outside this scenario. Direct and constant contact with patients in the compassionate community and local agents (volunteer project residents) minimizes this barrier. Coordination with the health and social assistance devices present in these locations is essential. **Discussion:** Elderly patients eligible for the Compassionate Community project are, in the vast majority, suffering from advanced cancer that was diagnosed late. Social demands vary due to lack of knowledge about possible services and difficulty in accessing social rights. In turn, the need for assistance for individuals and their families who experience minimum survival conditions is evident. **Final considerations:** Therefore, it is important to offer knowledge that can be multiplied in the territories where the Compassionate Community operates in order to minimize the harm caused by the lack of assistance. By listening carefully and free from prejudice, it is possible to develop professional skills to work in different contexts and to promote quality assistance.

Keywords: Social Support; Elderly; Palliative care; Poverty areas.

INTRODUÇÃO

Devido ao crescimento demográfico da população idosa, o envelhecimento populacional representa um desafio significativo na sociedade contemporânea, impactando tanto os países desenvolvidos quanto os subdesenvolvidos. Diante disso, é necessário que o Brasil se prepare de forma adequada para atender às demandas das pessoas com idade acima de 60 anos. A preparação abrange diversos aspectos, que incluem a adaptação do ambiente, o fornecimento de recursos materiais e humanos qualificados, bem como a definição e implementação de ações específicas na área de saúde⁽¹⁾.

A população brasileira seguindo uma tendência global, está passando por um processo de envelhecimento o qual acarreta mudanças significativas nas perspectivas de saúde. Com o aumento da longevidade, a ocorrência de doenças crônicas degenerativas se torna mais prevalente, e as necessidades de cuidados decorrentes dessas doenças ganham maior relevância. Nesse contexto,

os cuidados paliativos surgem como uma prática importante que busca aprimorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que representam ameaça à continuidade da vida⁽²⁾.

Conforme a definição da Organização Mundial de Saúde⁽³⁾, os cuidados paliativos são caracterizados como uma abordagem que busca priorizar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante dos desafios causados por doenças que representem ameaça à vida. Essa abordagem visa prevenir e aliviar o sofrimento, identificar precocemente, realizar avaliações adequadas e tratar a dor, assim como outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Considerando que cuidado paliativo é um direito humano básico e um elemento essencial nos cuidados integrados ao longo da vida, ele envolve um acompanhamento multidisciplinar onde o foco da atenção é o paciente e sua família e não a doença. Nesse contexto, o cuidado paliativo tem como objetivo principal promover o bem-estar e a qualidade de vida, além de promover o desenvolvimento humano e potencializar a dignidade na fase final de vida⁽⁴⁾.

No entanto, nos cenários de favelas, existem barreiras para a efetivação dessa prática, tais como limitações estruturais, acesso à saúde, segurança, mobilidade urbana entre outros. Nesses territórios, existem indivíduos cursando com condições progressivas e ameaçadoras para a continuidade da vida que requerem assistência integral em saúde nos seus domicílios. Essas pessoas necessitam de apoio externo, pois vivenciam dificuldades de deslocar-se para as unidades de saúde a fim de receber a assistência necessária⁽²⁾.

Nesse contexto, a iniciativa denominada Comunidade Compassiva, surge como uma forma de ampliar o acesso aos cuidados paliativos nesses cenários. O conceito de comunidades compassivas foi introduzido pelo sociólogo Allan Kellehear, como uma abordagem que busca promover o cuidado e o apoio mútuo em contextos comunitários diante da morte, do luto e dos cuidados paliativos⁽⁵⁻⁷⁾.

Assim, o projeto Comunidade Compassiva de Favela foi desenvolvido com o objetivo de implementar os cuidados paliativos nas favelas da Rocinha e Vidigal, na cidade do Rio de Janeiro. Este trabalho pioneiro foi realizado por meio de um projeto de extensão universitária da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que se baseia na construção de ações comunitárias direcionadas à pacientes com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares e enfatiza a participação ativa dos moradores dessas favelas⁽⁷⁾.

Por meio dessa iniciativa, moradores que já tinham uma atuação compassiva ao cuidar espontaneamente de seus vizinhos, receberam treinamento e recursos adicionais, para desempenhar de forma mais eficaz o papel de agentes locais (cuidadores voluntários). Dessa forma, realizam o acompanhamento e suporte aos seus vizinhos que apresentam diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, buscando reduzir o sofrimento em todas as dimensões⁽⁶⁾.

Os voluntários locais, juntamente com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, dentistas e capelãos, realizam assistência de cuidados paliativos de forma voluntária. O objetivo é somar conhecimentos de cada profissional, contribuindo de forma integrada para o bem-estar do paciente e de sua família⁽⁶⁻⁷⁾.

A atuação da Assistente social na Comunidade Compassiva de Favela é orientar e esclarecer sobre os direitos e serviços socioassistenciais e fazer a articulação para acessar os equipamentos públicos, visto que ocorre em um território vulnerado onde as mazelas das desigualdades sociais são visíveis. Ademais, observam-se fragilidades na atuação do Estado, como recursos humanos reduzidos e baixa cobertura de serviços de saúde e sociais, em decorrência de múltiplos fatores, como por exemplo a atuação e controle dos referidos territórios por facções criminosas.

Nesse espaço, o Serviço social tem como objeto de intervenção a dor social, que é uma parte da dor total, conceito proposto por Cicely Saunders. Assim, entende-se que todos os aspectos da vida do paciente (físico, emocional, social e espiritual) concorrem para a geração da dor e a manifestação do sofrimento. Situações de vulnerabilidade social podem gerar e até aumentar o sofrimento da pessoa idosa com doença ameaçadora da vida⁽⁸⁾.

A elaboração deste estudo foi motivada pelas inquietações da autora principal, advinda do contato com o território e demais profissionais envolvidos na Comunidade Compassiva. Diante disso, o objetivo do estudo foi descrever a atuação do serviço social em cuidados paliativos à pessoa idosa por meio do projeto Comunidade Compassiva.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a atuação do serviço social em cuidados paliativos voltados à pessoa idosa, por meio do projeto Comunidade Compassiva no período de 2019 à 2023.

Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido nas favelas do Vidigal e da Rocinha, localizadas na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. Essas comunidades urbanas são conhecidas por sua densa população, limitações de infraestrutura, acesso limitado aos serviços básicos de saúde e condições socioeconômicas precárias. Apresentam presença efetiva do quarto setor (facções),

que inibe a entrada dos equipamentos públicos, contribuindo para o crescimento das mazelas sociais.

Aspectos éticos

Conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e 510/2016, por se tratar de um relato de experiência, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

APRESENTAÇÃO DO CASO

O Serviço Social, no âmbito da Comunidade Compassiva de Favela, faz parte de uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiras, médicas, nutricionistas, psicólogas, fonoaudiólogas, farmacêuticas, entre outros profissionais. A atuação do Serviço Social ocorre mensalmente, a partir de visitas domiciliares realizadas pela equipe multidisciplinar e pelos agentes compassivos – moradores da própria comunidade, que recebem um curso básico de cuidados paliativos para leigos.

Caso os pacientes possuam elegibilidade ao projeto, os assistentes sociais entram em contato com o paciente e/ou família para coletar outras informações e elaborar um plano de cuidado social. Esse plano é feito de acordo com o diagnóstico social do paciente e do tipo de organização familiar. A assistente social orienta a família sobre as possíveis providências legais caso seja necessário, como por exemplo, o auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, benefício de prestação continuada, curatela, procuração ou orientações sobre sepultamento.

É necessário considerar a realidade socioeconômica e cultural do paciente e de sua família. Nesse contexto, é observado situações em que alguns pacientes não possuem vínculos familiares e outros que não tem referência familiar. É comum pressupormos que a pessoa idosa seja amada e querida no seio familiar, mas nem sempre isso é uma verdade. Temos exemplo de uma pessoa idosa, em cuidados paliativos, pela qual a família não referia interesse em relação à sua finitude, devido aos laços que foram rompidos anteriormente. Nesses casos é necessário propor uma conferência familiar para mediar tal situação, caso exista interesse de ambas as partes.

Nos casos em que há ausência de referência familiar, o Serviço Social verifica a rede de suporte social, que pode ser os vizinhos, a igreja, o centro espírita, organização da sociedade civil (OSC), associação de moradores, no intuito de oferecer um suporte para o paciente. Além disso, nas situações em que uma pessoa idosa não tenha referência familiar, é enviado um ofício comunicando o fato ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) com cópia ao Ministério Público. Nas situações em que o paciente possua referência familiar, são realizados

orientações e o levantamento das demandas sociais do paciente e de sua família e encaminhamentos para os equipamentos públicos pertinentes.

Desafios são constantes nos diversos campos de atuação do Serviço Social, mas especificamente na Comunidade Compassiva de Favela as expressões da questão social se encontram ampliadas e impactam diretamente na efetivação do trabalho. Uma simples orientação para a retirada de um documento de identificação para dar entrada em um benefício social torna-se um grande desafio, devido a fatores como: baixa escolaridade, limitações da saúde do paciente, falta de referência familiar e dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, tais dificuldades requerem maior articulação da equipe de assistentes sociais dentro e fora da favela. Por sua vez, o contato direto e constante com os pacientes, com os agentes locais, a articulação com as Clínicas de Família, Centros de Referência de Assistência Social e com instâncias judiciais, como a Defensoria Pública e Ministério Público, minimizam tais barreiras em busca de garantir a efetivação das ações.

DISCUSSÃO

Devido ao avanço tecnológico, foi possível diagnosticar e rastrear precocemente as doenças que antes eram tidas como mortais, e agora são doenças crônicas, possibilitando maior longevidade e aumentando o declínio funcional dessa parcela da população. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte no mundo. Doenças cardiovasculares, diabetes e principalmente o câncer, quando estão em estágios bem avançados, requerem que as pessoas acometidas recebam cuidados continuados e tenham fácil acesso aos cuidados paliativos⁽⁹⁾. Os pacientes idosos elegíveis aos cuidados paliativos da Comunidade Compassiva, são na grande maioria acometidos de câncer avançado, que foram tardiamente diagnosticados e sem prognóstico de cura.

As classes mais vulnerabilizadas se organizam por meio de rede de suporte social, que é muito comum no contexto das favelas, diferente das classes mais abastadas que se organizam de acordo com sua situação financeira. Como rede de suporte social local, compreende-se o grupo de pessoas que moram no entorno da pessoa idosa que está acometida de uma doença ameaçadora da vida e de instituições locais como associação de moradores, ongs, igrejas, mercados, padarias, que contribuem para manutenção do bem-estar do paciente em cuidados paliativos na favela.

As demandas sociais são diversas, devido ao grande desconhecimento e falta de acesso aos direitos sociais. Vale ressaltar o Artigo 5º, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88)⁽¹⁰⁾ que diz: “Ninguém será submetido a tortura nem tratamento desumano ou degradante;”. Esse inciso pode ser relacionado ao termo mistanásia, que é praticada contra

pacientes idosos que morrem sem que seus direitos fossem garantidos.

Na discussão sobre a terminalidade da vida, são abordados conceitos como distanásia e ortotanásia. A distanásia é caracterizada pela insistência excessiva em tratamentos terapêuticos para adiar a morte eminente, enquanto a ortotanásia refere-se ao respeito pelo curso natural da morte⁽¹¹⁾.

O termo mistanásia foi criado por Márcio Fabri dos Anjos, que referia a um tipo de crime ainda não especificado no Código Penal, mas não permitido pela Constituição Federal. O termo tem origem do grego (mys = infeliz; thanathos = morte; “morte infeliz”), ou seja, morrer miseravelmente, precocemente e evitavelmente no qual a falta de recursos impossibilita uma terminalidade digna⁽¹²⁾. Refere-se a morte fruto da falta de Políticas Públicas efetivas do governo.

No contexto de favela, é evidente a necessidade de assistência para indivíduos e seus familiares que vivenciam condições mínimas de sobrevivência. Por sua vez, observa-se que a atuação das Comunidades Compassivas de favela em parceria com os serviços públicos de saúde pode possibilitar a minimização do sofrimento físico, emocional, social e espiritual dos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares, através de práticas de compaixão realizadas pela comunidade.

CONCLUSÃO

Dentre os desafios da Comunidade Compassiva está a dificuldade em conciliar os conhecimentos teóricos e acadêmicos com a vivência da prática, diante das adversidades do território. Há necessidade de ofertar uma escuta atenta e livre de julgamento, para tornar a comunicação mais efetiva. A dificuldade da comunicação pode gerar um estranhamento nas partes envolvidas, sendo necessário transitar nos dois mundos, ouvindo, traduzindo e mediando quando for necessário.

É importante oferecer conhecimentos sobre os cuidados integrais em saúde que possam ser multiplicados nos territórios onde a Comunidade Compassiva atua. A partir de uma escuta atenciosa e livre de preconceitos, é possível desenvolver habilidade de caminhar em realidades diferentes, mantendo o compromisso com a construção de uma proposta comum, compartilhando conhecimentos. A partilha dos conhecimentos pode promover atitudes emancipatórias do sujeito a respeito dos seus direitos e acesso aos serviços, bem como de multiplicação dos conhecimentos entre os seus pares.

REFERÊNCIAS

1. Veras R, Lourenço R, Sanchez MA. Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 5. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2019. 344 p.

2. Silva AE, Coelho FBP, Ferreira FMS, Castro IC, Braga LS, Menezes MF, et al. Cuidados paliativos em favelas no Brasil: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021;10(6):e55110616183. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16183>. Acesso em: 12 dez 2023.
3. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO; 2023 June 1. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care#:~:text=WHO%20defines%20palliative%20care%20as,associated%20with%20life%2Dthreatening%20illness>. Acesso em: 12 dez 2023.
4. Andrade L. Cuidados Paliativos e Serviço Social um exercício de coragem. São Paulo: Setembro; 2017. 320 p.
5. Kellehear A. Health-promoting palliative care: developing a social model for practice. *Mortality*. 1999;4(1):75-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/713685967>. Acesso em: 12 dez 2023.
6. Silva AE, Almeida AR, Martins MR, Oliveira TM, Mesquita MG R, Trotte LAC. Advanced practice nursing in palliative care within the compassionate favela community: an experience report. *Online Braz J. Nurs.* 2024;22(2). Available from: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20246690>. Acesso em: 01 mar 2024.
7. Mesquita MGR, Silva AE, Coelho LP, Martins MR, Souza MT, Trotte LAC. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2023;57: :e20220432. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0432en>. Acesso em: 01 jan 2024.
8. Andrade L. O papel do assistente social na equipe. In: Carvalho RT; Parsons H.A, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2012. p.341-344. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em 16 jun 2023.
9. Queiroga VM, Menezes LV, Lima JMR, Andrade DDBC. Cuidados Paliativos de idosos no contexto da atenção primária à saúde: uma revisão da literatura. *Braz J of Develop* [Internet]. 2020;6(6):38821-32. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/11870/10286>. Acesso em: 01 abr 2024.
10. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
11. Silva JAC, Souza LEA, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Rev. Bioét* [Internet]. 2014;22(2):358-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/BW7LqWvzQBmbyQrvhFjn3WH/?format=pdf>. Acesso em 10 jun 2023.
12. Ferreira S, Porto D. Editorial: Mistanásia x Qualidade de vida. *Rev Bioét*. 2019;27(2). Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2210. Acesso em: 01 abr 2024.