



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SOCIOECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JUSSARA MARIA LEAL

**OS DESAFIOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DO SETOR DE TRANSPLANTE RENAL NO IMPERIAL
HOSPITAL DE CARIDADE**

FLORIANOPOLIS
2016

JUSSARA MARIA LEAL

**OS DESAFIOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DO SETOR DE TRANSPLANTE RENAL NO IMPERIAL
HOSPITAL DE CARIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a: Michelly Laurita Wiese

FLORIANOPOLIS
2016

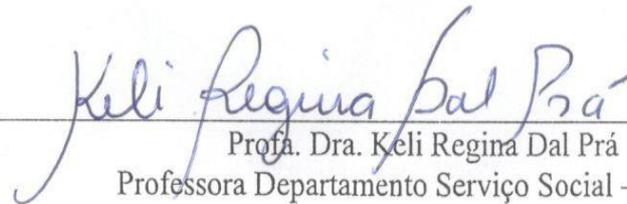
JUSSARA MARIA LEAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina em cumprimento ao requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

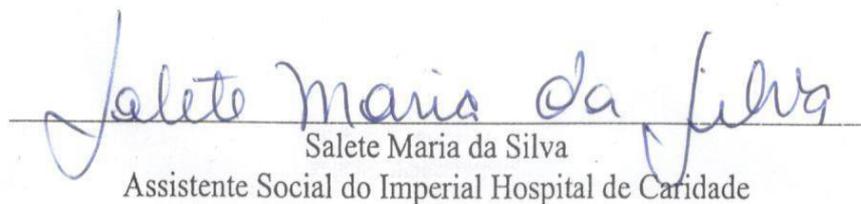
APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA EM FLORIANÓPOLIS, 03 AGOSTO
DE 2016.



Prof. Dra. Michelly Laurita Wiese
(Orientadora)



Prof. Dra. Keli Regina Dal Prá
Professora Departamento Serviço Social – UFSC



Salete Maria da Silva
Assistente Social do Imperial Hospital de Caridade

*Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais Valdemar
e Maria, pelo carinho, apoio e o amor incondicional.
Amo eternamente.*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus por todas as minhas conquistas e vitórias. Ao meu pai Valdemar Tomé Leal, homem simples, porém com uma sabedoria de vida que me fascina, homem este que me ensinou a dar valor às mínimas coisas. Sinto-me lisonjeada por ser sua filha.

Agradeço em especial a minha mãe Maria Rosa Leal, mulher batalhadora, guerreira e brava, de um coração doce e um sorriso encantador, a ela dedico todo o meu trabalho de conclusão de curso, recentemente descobriu um câncer de mama e mesmo com todos os problemas advindos do câncer nunca me deixou desistir dos meus sonhos, me dando forças e me incentivando.

Quero em especial agradecer minha tia Osvaldina Rosa já falecida que ajudou a minha mãe a me criar, mulher de grandes histórias, vivência e de um enorme caráter, sempre torceu pela minha felicidade e a ela todo o meu respeito e amor.

Aos meus irmãos Manoel dos Passos Leal e Jaiciara Rosa pelo carinho e por me apoiarem em todos os momentos.

Dedico a minha a minha amiga Morgana pelos anos de convivência, onde passamos por vários obstáculos enfrentados, mudança de casa, emprego para conseguirmos nos manter e estudar. Grande amiga, irmã e confidente.

Aos meus bichos de quatro patas que sempre estiveram comigo, minha gata Joly e meus dois cachorros Pretinha e Bobby.

A minha coordenadora de estágio Salete M. da Silva que me recebeu no seu ambiente de trabalho com muito carinho e respeito. Admiro como mulher e profissional.

A minha orientadora Michelly Laurita Wiese que contribui para minha formação, nas reflexões, apontando os erros e a certos, dando-me uma direção na construção de novos saberes.

Gostaria de agradecer a todos os meus amigos que sempre estiveram comigo nessa caminhada, não citarei nomes, pois tenho medo de esquecer alguém.

A instituição Imperial Hospital de Caridade que me proporcionou conhecer um pouco da realidade do hospital, suas demandas e desafios.

Por fim, agradeço a todos os meus professores da Universidade Federal de Santa Catarina pelos ensinamentos da profissão.

Obrigada a todos!

LEAL, Jussara Maria. **Os Desafios Profissionais do Serviço Social na Equipe Multiprofissional do Setor de Transplante Renal no Imperial Hospital de Caridade.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como tema discutir a importância do Serviço Social inserido numa equipe multiprofissional no setor de transplante. Nesta direção o objetivo da pesquisa é relacionar o Serviço Social com a política de saúde, problematizar o serviço social no âmbito hospitalar e conhecer os limites e potencialidades da equipe multiprofissional no setor de transplante renal. Como metodologia foi desenvolvida entrevista com os profissionais da equipe de transplante do Imperial Hospital de Caridade. Como resultados aponta-se algumas reflexões acerca da inserção do Serviço Social na saúde, destacando o modelo neoliberal da década de 1990 e, em especial no campo da saúde os dois projetos em disputa: Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. A partir disso, será evidenciado o Serviço Social hospitalar importante espaço de atuação profissional que deve ser qualificado e compreender a realidade dos usuários seja no âmbito social, econômico, político e cultural. Como resultados da pesquisa destaca-se que o Serviço Social inserido na equipe multiprofissional no setor de transplante é importante na efetivação de direitos do paciente transplantado renal crônico, a sua própria qualificação profissional de conhecer e compreender o usuário na sua totalidade. Pode-se concluir que o desafio da equipe é avançar na compreensão do seu trabalho no setor de transplante, os saberes precisam ser compartilhados para a promoção, reabilitação, recuperação do paciente transplantado renal crônico.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde, Serviço Social na Saúde, Equipe Multiprofissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIHDOTT - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNCDO - Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos

CNS - Conferencia Nacional de Saúde

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões

IHC - Imperial Hospital de Caridade

LOS - Lei Orgânica da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SNT - Sistema Nacional de Transplantes

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	15
2.1 O Serviço Social no Âmbito Hospitalar.....	26
3. SERVIÇO SOCIAL NO SETOR DE TRANSPLANTE.....	32
3.1 Os Desafios e Potencialidade da Equipe Multiprofissional de Transplante do IHC	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS	52
APÊNDICES	54

1. INTRODUÇÃO

O campo da saúde é sempre muito dinâmico e ao mesmo tempo complexo. Na área dos serviços de saúde encontram-se ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde que envolve até níveis mais complexos como os transplantes de órgãos.

O tema de estudo do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) esta relacionada com a área hospitalar no setor de transplante e a inserção do serviço social na equipe multiprofissional.

A escolha do tema a importância do Serviço Social na equipe multiprofissional no setor de transplante renal se deu a partir da inserção ocorrida no campo de estágio curricular obrigatório I e II do Imperial Hospital de Caridade (IHC) através da experiência da aplicação da Anamnese Social¹ junto aos pacientes transplantados renais, do trabalho da equipe multiprofissional e as demandas trazidas pelos pacientes no durante e pós-transplante.

O IHC é uma entidade de fins religiosos e filantrópicos, de personalidade jurídica de direito privado, que presta assistência médico-cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, sendo uma das referências para todo o Estado como modelo médico-hospitalar.

A construção do IHC surgiu através da Irmandade do Senhor Jesus Passos² no século XVIII, fundada por pessoas religiosas e que eram compostas por vinte quatro irmãos, sendo o provedor o Brigadeiro Francisco Antônio de Menezes e Sousa, no dia 01 de janeiro de 1765 na Igreja Matriz.³

¹ A anamnese social é um instrumento utilizado nas atividades do Serviço Social hospitalar no IHC, são entrevistas feitas junto aos pacientes transplantados na busca de conhecer a realidade socioeconômica e suas demandas.

² Segundo Pereira (1997) a imagem do Senhor Jesus dos Passos vinda da Bahia deveria ser transportada para a cidade de Rio Grande. Chegando ao Porto Desterro a embarcação “arribou” com três tentativas frustradas para seguir sua viagem rumo ao seu destino, não obtendo êxito, o capitão da embarcação resolveu deixar a imagem na Vila do Desterro em Santa Catarina. Com a imagem permanecendo na Ilha foi providenciado pela Irmandade do Senhor dos Passos que a imagem deveria ser preservada e guardada na Vila do Desterro. Em 3 de julho de 1767 a Irmandade teve permissão do Bispo do Rio de Janeiro para construção da Capela anexa ao Menino Deus, inaugurada em 1769.

³ A história do IHC começa com a trajetória da beata D. Joana Gomes de Gusmão, que foi casada com Antônio Ferreira Gamboa, prometendo-lhe que se algum dia ficasse viúva, sairia peregrinando pelo mundo a serviço de Deus e ao próximo. Quando o marido falece D. Joana cumpre a promessa e começa a dedicar-se a caridade, percorrendo até o Sul do Brasil atracando na antiga Vila do Desterro em 1756, (atual Florianópolis) e trazia com ela uma estátua do Menino Deus. Percorrendo a ilha de Santa Catarina encontrou um lugar privilegiado para a construção de sua Capela Menino Deus. Os recursos da obra foram feitas por doações e finalizada em 1762. Ao lado da Capela também foi construída uma pequena moradia para Joana de Gusmão habitar. No dia 16 de novembro de 1780, Joana de Gusmão falece e a beta Jacinta Clara passa a cuidar da Capela Menino Deus (Pereira,1997). No dia 19 de outubro de 1981 sua obra foi entregue aos cuidados da Irmandade Senhor dos Passos, passando a preservá-la, cuidando dos enfermos e indigentes e fazendo cultos ao Senhor Jesus dos Passos

Em julho de 1782, a Irmandade iniciou a prática de obras de misericórdia com a finalidade de prestar assistência aos doentes pobres e desvalidos, fornecendo alimentação e cuidados médicos. Neste mesmo período surgindo a “Caridade dos Pobres” com objetivo:

(...) de auxiliar os pobres e indigentes, por amor a Deus, agasalhos, medica-los em casa particular, quando fossem destituídos totalmente de recursos e aos que morressem o sepultamento na Irmandade passando a reconhecer pela Irmandade a assistência ao pobre. (FONTES, 1997, apud PEREIRA, 1997 p.69).

No dia 1 de janeiro de 1789 inaugura-se o Hospital de Caridade, ao lado da capela Menino Deus. A partir da construção do Hospital de Caridade, será ampliado ao longo do tempo, tornando-se o Imperial Hospital de Caridade referência para toda a população do Estado de Santa Catarina. Segundo Fontes (1997, apud Stein 2003) foi partir do incêndio de 1994 que no ano seguinte o hospital:

(...) se moderniza, sendo hoje, instituição de referência, desenvolvendo as mais sofisticadas formas médico cirúrgicas, inclusive transplantes, e da verdadeira revolução tecnológica de diagnóstico por imagens. Consolida-se, pois, como o preferido pelos catarinenses que, de todos os municípios recorrem a ele, especialmente para tratamento oncológico, tanto pela radioterapia, com acelerador Mear (o único do Estado) como os cirúrgicos e de "quimioterapia". (FONTES, 1997, apud STEIN 2003).

Hoje o hospital conta com 192 leitos distribuídos em 15 unidades atende pacientes do sistema SUS, convênios, privados e presta ações sócio ambiental nas políticas de gestão. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2016). Os profissionais que compõe a estrutura do IHC são: Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Farmacêuticos, Técnicos, Atendentes, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Laboratório, Radiografia, Estagiários, Recepcionistas e entre outros.

Em 2015 foi inaugurado o Centro Intensivo de Alta Complexidade do Senhor dos Passos, com objetivo de ampliar o número de leitos da UTI para a Região da Grande Florianópolis, se concentra em uma área de 7 mil m², possui 40 leitos, com 10 leitos destinados aos pacientes do SUS. De acordo com Imperial Hospital de Caridade (2016), além do atendimento especializado na área médica, os projetos desenvolvidos no hospital são:

- **Biblioteconomia:** promove a leitura para efeitos terapêuticos, contribuindo para o fortalecimento da cultura do atendimento humanizado.

- **Doação de Sangue:** O IHC possui parceria com o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina-HEMOSC e incentiva a doação de sangue.
- **Doutores Palhaços do Hospital do Riso:** Os palhaços do riso fazem visitas nos leitos dos pacientes, proporcionando o método da Risoterapia. (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE, 2016).

A partir de todo o período histórico sobre a construção do IHC até sua atualidade, o Serviço Social será inserido nesse espaço-ocupacional somente na década de 1960. De acordo com Silva (2016), o Serviço Social começou a atuar com duas estagiárias da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que trabalhavam junto às enfermarias.

Em 1962, a primeira assistente social contratada no IHC foi uma das estagiárias que teria acabado de se formar Elisa Faustino de Souza, as tarefas desenvolvidas eram, “acompanhamento individualizado dos pacientes e realização de campanhas entre pacientes e familiares para a doação de sangue” (SILVA, 2016).

Logo em seguida foram contratados mais dois profissionais que formaria a equipe do Serviço Social, porém algum tempo depois o Serviço Social no IHC foi desativado, os documentos de intervenção queimados pelos próprios assistentes sociais, pois se tratava de documentos sigilosos.

Conforme Silva (2016), o trabalho do Serviço Social retornou em 1972, elaborou-se um projeto chamado: “Atuar com realidade aos carentes”, atendendo os pacientes internados. Novamente foram encerradas as atividades do Serviço social, voltando somente em 1984 com dois projetos: "A interpretação do Serviço Social para as chefias" "Interpretação das ações do Serviço Social para a equipe multiprofissional", com a demissão das assistentes sociais o hospital admitiu outra. (STEIN, 2003, p.15).

Na década de 1990 e 1991, o Serviço Social era composto por uma assistente social e quatro estagiários. Desenvolviam os seguintes programas:

Programa de Atendimento aos Empregados; Programa de Assessoramento e Supervisão do Serviço Social ao Serviço Voluntariado; Programa de atendimento ao paciente e familiar, usuários dos serviços do Hospital de Caridade; Atuação do Serviço Social na Internação do Paciente; Educativo e de terapia ocupacional aos pacientes em tratamento prolongado no Hospital de Caridade; Assessoramento ao Voluntariado do Hospital de Caridade; Assessoramento e Orientação aos funcionários do Hospital de Caridade. (GUEDES 1997, apud STEIN 2003, p. 15 a 16).

Na atualidade o Serviço Social no IHC, possui duas assistentes sociais, uma no período da manhã e outra no período da tarde, trabalhando seis horas por dia. As principais atividades desenvolvidas são:

- ✓ Providenciar transporte na alta hospitalar (paciente/usuário);
- ✓ Acolhimento através da escuta das demandas apresentadas pelos pacientes/usuários;
- ✓ Atendimento ao paciente/usuário dos ambulatórios de Radioterapia e Transplante Renal e Cardiologia;
- ✓ Reunião com acompanhantes de pacientes/usuários nas Enfermarias;
- ✓ Encaminhamento aos recursos da comunidade (Centro de Referência de Assistência Social-CRAS, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPSAD, entre outros);
- ✓ Providenciar acomodação e transporte para os pacientes/usuários externos ou acompanhantes (providenciar junto às Secretarias Municipais de Saúde, a viabilização de transportes, e encaminhar pacientes/usuários em Tratamento Fora Domicílio-TFD);
- ✓ Intervenção junto à família de pacientes/usuários dependentes ou idosos quando desacompanhados;
- ✓ Supervisão de estágio; Orientações para acesso de benefícios: direitos dos pacientes/usuários oncológicos ou pessoas portadoras de deficiência, Previdência Social (auxílio-doença, saque FGTS/PIS, aposentadoria, entre outros), Alimentação enteral, Oxigenoterapia domiciliar, Aquisição de próteses e meios auxiliares de locomoção (cadeira de rodas, muletas, andador, cadeira de banho, prótese de mama (sutiã com enchimento), Bolsa de colostomia, Fralda geriátrica (maiores de 60 anos).
- ✓ Sóciojurídicas (procuração, medicação de alto custo não padronizado, entre outros).
- ✓ Abertura de processos para medicação de pacientes/usuário transplantado, Aquisição de aparelhos auditivos, Auxílio funeral ou tramites burocráticos em caso de óbito (IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE 2016).

Diante desta breve contextualização histórica da instituição campo de estágio e de pesquisa para o TCC juntamente com a experiência vivenciada no IHC algumas dúvidas inerentes ao tema objetivaram a pesquisa como: a importância do Serviço Social estar inserido na equipe; a relevância de uma equipe multiprofissional; as atividades, serviços e programas desenvolvidos pela equipe; as limitações do trabalho da equipe e as atividades que estabelece cada profissional no setor de transplante.

A partir disso a construção do TCC permitiu algumas reflexões literárias importantes como, Maria Lúcia Martinelli (2011), José Paulo Netto (2005), Maria Inês Souza Bravo (2012), Marilda Villela Iamamoto (2009), Maurilio Castro de Matos (2012) e entre outros, para compreensão do tema.

O objetivo geral desse TCC é analisar a importância do serviço social na equipe multiprofissional no setor de transplante renal do Hospital de Caridade. Como objetivos específicos relacionar o serviço social com a política de saúde; problematizar o serviço social no âmbito hospitalar e conhecer os limites e potencialidades da equipe multiprofissional no setor de transplante renal.

Sabe-se que a busca por um transplante de rim é um processo demorado, angustioso e muitas vezes traumático. O usuário/paciente quando descobre a doença, muitas vezes já se encontra em nível elevado da doença, que será denominado pelos médicos de insuficiência renal crônica avançada. A forma mais eficaz de minimizar a doença são as sessões de diálise peritoneal⁴ e a hemodiálise, estes procedimentos são feitos até que se encontre um doador vivo que seria um familiar até quarto grau de parentesco, autorizando a doação do seu rim ou de um doador por morte encefálica⁵. A partir do momento que é encontrado um doador vivo ou de um doador cadáver a equipe multiprofissional do IHC é acionada para acolher o possível transplantado no durante e pós-transplante.

Neste sentido, no que se refere à metodologia, destaca-se que se trata de uma pesquisa de cunho qualitativa porque é “adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008, p.57).

Para atingir o objetivo do TCC foram realizadas entrevistas (Apêndice 01) com a equipe de profissionais que compõe a equipe de transplante (Analista Administrativa/o, Assistente Social, Enfermeira/o, Médica/o). A escolha pela entrevista se dá por atender de forma mais ampla a coleta de dados de forma qualitativa. Segundo Minayo (2008), os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa permitem uma mediação entre o marco teórico-metodológico e a realidade empírica.

Para a efetivação das entrevistas primeiramente foi encaminhada uma carta para a Direção do IHC solicitando a autorização para a pesquisa de campo (Anexo 01). Após a aprovação com a carta resposta da direção (Anexo 02) a pesquisa de campo pode ser iniciada.

Todos os sujeitos de pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (APENDICE 02). Todos os sujeitos da pesquisa tem seu nome resguardado pelo sigilo sendo que a identificação se dá por nomes fictícios. A escolha se deu por indicar nomes de pedras preciosas.

⁴ De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia a diálise peritoneal ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural que substitui a função renal. Disponível em <http://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>. Acesso em 6 de junho de 2016.

⁵ Disponível na íntegra no site da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=472&c=915&s=0&friendly=entendendo-a-morte-encefalica>.

Desta forma, a coleta de dados ocorreu no mês de julho do corrente ano através das entrevistas gravadas mediante consentimento do sujeito de pesquisa em local adequado, sem exposição do participante diante de outras pessoas que não seja a/o entrevistada/o e a pesquisadora. Para a construção das análises, identificou respostas similares e/ou diferentes entre a equipe buscando relacionar com bases teóricas dentro da área de estudo do objeto de pesquisa.

Assim, o presente TCC está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo trata da introdução com os dados aqui destacados como apresentação do tema, objetivos, histórico da instituição, metodologia da pesquisa e apresentação das demais sessões.

No segundo capítulo se destaca algumas reflexões da atuação do Serviço Social na saúde, com uma breve contextualização do processo histórico de desenvolvimento das políticas de saúde, destacando no subcapítulo o surgimento, os desafios e contribuições do Serviço Social hospitalar.

No terceiro capítulo se ressalta uma breve apresentação do surgimento dos transplantes no Brasil e no Mundo. Na sequência a pesquisa qualitativa com os resultados das perguntas semiestruturado com os respectivos interlocutores.

Para concluir, nas considerações finais destaca-se as reflexões e os desafios do Serviço Social na equipe multiprofissional.

2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

“Na saúde, a grande bandeira é a luta pelo fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária”. (Maria Inês Souza Bravo, 2012).

Neste capítulo será apresentada a atuação do Serviço Social na saúde, com uma breve contextualização do processo histórico de desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil. O recorte temporal se inicia na década 1930, com a intervenção do Estado, perpassando pelo golpe militar 1964, onde a saúde foi impulsionada pelo setor privado. Destaca-se a década de 1980, com a conquista da Constituição Federal de 1988, que garante a proteção social composta pelas políticas de Saúde, Assistência Social e a Previdência Social formando o tripé da Seguridade Social. O modelo neoliberal da década de 1990, também será destacado em especial no campo da saúde com os dois projetos em disputa: Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Por fim, a Política de Saúde no governo do Luís Inácio Lula da Silva e do atual governo da Presidenta Dilma Rousseff.

O Serviço Social sempre atuou na saúde desde seu início quando a profissão surgiu no Brasil na década de 1930, ocorrendo no mesmo período a formulação da Política Nacional de Saúde, que foram organizadas por dois subsetores: “o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (BRAVO e MATOS, 2012). Nesse período a medicina previdenciária era destinada aos trabalhadores assalariados com vínculo formal e engajados politicamente, que denominaria de Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs) ⁶.

Porém, a inserção do Serviço Social na Saúde inicia-se efetivamente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo em 1943, denominado Serviço Social Médico (BRAVO, 2006, apud ASSUMPCÃO, 2007). A partir disso, que o Serviço Social passa a introduzir na sua ação profissional as novas técnicas que eram influenciadas pelos assistentes sociais norte-americanos, atuando no estudo de Caso, Grupo e Comunidade.

⁶ Em 1932 os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) foram criados a partir das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram instituídas pela Lei Elói Chaves em 1923, organizadas por empresas e empregados, operando em regime de capitalização, porém existindo muita fragilidade nesse sistema como, fraudes, poucos contribuintes e não resistindo por muito tempo. Na década 1930, com o governo do presidente Getúlio Vargas foi suspenso as CAPs e substituído por IAPs que passaram a ser autarquia e incorporada no Governo Federal. (BATICH, 2004). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004 >, acessado em: 23 de julho de 2016.

Em 1945 com o final da Segunda Guerra Mundial, o Serviço Social passa a ter maior expansividade na área da saúde, principalmente com ascensão muito forte do capitalismo no Brasil (BRAVO e MATOS, 2012, p. 28), com a influência do modelo norte-americano passou a distanciar-se do modelo de benevolência que a Igreja Católica determinava, sendo elas perpetuadas na década de 1930 até os meados de 1940. Isso permitiu que os assistentes sociais buscassem através dos intercâmbios nos Estados Unidos sistematizar um maior grau de conhecimento e análise no cunho psicológico e não mais da moral, essas mudanças levaram a dinamizar a ação profissional.

Já na década de 1940 a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷, determinou que outros profissionais da saúde e o Assistente Social poderiam estar contribuindo para minimizar o agravamento das condições de saúde da população, destacando o trabalho em equipe multidisciplinar. O Serviço Social passou a introduzir conteúdos “preventivos e educativos com intervenção no modo de vida da “clientela”, com relação à higiene e saúde” (BRAVO; MATOS, 2012, p. 29). Com a consolidação da Política Nacional de Saúde, o assistente social começa a atuar em hospitais, se pondo entre a instituição e a população, tendo como finalidade viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios.

De acordo com Bravo e Matos (2012), na década de 1950 e 1960 nos Estados Unidos da América surgiu à medicina integral e a medicina preventiva, e que em 1960 teve uma abertura para a medicina comunitária, porém não se obteve muito sucesso no trabalho dos assistentes sociais, os profissionais permaneceram trabalhando nos hospitais e ambulatórios. É importante ressaltar que os Centros de Saúde foram criados desde a década de 1920, mas somente em 1975 que os assistentes sociais foram inseridos para desenvolver o trabalho juntos aos médicos, enfermeiros e visitantes. Segundo Bravo e Matos (2012),

O Serviço Social Médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnica do Desenvolvimento de Caso, mas sim, e prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais (...). (BRAVO; MATOS, 2012, p. 31).

Nesse contexto, o Serviço Social na década de 1960 começa a debater sobre a profissão, repensando o modo de atuação em relação ao conservadorismo. Esse processo se

⁷ “A OMS (Organização Mundial da Saúde) ou WHO (World Health Organization), é um agência especializada das Nações Unidas, destinada às questões relativas a saúde. Foi fundada em 7 de abril de 1948. Tem como objetivo garantir o grau mais alto de Saúde para todos os seres humanos. A OMS tem um entendimento de Saúde como um estado completo de bem-estar psicológico, físico, mental e social” (Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/>).

deu pelo golpe de 1964, onde os protagonistas sociopolíticos estavam envolvidos com a democratização da sociedade e Estados (BRAVO, 1996, apud BRAVO; MATOS, 2012).

A propagação do conservadorismo da ditadura militar propiciou uma crise na categoria profissional, mas por outro lado esse mesmo conservadorismo sociopolítico trouxe elementos de apoio e a legitimação das concepções profissionais. Conforme Netto (2005),

(...) o Serviço Social ganha uma dinâmica mais intensa (...) Possuem um rebatimento profissional, pela mediação diversa de quatro condutos específicos, embora com obvias vinculações entre si. O primeiro remete ao próprio amadurecimento dos setores da categoria profissional, na sua relação com outros setores protagonistas (profissionais, nas equipes multiprofissionais, sociais, grupos da população politicamente organizada) e outras instancias (núcleos da população e políticos e Estado). O segundo refere-se ao desgarramento de segmentos da Igreja católica em face do seu conservadorismo tradicional, a emergência de “católicos progressistas” e mesmo de uma esquerda católica. Com ativa militância cívica, afeta sensivelmente a categoria profissional. O terceiro é o espraiar do movimento estudantil, que faz seu ingresso nas escolas de Serviço Social e tem aí uma ponderação muito peculiar. O quarto é o referencial próprio da parte significativa das ciências sociais período, imantada por dimensões críticas e nacionais-populares (NETTO, 2005, p. 139 a 140).

Esse novo conservadorismo moderno que se instalou no Brasil, exigiu que o Serviço Social criasse novas estratégias diante do capitalismo e das novas demandas sociais que surgiam a todo instante, principalmente de uma parte da categoria profissional que criticavam as práticas e as ações tradicionais.

Contudo, na década de 1970 o Serviço Social começa a repensar a profissão no Brasil, ocorrendo juntamente com o Movimento Sanitário que tinha como objetivo a luta pelos direitos na área da saúde. Assumpção (2005) explica que:

O Serviço Social recebe influência da conjuntura desse período; porém está voltado ao processo interno de revisão, no qual deparava com o questionamento e negação do Serviço Social tradicional. O processo de renovação da profissão está interligado à conjuntura mundial e tinha por intuito a busca por uma mudança nos rumos societários a serem seguidos. (ASSUMPCÃO, 2005, p.13).

Conforme Netto (2009), o debate do Serviço Social acerca do projeto ético-político, se restaura na transição dos anos 1970 aos 1980, que teve uma significativa importância para a “primeira condição” na construção de um novo projeto e que nele permitiu: “a recusa e a crítica ao conservadorismo profissional”.

A década 1970 aos 1980 culminou para o Serviço Social, no reconhecimento no “âmbito acadêmico, surgindo os cursos de pós-graduação, mestrados e nos anos oitenta, os doutorados” (NETTO, 2009, p. 151). A partir desse contexto o Serviço Social começa a

consolidar conhecimentos teóricos, através das ciências sociais e outros saberes, permitindo uma visão mais crítica da profissão.

Enfatiza-se também que a década de 1980 no Brasil teve um período de grande mobilização política por consequência da crise econômica, e também em decorrência da ditadura militar. Assim, o Serviço Social começa a ampliar o debate teórico e renegando o Serviço Social tradicional, trazendo para as políticas sociais e para sua intervenção profissional fundamentos na corrente marxista (BRAVO; MATOS, 2012).

Diante disso, institui-se em 1986 uma nova formulação do Código de Ética Profissional, conquista importante para os assistentes sociais, porém esse novo Código de Ética passou por uma revisão, sendo regulamentada pela Lei 8.662 no dia 7 de Junho de 1993. Com relação ao Código de Ética do/a Assistente Social foi aprovado em 13 de março de 1993. Somando-se a estas mudanças na década seguinte, no campo da saúde o Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da resolução nº 218 de 06 de março de 1997, reconhece e insere várias categorias profissionais como pertencentes à área da saúde, incluindo o Serviço Social:

I – (...) de nível superior os Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais. (MINISTERIO DA SAUDE, 1997).

Nesse mesmo período de 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco na história da saúde no Brasil, pois abriu um espaço de mobilização e participação de vários segmentos da sociedade como, acadêmicos, profissionais da área da saúde, sindicatos e sociedade civil. Levando a impulsionar a Reforma Sanitária que obteve uma maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. Com a nova CF/1988 emergiu uma nova concepção de saúde, sendo o Estado responsável pela garantia do acesso universal, igualdade nos serviços de saúde, a inclusão social e a garantia dos direitos sociais.

Os artigos 196 a 200 da CF/1988 afirmam que o Estado passa a reconhecer a saúde como direito social, garantido sua promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo que, o conceito de saúde não é mais considerado doença, mas sim como bem estar, físico, mental e social. Insere-se o lazer, habitação, esporte e entre outros. As políticas sociais e econômicas começaram a proporcionar uma qualidade de vida melhor à população, principalmente na universalização e na igualdade do acesso as ações e serviços de saúde.

Outras mudanças ocorridas com a CF/ de 1988, foram à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), constando as seguintes diretrizes da Reforma Sanitária: equidade, universalidade, a integralidade e participação social.

O Estado passou a descentralizar as ações e serviços de saúde, sendo também responsável a União, Distrito Federal, os Estados e Municípios, deixando de ser centralizadas somente no Ministério da Saúde, com isso permitiu a hierarquização na distribuição de atenção à saúde em três níveis: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade.

Na CF/1988 o Art. 198 estabelece que a participação social na área da saúde surge na perspectiva do controle social, inserindo os setores organizados da sociedade civil, participando dos planos, programas, projetos e acompanhando suas execuções. A participação foi instituída na Lei nº 8.142/90, que através das Conferências vai ter como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde, e os Conselhos que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. (CORREIA, 2009, p.125).

Apesar dessas conquistas a política de saúde também vive a resistência, principalmente por dois blocos opositores, uma que era formado pela “Associação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas, que defendiam a privatização dos serviços de saúde e o outro contraria o Plenário Nacional da Saúde, que defendia os princípios da Reforma Sanitária” (BRAVO; MATOS, 2012).

No Serviço Social, mesmo com seu movimento de conceituação negando o “tradicional”, no campo da intervenção profissional ainda encontra dificuldades de se aproximar dos princípios da reforma sanitária, tendo este amadurecimento somente na década de 1990. Bravo (2006) citado por Assumpção (2007), explica que:

(...) na década de 1980, o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teóricas. E ao mesmo tempo apresentou poucos efeitos na intervenção (...) algumas mudanças ocorridas, como a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989, foram considerados insuficientes, pois o Serviço Social adentra a década de 1990 com alterações não significativas e prossegue desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária. (BRAVO, 2006, citado por ASSUMPÇÃO, 2007, p.13).

Para Matos (2003 p.88) a década de 1980 é uma “incipiente alteração da prática constitucional”, ou seja, a categorial profissional estava desarticulada do movimento da reforma sanitária, chegando ao período de 1990, com a dispersão por parte dos profissionais do Serviço Social na área da saúde que estavam pensando em outras concepções dos princípios da reforma sanitária.

Nos anos 1980 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi importante para processo de “difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas”; os partidos políticos colocando seus projetos em debates no Congresso, os “movimentos urbanos realizando eventos em articulação com as entidades da sociedade civil” e entre outros debates (BRAVO, 2009, p.95).

Mas será na década de 1990 que os debates acerca do SUS foram extensamente discutidos em Conferências Nacionais e com a participação da sociedade civil, para a execução da Política de Saúde (CHUPEL, 2008, p. 27). Nesta direção a lei 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) estabelece os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, art. 7º).

Contudo, Matos (2003) ressalta que esses princípios da reforma sanitária e consolidados no SUS não foram seguidos pela categoria profissional do serviço social e nem pelas discussões nos fóruns, por isso precisavam ser refletidas na busca do movimento sanitário. Principalmente quando o Serviço Social na saúde depara-se com a implementação do projeto neoliberal no país, a qual Fernando Collor de Mello eleito o presidente do Brasil em 1990, assumiu no seu governo esse projeto para conter a crise que foi iniciada em 1970, defendendo a questão econômica, privatizações e a liberação das importações. Este projeto político-econômico confronta-se com o projeto profissional hegemônico do Serviço Social, e com o projeto da reforma sanitária.

Observa-se que ao contrário dos princípios da reforma sanitária será consolidado o projeto privatista, que se articula ao mercado, pautada na política de ajuste, tendo como “características o atendimento focalizado às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade” (OLIVEIRA, 2009).

Esses dois projetos em disputa o privatista e o da reforma sanitária, entretanto, apresentam para o trabalho dos assistentes sociais as seguintes requisições. O primeiro requer a seleção socioeconômica dos usuários, ações fiscalizatórias, assistencialismo e abordagem individuais. A segunda requisição é que o assistente social busque o trabalho interdisciplinar, atendimento humanizado estimula a participação popular e entre outros. (CFESS, 2010).

De acordo com Krüger (2014), a implementação do SUS também trouxe vários desafios ao governo Collor, o mesmo passou a vetar os artigos do texto da Lei 8080 a respeito do financiamento e a participação da comunidade. O SUS passou a ser um objeto de “desfinanciamento, sucateamento e recentralização”. Essa recentralização foi comandada pelo Jose Serra, Ministro da Saúde, que “ignorou a instância de gestores da Comissão Intergestora Tripartite (CIT)⁸ e o Conselho Nacional de Saúde”. (KRÜGER, 2014).

Para Silva (2011) o governo Collor tinha um estilo autoritário, sendo que as organizações populares eram secundarizadas, instituindo uma barreira entre Estado e sociedade, permitindo que a sociedade civil tivesse uma diminuição do espaço político no interior do Estado. A mesma Salienta que:

Esse esforço aponta para um Estado mínimo que reconhece e incentiva o trabalho como única possibilidade legítima de renda para os indivíduos (...) favorecendo a autocracia burguesa e usurpando o espaço da participação popular com tentativa de impedir a construção de uma identidade das classes populares, que são transformadas em meros produtores e consumidores. (SILVA, 2011, p. 79).

Esses direitos mínimos afetaram consideravelmente o Serviço Social, diminuindo o espaço no mercado trabalho dos assistentes sociais, contribuíram para a seletividade dos usuários no serviço público no âmbito dos programas sociais e o sucateamento do serviço público (SILVA e SILVA, 2009 p. 80), ou seja, os direitos mínimos possuía um caráter perverso em relação à proteção social dos trabalhadores. Mas Fernando Collor de Mello não cumpriu seu mandato de quatro anos, devido a escândalos de corrupção dentro do governo, assumindo o seu vice-presidente Itamar Franco em 1992, que não obteve êxito em relação às

⁸ A Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais. Ela negocia e pactua sobre aspectos operacionais da gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e, para isso, mantém contato permanente com a CIB, de modo a garantir a troca de informações sobre o processo de descentralização. (Disponível em: <http://mds.gov.br>).

programas sociais, demorando a apresentar um programa à população brasileira e dando sempre prioridade aos grupos econômicos.

A contrarreforma neoliberal terá continuidade no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) em 1994, apesar de o Plano Real⁹ ter contribuído para estabilização da economia, mas os direitos sociais continuavam sendo reprimidos pelo mercado.

Contudo, em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), constituídos por equipes multidisciplinares atuando em territórios delimitados, oferecendo atendimento integral às famílias (POLO; PASTOR, 2006). Com essa nova perspectiva de atuação do Serviço Social junto às equipes multidisciplinares, os assistentes sociais foram ganhando visibilidade, exigindo a readequação profissional de recursos humanos na área da saúde. Sendo ampliado posteriormente pelo governo Luiz Inácio Lula da Silva com o compromisso no fortalecimento e ampliação do PSF, aumentando o financiamento e as equipes.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009) destacam que o PSF devido a sua expansão será denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) que continuara sendo um subsistema focalizado tendo como finalidade baratear os custos e ações básicas, esses subsistemas colaboram para expansão do setor privado, assim como o Programa de Agentes Comunitário (PACs) criada em 1991, permitindo que o SUS esteja somente direcionado aos pobres, através de pacote mínimo para a saúde, esse sistema recebe muitas críticas por parte da categoria profissional do Serviço Social por ser um programa focalizado.

O grande desafio para o Serviço Social neste período de 1990 será no enfrentamento das novas demandas tradicionais nas políticas sociais públicas, e no próprio direcionamento do seu conhecimento para intervenção das expressões da “questão social”. De acordo com Yazbek (2009), o Serviço Social se vê no processo contraditório do projeto neoliberal, se pondo a compreender e a intervir nas novas configurações da “questão social”, seja na precarização do trabalho e na repressão dos trabalhadores na sociedade capitalista.

Desta forma o Serviço Social diante destas “transformações societárias”, consolidou na década de 1990 o amadurecimento na construção do projeto ético-político, que integra

⁹ “O Plano Real foi então iniciado oficialmente no dia 27 de fevereiro de 1994 através da Medida Provisória n° 434. A medida determinou a Unidade Real de Valor (URV) e culminou com o lançamento do Real como nova moeda. A implantação do Plano Real se deu através de três etapas: equilíbrio das contas públicas, criação da URV e o lançamento do Real. Durante o debate do nome da nova moeda, cogitou-se chama-la de Cristal, Coroa ou Cruzeiro-Cruzado, mas o nome Real vingou pelas possibilidades publicitárias que oferecia”. Este documento encontra-se na íntegra em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/plano-real/>.

“valores, escolhas teóricas e interventivas, ideológicas, políticas, éticas, direitos e deveres, investigações, debates” e entre outros. (NETTO, 1999, apud YAZBEK, 2009).

No governo de Luís Inácio Lula da Silva eleito em 2002, havia uma expectativa muito grande de mudanças para o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária, que foi questionado nos anos 1990, porém havendo no mesmo período a consolidação do projeto de saúde privatista (BRAVO, 2009 p. 102). Então, no governo Lula coexiste os dois projetos em disputa: por um lado à inovação e por outro a continuação do governo anterior.

(...) aspectos de inovação foram criadas quatro secretarias de estado e extintas três; convocação extraordinária da 12ª Conferencia Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (...) aspecto de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressalta-se no governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade da política para viabilizar, a concepção de Seguridade Social (...) (SILVA e SILVA, 2011, p. 102 à 104).

Neste sentido, os dois projetos estão em disputa, tanto a reforma a sanitária, quanto o projeto privatista. O governo de Lula fortalece o primeiro projeto, mas em contrapartida a focalização e o desfinanciamento do segundo projeto são evidentes na saúde. Em junho de 2005, foi realizado na Câmara dos deputados o 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, com a temática o SUS, que será firmado o compromisso do direito universal, igual e integral da saúde. Define-se como proposta:

- Definição de uma Política Nacional de desenvolvimento;
- Defesa da Seguridade como política de proteção social e universal;
- Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social, mas, imediatamente, regulamentar a ementa Constitucional nº 29;
- Cumprimento da Deliberação Nº 001, de 10 de março de 2005, do Conselho Nacional de Saúde, contraria a terceirização da gerência e gestão de serviços de pessoal do setor da saúde;
- Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários;
- Estabelecimento de Planos de Cargo, Carreiras e Salários para o SUS de maneira centralizada, sem incidência dos atuais limites de gastos da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- Avançar na substituição progressiva do sistema de pagamento de serviços por um sistema de orçamento global integrado, alocando recursos baseados na necessidade de saúde da população;
- Revisão da lógica de subsídios e isenções fiscais para operadores prestadores de planos e seguros privados de saúde, redirecionando esses recursos para o sistema único de saúde;
- Avançar no debate do projeto de lei que trata da responsabilidade Sanitária, no sentido de retornar a cerne da discussão para garantia de direito na saúde;
- Garantir a democratização do SUS, com o fortalecimento do controle social;
- Definição de uma política indústria, tecnológica e de inovação em saúde garantir assistência farmacêutica integral;

- Desenvolvimento de ações articuladas entre os Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) para a construção de soluções relativas aos impasses na implementação do SUS;
- Recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social; (BRAVO; MENEZES, 2011, p.19).

Em Dezembro de 2006 acontece o Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde, permitindo discussões importantes para a política da Reforma Sanitária. Para Paim (2008) citado por Bravo e Menezes (2011), alguns temas discutidos nesse Encontro Nacional, foram o movimento sanitário e mídia, ampliação da agenda da “militância” e as propostas dos candidatos à saúde. O primeiro mandato de Lula em 2006, foi apresentado o Pacto pela Saúde, que tinha por objetivo o avanço da implementação dos princípios do SUS, mas que não foram amplamente debatidos.

Já no segundo mandato 2007 à 2010, na área da saúde não apresentou nenhuma mudança em relação a reforma sanitária, porém a escolha do ministro José Gomes Temporão para o Ministério da Saúde, trouxe alguns debates e assuntos polêmicos, como a “legalização do aborto, ampliação das restrições a publicidade de bebidas alcoólicas e fiscalização das farmácias” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.20). Em 2007, foram realizadas Conferências Estaduais em todo território brasileiro e a 13ª Conferência Nacional de Saúde, importante para garantir principalmente que o SUS, seja assegurado como política de Estado, além de que, a saúde pública e o SUS obtiveram vários retrocessos. Em 2009, foram discutidas na Plenária dos Conselhos Nacional de Saúde as seguintes pautas:

- A desestruturação da rede de atenção primária à saúde, privilegiando os procedimentos especializados e de alto custo;
- A não regulamentação da Ementa Constitucional nº 29, implicando no subfinanciamento da saúde pública a partir do não cumprimento dos percentuais mínimos de investimento da União, maioria dos estados e parte dos municípios;
- Avanço da privatização do SUS em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através da desestruturação, sucateamento e fechamento dos serviços públicos e ampliação da contratação de serviços privados, numa flagrante violência aos distantes constitucionais;
- Precarização dos serviços públicos e das relações de trabalho, com baixa remuneração dos trabalhadores e enormes discrepâncias salariais sem definição de uma política de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais do SUS. (BRAVO e MENEZES, 2011 p. 22).

Em 2010, aconteceu no Rio de Janeiro a luta dos movimentos sociais contra a privatização e a saúde pública e estatal, principalmente contra as Organizações Sociais (OSs) que afetaria os trabalhadores da saúde e os próprios usuários. Apesar desse descontentamento por parte dos movimentos sociais sobre a precarização da saúde, o governo de Dilma Rousseff continuou com expansão das Organizações Sociais (OSs) e a Organização da Sociedade Civil

de Interesse Público (OSCIPs). De acordo com Bravo e Menezes (2011) a Medida Provisória (MP) 520 do dia 31/12/2010 do governo Lula, autoriza que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) possa administrar os Hospitais Universitários (HUs). Após essa autorização, o governo Dilma Rousseff estabeleceu que a EBSERH virasse um Projeto de Lei (PL 1749/2011), podendo contratar através de CLT. Nos governos Lula e Dilma nota-se que:

Na conjuntura do governo Lula constatou-se uma fragilização das lutas sociais e as entidades e movimentos sociais não conseguindo uma defesa da Seguridade Social e da saúde em particular. No governo Dilma, ressalta-se como movimento de resistência a Frente Nacional contra a Privatização da saúde, criada em 2010 e que teve algumas conquistas em 2011, a saber: a votação a inconstitucionalidade das OSs no Rio Grande do Norte; Moção favorável à ADI 1.923/98 pelo Conselho Nacional de Saúde em 9 de Junho de 2011, através de uma articulação da Frente com as FENTAS (Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores de Saúde . (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 25)

Nesse sentido, os Governos Lula e Dilma não conseguiram romper com o projeto privatista, a saúde pública continuou sendo terceirizadas e administradas por OSs, EBSERH, OSCIPs e entre outros, sendo que o projeto privatista reduz os direitos sociais, limita a autonomia do Estado e o Serviço Social estando nesse contexto contraditório dos dois projetos em disputa a Reforma Sanitária x projeto Privatista.

O grande desafio do Serviço Social no século XXI é ter como eixo central a busca incessante de novos conhecimentos e das novas demandas atribuídas à profissão, está de encontro com os princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2009).

Silva (2009) enfatiza também que o Serviço Social através do seu conhecimento teórico-metodológico precisa estar constantemente atento com as diferentes expressões da “questão social”, buscando sempre conhecer a realidade social. O profissional de Serviço Social precisa estar articulado com a equipe multidisciplinar e interdisciplinar para que juntos possam defender o SUS, assim podendo formular estratégias para a consolidação das garantias de direitos (SILVA, 2009).

Pensar em todas essas transformações históricas que ocorreram na Política de Saúde e o Serviço Social na saúde estando nesse contexto, sobretudo, pensar que o Projeto da Reforma Sanitária foi uma conquista de toda a sociedade brasileira, através da CF/1988, que permeou implementação do SUS, sendo um marco histórico das políticas sociais e que nela se encontra os seus princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção a saúde, trazendo benefícios principalmente para toda classe trabalhadora brasileira.

Mas por outro lado Mocelin (2015) salienta que existe um dilema desde o surgimento do SUS, pois muitos compreendem que os serviços públicos são precarizadas, sucateadas,

ruins e que são para população mais pauperizada, essas falácias a respeito do SUS em alguns discursos consistem na perda de valores dos direitos sociais conquistados por toda a sociedade.

Por isso, os assistentes sociais precisam estar atentos a essas falácias fortalecendo e defendendo o SUS, na efetivação dos direitos sociais a saúde, respaldada no seu Código de Ética Profissional, compreendendo que a defesa do SUS esta intrinsecamente ligada a todos os segmentos da sociedade que defendem e norteiam o sistema público.

2.1 Serviço Social no Âmbito Hospitalar

Conforme foram apurados no item anterior os primórdios do Serviço Social na saúde até a sua atualidade, será evidenciada neste subcapítulo o Serviço Social no âmbito hospitalar, destacando a atuação do assistente social dentro desse espaço, fazendo uma concisa apresentação do seu surgimento, os desafios e contribuições do Serviço Social hospitalar.

O assistente social é um profissional que pode atuar nas entidades públicas e privadas, Organização não Governamental (ONG), como gestor e entre outros. O profissional do Serviço Social vem contribuindo efetivamente na construção e defesa das políticas de direitos e dos sistemas instituídos a partir delas, por exemplo, o SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRESSAN, 2009, citado por ROSA, 2009).

De acordo com Rosa (2009), o Serviço Social ao longo de sua trajetória veio rompendo com sua forma de atuação tradicional, buscando uma fundamentação teórica na construção de uma perspectiva crítica que contribuíssem para todos os trabalhadores em saúde.

Ao pensar e aprofundar o Serviço Social hospitalar torna-se necessário entender alguns conceitos sobre o Hospital, onde o mesmo era baseado nas tradições e heranças, era um lugar que abrigava, os pobres e doentes. Com a evolução da humanidade a instituição passou a ser planejada e organizada para agir no controle da saúde e doenças. Algumas definições sobre o hospital se caracterizam de acordo com a sua historicidade.

Para Berezovsky (1977), o hospital pode ser considerado como uma instituição social organizada e tornando-se também uma organização complexa, pois o hospital precisa lidar com as doenças de forma adequada. De acordo com Mirshawaka (1994), citado por Silva (1998),

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1956 definiu o hospital como sendo uma parte integrante de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva – cujos serviços

atingem a família e seu meio ambiente. Define, também, como sendo um centro destinado ao treinamento de pessoal da saúde bem como à pesquisa biossocial (MIRSHAWAKA, 1994, citado por SILVA, 1998, p.12).

Conforme Silva (1998), a partir do século XIX com o avanço da ciência, o hospital começou a prestar assistência às doenças dos indivíduos, porém somente no século XX com as produções industriais quimioterápicos e de equipamentos, o hospital passou a ter características contemporâneas. O hospital pode ser percebido como forma de uma instituição dotada de “planta física, equipamento e organização adequados à recepção de pacientes em regime de internação como ao seu tratamento, a fim de devolvê-los à comunidade em condições satisfatórias de saúde”. (MISCHAWAKA, 1994, citado por SILVA, 1998).

Segundo Carvalho (2003), o Hospital deixou ser um lugar de custódia e caridade, passando a ser um lugar de ciências, assumindo no século XXI modernos sistemas de saúde, sendo uma instituição que se preocupa com a eficiência e a qualidade dos cuidados e serviços.

Portanto, no Art. 3º da Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 do Ministério da Saúde, afirma que:

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (MINISTERIO DA SAUDE, 2013).

Essas conceituações sobre Hospital ao longo das épocas foi se desmistificando de lugar que abrigava os pobres e os doentes, passando a promover a população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em Centro de Educação, Capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde. (SILVA, 1998, p.9).

Os autores apontam que as instituições hospitalares se distinguem por níveis hierárquicos: (públicos, federal, estadual e municipal), por sistema jurídico: administração pública direta ou indireta (fundação, autarquia e empresas estatais), os privados são classificados da seguinte forma: com os fins lucrativos e os sem fins lucrativos (filantrópicos ou beneficentes).

O primeiro registro do hospital no Brasil foi em 1543, chamado de Hospital de Todos os Santos, conhecido posteriormente por Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santos. (COSTA, 2012, p.23). De acordo Martinelli (2003) o Serviço Social médico foi criado em 1905, pelo Dr. Richard Cabot introduzindo na estrutura organizacional do Hospital Geral de

Massachussets, reconhecendo que o Serviço Social era essencial para o diagnóstico e o tratamento médico-social.

No Brasil após a Segunda Guerra Mundial, na década de 1940, implanta-se um novo modelo de saúde, o hospital passa a ser referência na prática médica e o Assistente Social passa a ser indispensável dentro da equipe médica. A inserção do serviço social se dá na Policlínica de Botafogo no Rio de Janeiro nesse mesmo período. Em 1943, nos primórdios da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o mesmo sempre contou com a atuação dos assistentes sociais na equipe (MARTINELLI, 2003, p.11).

Como já destacado anteriormente com a consolidação do SUS e a saúde no Brasil ser um direitos de todas e dever do Estado com acesso universal, de integralidade e de igualdade é que a categoria profissional dos assistentes sociais no âmbito hospitalar ganha notoriedade, principalmente em relação ao seu aparato teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. De acordo com a Iamamoto (2009), o exercício da profissão requer que o profissional do Serviço Social tenha “autonomia” para propor seus projetos, consiga defender seu espaço de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais.

(...) a historicidade da profissão no seu caráter transitório e socialmente condicionado, ela se configura e se recria no âmbito das relações do Estado e a sociedade fruto de determinantes macro-sociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional inscrito na divisão social e técnica do trabalho e apoiadas nas relações de propriedade que sustentam. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho. (IAMAMOTO, 2009, p.172).

Desta forma é que a intervenção do Serviço Social no âmbito hospitalar se denotara na organização do seu trabalho, na implementação dos programas e projetos, procurando articular com a equipe multiprofissional, desenvolvendo principalmente nos plantões ações “socioassistenciais de caráter emergencial e assistencial” (COSTA, 2012, p.23). Apesar de que, nos plantões geralmente são os usuários ou o familiar que procuram o Serviço Social, encaminhados pela equipe multiprofissional ou chegando voluntariamente, desta forma o assistente social precisa estar atento às demandas trazidas pelos usuários, tratando as informações de forma sigilosa, individual e dependendo de suas requisições são orientados quanto aos benefícios, dúvidas, encaminhados para redes de assistência e entre outros.

Sodré (2010, apud Silva e Silva, 2013) evidencia que os profissionais do Serviço Social precisam estar constantemente refletindo sobre as novas dimensões das lutas sociais que se colocam como desafios na produção de conhecimento e pelo direito à informação,

“contribuindo com o processo de trabalho da categoria, com a produção de informação qualificada na era da produção do acesso, proporcionando o ter direitos e, assim, concretizar a democracia” (SODRÉ, 2010, p. 475, apud SILVA e SILVA, 2013, p.36).

É no âmbito dessas perspectivas que o Serviço Social hospitalar não pode estar atrelado somente no “acompanhamento do indivíduo em situação de doença e saúde, mas a pessoa em situação”, pois quando o indivíduo chega ao hospital, o mesmo é levado para a sala do médico ao ser diagnosticado, irá tratar a doença física e não a totalidade. (CARVALHO, 2003, p.30).

Neste momento é que o Assistente Social através da sua formação profissional está qualificado a compreender a realidade dos usuários, seja nos aspectos “sociais, econômicos, políticos e culturais”. (COSTA, 2012 p.26).

(...) as atividades interdisciplinares tem na intervenção do assistente social a possibilidade de evidenciar temas que historicamente ficaram alheios em virtude do modelo biomédico de se produzir a saúde, a saber: “violência, dependência química, questões de gênero, sexual e etnia, poluição do meio ambiente, saneamento, movimentos sociais na área da saúde mental, direitos reprodutivos, de portadores de patologia, controle social e participação social”.(KRÜGER, 2010,p.141, apud COSTA, 2012, p.26).

Outro fator importante que Martinelli (2003) ratifica, é que no âmbito do Serviço Social hospitalar o trabalho interdisciplinar¹⁰ garante um processo de “ações, decisões e relações socializadas com a equipe”, fundamental para interação do próprio usuário e familiar. Isso possibilita que os profissionais possam trabalhar articulados para desenvolver um trabalho mais eficaz e eficiente, compartilhando entre os próprios profissionais a compreensão acerca das demandas dos usuários e a qualidade do seu trabalho no âmbito hospitalar.

Para Costa (2012) destaca ainda, que as principais demandas dos usuários aos assistentes sociais dentro do espaço-ocupacional são:

A procura espontânea: pelos usuários ao Serviço Social, para obtenção de acesso aos serviços, orientações e reclamações. Encaminhamentos internos: dos usuários para o plantão do Serviço Social por assistentes sociais, para providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, inserção na rotina da unidade, cadastro nos Programas; encaminhamentos diversos (...). Encaminhamentos externos: na procura do plantão pelos usuários através de encaminhamento externo a unidade os usuários demandam acesso aos recursos/serviços que a unidade oferece orientações e informações diversas. (VASCONCELOS, 2009, p.248, apud COSTA, 2012, p.24).

¹⁰ Conforme Mendes (2008) “a interdisciplinaridade vai para além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte. A sua complexidade consiste justamente na sua própria construção, que é impregnada por trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes”. (MENDES, 2008, p.30) Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br>

Assim, concorda-se com Carvalho (2003), que o Serviço Social hospitalar vem buscar através do seu conhecimento teórico-metodológico, a promoção e a proteção dos direitos do doente no processo de reabilitação e cura. O profissional será um importante interlocutor, entre os profissionais da saúde, paciente/família e a instituição, garantido que os direitos sociais sejam efetivados. Visto que, os hospitais possuem vários níveis de atendimento, Urgência e Emergência, Alta Complexidade e entre outros, a intervenção do Serviço Social hospitalar irá depender da complexidade de saúde que se encontra o paciente, para aqueles pacientes que, por ventura, ficam internados por um longo período no hospital, serão acompanhados pela equipe multiprofissional ou interprofissional, o assistente social normalmente integra a equipe. Permitindo acolher, acompanhar e apoiar psicossocialmente em todas as situações no internamento, sendo “pertinente ao desenvolvimento de competências sociais no doente e na família, propiciando o retorno à comunidade, casa, família e ao contexto social” (CARVALHO, 2003, p.31).

Por fim, os assistentes sociais precisam estar atentos às novas dimensões teóricas-metodológicas, procurando desenvolver junto a equipe multiprofissional e interprofissional a troca de saberes, para que o trabalho dos profissionais sejam construídas em prol ao usuário e que muitas vezes encontra-se desamparado pelos fatores sociais, físico e psíquico.

Martinelli (2003) conclui que o trabalho do profissional bem realizado, tendo na sua “prática profissional crítica”, conseguirá produzir comportamentos de políticas novas, mas que para isso é preciso que Assistente Social consiga dedicar-se na sua formação tratando de ser um “sujeito político novo”.

As produções de conhecimentos dos assistentes sociais na área da saúde terá uma grande ênfase, no sentido, de inserir novos estagiários do Serviço Social no espaço-ocupacional, trazendo uma rica troca de conhecimentos, a própria prática de pesquisa, seja ela “qualitativa ou quantitativa” valiosa inter-relação entre as duas pesquisas, permitindo nortear o processo na “saúde/doença, morte/vida, inclusão/exclusão e no fortalecimento processos de inclusão”. (MARTINELLI, 2003, p. 16).

A atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar torna-se indispensável no atendimento humanizado e de qualidade, junto à construção de novos conhecimentos, permitindo uma percepção mais ampla da realidade, seja nos atendimentos mais complexos ou imediatos.

Sendo assim, no capítulo a seguir será apresentada a pesquisa com os profissionais que compõem o setor de transplante e as atribuições do Serviço Social nesse espaço novo de

atuação, que vem ganhando bastante notoriedade por sua formação teórica-metodológica, ético-político, técnico-operativo.

3. O SERVIÇO SOCIAL NO SETOR DE TRANSPLANTE

“A partir do momento que tu tens uma equipe multiprofissional conseguimos atender o paciente na sua integralidade”.

Assistente Social

No terceiro capítulo se ressalta uma breve apresentação do surgimento dos transplantes no Brasil e no Mundo. Na sequência a pesquisa qualitativa com os resultados das perguntas semiestruturadas com os respectivos interlocutores.

Destaca-se primeiramente que os transplantes surgiram a milhares de anos, a história milenar sobre o seu surgimento, aconteceu cerca de 300 a.C, pelo cirurgião Chinês Pien Chao, estudou medicina no Ocidente, realizando a troca de órgãos entre irmãos. (LEITE 2000, apud GREGORINI, 2010, p.11).

Já na Idade Media algumas lendas contam que os dois médicos Santos Cosme e Damião, teriam transplantado a perna de um soldado negro que havia falecido em outro homem, senhor branco que teria perdido a perna naquele mesmo dia. Atualmente esses dois médicos são conhecidos como padroeiros dos médicos cirurgiões. (FUNDAÇÃO BANCO DE OLHOS, 2000; PEREIRA, 2004, apud CORACIN e MELLO, 2013).

De acordo com Leite (2000, apud Gregorini, 2010) nos séculos XV e XVI algumas tentativas de utilizar tecidos humanos e animais foram fracassadas devido a infecções e os procedimentos feitos de forma primitiva.

Leite (2000, apud Gregorini, 2010) destaca ainda que o cirurgião francês Ambrósio Paré, no período (1517-1590) foi o “pai da cirurgia moderna”, nome concedido à descoberta da ligação das artérias e sendo utilizadas nas amputações, substituindo a cauterização.

Na década de 1902, Emmerich Ullmann retirou um rim de um cachorro, e transplantou em um o outro, conseguindo manter somente por alguns dias, pois houve problemas de compatibilidade genética.

Com a grande necessidade de transfusão de sangue na Guerra de 1914-1918, permitiu o surgimento de bancos de sangue, porém, as primeiras tentativas foram sem sucesso, logo após a descoberta dos diferentes tipos sanguíneos, os bancos de sangue começaram a estocá-los. Lembrando que:

Esse evento talvez fosse um dos mais importantes passos na história dos transplantes. A transfusão de sangue, não trata da natureza dos problemas éticos e filosóficos associados como os transplantes de órgãos sólidos não regeneráveis tais como rins, corações, pulmões, pâncreas e fígados (LAMB, 2000, apud CORACIN e MELLO, 2013).

O primeiro transplante de órgão bem sucedido aconteceu em 1954 nos Estados Unidos na cidade de (Boston), o Dr. Joseph E. Murray realizou o transplante de rins entre dois irmãos gêmeos, no Hospital Brigham and Women. Mas foi na década de 1960 que os médicos descobriram que poderiam transplantar órgãos de pessoas não ligadas consanguineamente.

No período de 1963, Starzl foi o primeiro médico a fazer o transplante de fígado em humanos, mas sem sucesso. Os pacientes faleceram por complicações de hemorragias, infecções e outras complicações. (LEMES, 2004, apud GREGORINI, 2010, p.11).

No período dos anos 1960 e 1970 os médicos descobriram como realizar os transplantes entre pessoas sem parentesco, desenvolveram medicamentos imunossupressores¹¹, com “expressivos efeitos colaterais, tais como a nefrotoxicidade, hipertensão arterial, neurotoxicidade, hiperglicemia, neoplasias, infecções, hiperlipidemia e hiperpotassemia”. (Fundação Banco de olhos, 2000, Pereira, 2004, apud CORACIN e MELLO, 2013). Esses medicamentos que tinham efeito colateral perigoso, muitos pacientes acabavam falecendo dias depois.

Na década de 1980, houve um avanço na qualidade dos novos medicamentos imunossupressores, as práticas de transplantes de órgãos e tecidos passaram a ser menos arriscadas, permitindo que a sobrevivência dos pacientes transplantados fosse prolongada.

No Brasil os primeiros transplantes efetuados foram de rins, em 1964 no Rio de Janeiro. Durante a década de 1968 a 1997 as atividades de transplantes não eram totalmente regulamentadas, “normalmente havia regulamentação loco-regional”, os que recebiam a doação de órgão não havia uma formalidade, na “ordem de transplante, na retirada de órgãos e nos critérios de distribuição dos órgãos captados” (ROZA et al., 2006)

De acordo com o Ministério da Saúde o Decreto de nº 2.268 de 30 de junho de 1997, regulamenta a Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, chamada de “Lei de Doação Presumida de Órgãos”, que dispõe a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano com a finalidade para transplantes. Essa regulamentação estabelecida sofreu muitas críticas por parte da categoria médica que não concordava que os não doadores de órgãos e tecidos deveriam ser identificado na sua Carteira de Identidade ou na Carteira Nacional de Habilitação.

Desta forma, a Lei nº 9.434 de 1997 sofreu algumas alterações, e que será regulamentada pela Lei 10.2011 de 23 de março de 2001, que dispõe: os doadores vivos com

¹¹ De acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos-ABTO os medicamentos imunossupressores defendem e protegem o organismo contra infecções, e rejeita tudo o que é estranho. O órgão transplantado é visto pelo sistema imune como algo estranho, que não pertencente ao organismo do receptor. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?c=927>, acessado em: 15 de junho de 2016.

até o quarto grau de parentesco, poderão ser doadores desde que não haja prejuízo ao doador, e o doador morto somente com autorização do familiar até segundo grau de parentesco, ou seja, a Carteira de Habilitação ou de identidade, não serão mais decisória na hora da doação de órgãos e tecidos e partes do corpo humano, mas sim a autorização do familiar.

Desta forma, as Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) possui uma central em cada Estado do Brasil. No Estado de Santa Catarina a central é concentrada em Florianópolis, a CNCDO tem como objetivo coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual, promover a inscrição de potenciais receptores. Os pacientes que são diagnosticados com morte encefálica são direcionados a CNCDO, essas unidades integram o Sistema Nacional de Transplantes (SNT)¹².

Portanto, o médico da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou da Emergência, assim que diagnostica a morte encefálica, será acionado a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).¹³

A partir disso, o Brasil vem se destacando mundialmente como potencial na doação de órgãos e tecidos, possui hoje um sistema público de transplantes, sendo que 95% das cirurgias são feitas pelo SUS.

Em Santa Catarina os transplantes tiveram início em 1980, no Hospital Santa Isabel em Blumenau-SC, com o primeiro transplante renal. Desde então, Santa Catarina vem se destacando como referência em captações de órgãos e tecidos e transplantes.

De acordo com Baumgarten (2009) o Imperial Hospital de Caridade no dia 17 de maio de 2000 fez o primeiro transplante de rim. É nesta época também que o Serviço Social se insere como parte integrante da equipe, seu desafio será na efetivação das garantias dos direitos do paciente renal crônico no durante e pós-transplante.

A inserção dos assistentes sociais nesses espaços de atuação vem exigindo uma maior articulação entre as outras áreas profissionais, garantindo a intervenção multiprofissional junto aos pacientes transplantados. A própria atuação sócio-política, crítica e interventiva que o assistente social possui, com apropriação de estudos das Ciências Humanas e Sociais auxilia para compreender e intervir na “questão social”, desenvolvendo ações importantes na

¹² A atuação do SNT concentra-se, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. (BRASIL, 2014).

¹³ “A CIHDOTT, trata-se de uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, e entre outros, sendo obrigadas nos hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Algumas funções realizadas pela CIHDOTT são: detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos; viabilizar diagnósticos de morte encefálica; articula-se com CNCDO; oferece aos familiares dos pacientes falecidos a possibilidade de doação de órgãos e tecidos e partes do corpo humano”. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/web/ggpbs/comissao-intra-hospitalar-de-doacao-de-orgaos-e-tecidos-para-transplante-cihdott>. Acesso em 29 de junho de 2016.

efetivação dos direitos dos transplantados renais e compreendendo o indivíduo na sua totalidade.

Os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010) destaca ainda, que o assistente social quando atua na equipe de saúde deve possuir uma percepção particular de observação, na interpretação das condições de saúde do paciente transplantado, nos encaminhamentos das ações e na sua competência distinta, que no caso do IHC o assistente social, irá diferenciar-se do médico, enfermagem e Analista Administrativa.

Nesse sentido, os profissionais que atuam na equipe de transplante têm suas especificidades para desempenhar suas ações mediante a situação do paciente transplantado, porém, a atuação da equipe não “dilui as competências e atribuições de cada profissional”, mas permite que esses profissionais consigam atuar com mais “clareza no trato” ao paciente transplantado. (CFESS 2010).

A partir disso, no próximo subitem partiremos para os resultados da pesquisa qualitativa com a equipe multiprofissional no setor de transplante.

3.1 Os Desafios e Potencialidades da Equipe Multiprofissional de Transplante do IHC

Neste subitem serão apresentados os resultados da pesquisa de campo realizada com a equipe de transplante do IHC conforme dados já destacados na introdução. Porém, é importante ressaltar de acordo com Minayo (2008) que o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador com a realidade, assim estabelece a interação com os profissionais entrevistados, permitindo construir o conhecimento empírico importante para a pesquisa social.

Diante disso, a primeira questão abordada aos profissionais foi à relevância da equipe multiprofissional no setor de transplante. Ao abordar essa questão que consiste no trabalho coletivo e que irá se configurar na interação entre as diferentes áreas profissionais, eles salientam que:

Ela favorece uma postura mais compreensiva diante das demandas trazidas pelo paciente, a partir do momento que tu tens uma equipe multiprofissional, cada um tem um ponto de vista, então a gente consegue atender o paciente na sua integralidade não só o médico falando da parte dele, a enfermeira dos cuidados (...) quando está inserida dentro de uma equipe multiprofissional tu consegue dá um atendimento ao paciente dentro dos princípios do SUS, um dos princípios da integralidade (Cristal, 2016).

A Cristal ao descrever a relevância da equipe multiprofissional, menciona a integralidade que se encontra em um dos princípios do SUS, essas ações permitem a promoção, a prevenção de riscos e agravos, e assistência aos doentes.

De acordo com Paim e Silva (2008), a integralidade compreende-se desde os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Desta forma, a equipe multiprofissional mesmo trabalhando na sua especificidade, consegue compreender os pacientes e os familiares na sua totalidade.

Para o Quartzo a relevância da equipe no setor de transplante será evidenciada por alguns questionamentos:

A gente faz tudo! (...) até porque as atribuições são muitas do médico transplantador e ele não vai ficar podendo entrar na “siare” de competência da assistente social, da enfermeira. Até de uma psicóloga a gente se recente muitas vezes, pois não tem uma boa avaliação prévia do transplantado, (...) seria ideal porque tem muito paciente que não tinha indicação social ou psicológico de transplantar, muita gente teria limitações pela falta dessa equipe multidisciplinar na análise pré-transplante (...) hoje esta faltando no IHC dessa análise multidisciplinar pré-transplante, pois tem paciente que vai pra casa não toma remédio, não tem esse acompanhamento. (Quartzo, 2016)

A resposta do Quartzo é objetiva ao falar da importância da equipe multiprofissional, ao dizer que “a gente faz tudo”, não deixa claro sua compreensão e as atribuições, porém ressalta as limitações sobre a falta de um psicólogo na avaliação dos pacientes no pré-transplante, considerando importante ampliar a equipe. As profissionais Esmeralda e Pérola destacam que:

A equipe multiprofissional é muito importante para que se estabeleça um trabalho de ótima qualidade, ela é composta por vários profissionais que trabalham por um objetivo comum, no caso do IHC, nossa equipe trabalha para o paciente com objetivo de oferecer maior qualidade de vida no tratamento do paciente, estes, conscientes dos limites existentes entre o uso da tecnologia e a ética profissional. (Esmeralda, 2016)

É Composta por vários profissionais de diversas áreas da empresa, para trabalharem por um objetivo comum, no caso do IHC, nossa equipe trabalha para o paciente com objetivo de oferecer maior qualidade de vida no tratamento do paciente dos serviços prestados. (Pérola, 2016)

Percebe-se que as falas entre a Esmeralda e Pérola salientam que “a equipe trabalha com objetivo de oferecer uma qualidade de vida ao paciente”. São argumentos que não deixaram evidentes a importância da articulação dos próprios saberes. Observa-se também que a dificuldade desses profissionais ao lidarem com essa questão, tendo em vista que esta temática é bastante atual e específica, além de ser incipiente a busca e sistematização de

conhecimentos sobre o assunto, os profissionais precisam estar constantemente atualizados na sua profissão, assim ampliando o olhar da própria atuação no setor de transplante (MOURA, SANTOS; SPANEVELLO, 2015).

A partir do exposto com relação à primeira pergunta, percebe-se que o Cristal consegue ter percepções diferentes em relação relevância da equipe no setor de transplante, até por sua compreensão teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010) reforçam ainda que o trabalho da equipe precisa ser refletido com maior clareza e que as atribuições dos assistentes sociais sejam divulgadas aos demais profissionais para a defesa da saúde.

No que se referem às atividades, serviços e programas que caracterizam a profissão/profissionais na equipe de transplante, as respostas foram:

Atividades é o acolhimento à família com a escuta qualificada, orientações previdenciárias que tem bastante para o paciente renal crônico, orientação sobre a medicação pós-transplante, orientação sobre o direito do paciente renal crônico que é essa questão do passe livre, do direito da isenção de imposto, aquisição de compra de carro e a solicitação do transporte na alta hospitalar (...). Contato com outras instituições no caso a 18º Regional e o DIAF(...). Entrevista no caso de doação de órgãos (...) (Cristal, 2016).

Faço ambulatório e as enfermarias, o médico é quem chama os pacientes para o transplante, ficamos sobre aviso (...). Os programas é o ambulatório que admite doentes, nós temos assistente sociais, não é uma assistente social dedicada ao transplante, mas temos uma funcionária que é a Analista Administrativa que é o meio de campo e a enfermeira do transplante. Essa estrutura de apoio é essencial (Quartzo, 2016).

A XXX tem o papel principal para que o transplante seja um sucesso, pois é a enfermagem que permanece vinte e quatro horas com o paciente, somos nós uns dos principais responsáveis pela evolução e sucesso de transplante (Esmeralda, 2016).

O XXX dentro da equipe de transplante realiza toda a administração dos serviços prestado, no atendimento ao paciente em orientações, na realização de exames, financeiro, financeiro, audita as contas (Pérola, 2016).

Ao relatar suas atividades e programas para reabilitação dos pacientes transplantados a Esmeralda não define claramente suas atribuições e programas, por exemplo, Quais as orientações são feitas ao paciente? Quais os programas utilizam nos cuidados do paciente transplantado? Já a Pérola possui atividades mais operacionais.

Ao abordar sobre as atividades entre a equipe de transplante os entrevistados responderam que:

A gente tem um fluxo! O paciente internou para fazer o transplante, o administrativo já fica sabendo, que seria a pessoa representada do administrativo, a mesma faz o contato com Serviço Social, já envia quem é o paciente, qual a

medicação que o paciente vai tomar pra esta providenciando junto aos órgãos competentes e a Enfermeira faz o contato pra gente poder saber ou o médico. Isso se dá através da equipe multiprofissional, médico, enfermeiro e setor administrativo que faz contato com o Serviço Social a gente vai providenciar tudo que o paciente vai precisar durante a internação no caso de transplante. (Cristal, 2016).

Os transplantados são encaminhados para o ambulatório são recepcionados e preparados e feitos os exames pré-transplante e depois são colocados em lista. Essa lista não é de competência nossa é uma lista estadual fica a disposição da SC Transplantes, ela que faz o ranqueamento dos órgãos e quando surge um doador eles são ranqueados e quando surge no nosso grupo somos avisados naquele momento que surgiu um rim e disponibilidade de uma paciente x, é avisado ao médico que esta respondendo aquela semana sobre aviso do transplante. Ai! esse médico chama o paciente comunica e ver as condições e informa ao hospital e é mobilizado toda uma estrutura aqui no IHC para receber aquele paciente. A recepção é informada que vai chegar um paciente, às vezes quando temos tempo fazemos uma prescrição aqui esperando pelo paciente e outras vezes por causa da distância o médico da emergência que acaba vendo o doente e são oferecidos alguns medicamentos. O centro cirúrgico já foi avisado, o cirurgião já foi avisado e anestesista já foi avisado e a estrutura hospitalar já está pronta. O paciente chega toma alguns medicamentos e já vai para o centro cirúrgico esse tempo tem que ser o mínimo possível é o tempo que o rim está no gelo, quanto mais o rim fica no gelo mais ele custa acordar de novo e doente pode vir a precisar de Diálise e temos que evitar essa necessidade o ideal que sai urinando de imediato. Por que se não vai correndo o próprio resultado do transplante. (Quartzo, 2016).

Se estabelece as atividades dentro de suas áreas especializadas, para que seja atingido um único objetivo, que é auxiliar no completo bem-estar do paciente (Esmeralda, 2016).

Estabelecido às atividades dentro de suas áreas especializadas, para que sejam atingidas as metas e auxiliando no bem-estar do paciente (Pérola, 2016).

Percebe-se que existe uma articulação entre a equipe, de como se deve proceder quando o paciente chega ao hospital. Todos os envolvidos são acionados para que o paciente seja acolhido de forma mais humanizada.

A importância do trabalho em equipe precisa acontecer de forma integrada entre os profissionais da saúde, na “articulação das ações, no reconhecimento das diferentes técnicas entre os trabalhos especializados, o questionamento das desigualdades entre os diversos trabalhos e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional” (PEDUZZI, 2001, apud CREVELIM; PEDUZZI, 2005). Assim, a equipe consegue trabalhar em prol de um único objetivo, na construção de ações eficazes para a recuperação do paciente transplantado.

Ao serem indagados sobre as limitações do trabalho no setor de transplante cada profissional afirma que:

Todos que tem fístula no braço entra na lei do direito do deficiente físico, ele tem o direito a isenção de imposto na requisição de compra de carro e o Médico às vezes ele não quer preencher a guia, isso não é para renal crônico é para o deficiente! a lei é clara a monoparesia no membro superior direito ou esquerdo que seria o

braço, a fistula é uma monoparesia que causa uma limitação e todos tem direito. O médico acha que eles estão se aproveitando da lei, da questão do imposto, daí ele não quer preencher, mas não é o médico que vai dizer, quem vai dizer depois é o auditor do DETRAN e a Receita Federal se ele tem direito ou não, ele só vai atestar que ele tem a monoparesia ou no braço direito ou no braço esquerdo (...). Falta de medicação padronizada para os pacientes transplantados, porque isso não depende da gente, mas do Estado. Percebo assim, com a crise econômica o Estado não está comprando todas as medicações que o paciente precisa, isso é uma limitação(...). A burocracia do sistema torna lenta essa questão de distribuição da medicação (...) Essa é uma limitação muito forte que a gente tem, mesmo tendo a ferramenta que é o instrumento do trabalho do XXX que é a Lei, onde vamos dizer que você tem cumprir porque saúde é Direito de todos e dever do Estado, esta escrito é um direito Constitucional do paciente até isso fazer efeito demora e isso faz com que o paciente corra risco ou que o transplante não seja um sucesso (...). O excesso de burocracia aliado e outras coisas enfatizadas são as grandes limitações da profissão. (Cristal, 2016)

As limitações do trabalho são o excesso de carga do trabalho, falta de medicamentos são coisas assim que não deveriam chegar no médico, não deveria ser um problema para o médico esta lidando, mas costumeiramente falta de medicamento da Secretária da saúde do Município ou Estadual a gente tem que fazer modificações de remédio para o paciente já de imunossupressão de manutenção, o paciente tem que voltar para fazer dosagem. Se o paciente não consegue as medicações ele precisa voltar ao hospital ou tem que fazer uma troca arranjar outro tipo de droga é um problema chato que tem acontecido frequentemente este ano. Falta de análise psicológica no pré-transplante a gente se recente um pouco a estrutura não é perfeita e ideal. O hospital ao rigor que é meio filantrópico, mas é privado então possui uma série de contingente . Toda estrutura fica sobrecarregada, assistente social fica sobrecarregada, o médico etc. Acaba incorporando atribuições de outros setores, áreas e outros profissionais, a gente tem as nossas pra tocar e temos que ficar agregando outras (Quartzo, 2016).

Não há limitações, porém quando há alguma divergência procuramos resolver da melhor maneira possível para que não haja danos ao paciente. (Esmeralda, 2016).

Com a relevância do trabalho do XXX no setor de transplante, as limitações se dão somente quando houver a necessidade de tratar diretamente com a saúde do paciente. (Pérola, 2016).

No depoimento do profissional Cristal umas das limitações para o trabalho no setor de transplante é a falta de medicação para os pacientes transplantados e o profissional Quartzo também compartilha da mesma opinião. O Quartzo e Cristal concordam que o trabalho fica limitado, pois o Estado demora a repassar os imunossupressores que são importantes para manter o rim do transplantado funcionando. A partir do momento que falta esses imunossupressores o paciente pode vir a perder o rim.

Outra limitação abordada por Cristal é a falta da compreensão do Quartzo que o paciente renal crônico com fístula nos membros superiores é considerada pessoa com deficiência, assegurado na Lei 7.853/89 e pelo Decreto 3.298/99, que permite o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência e sua efetivação integral e social. (NÚCLEO DE ASSESSORIA AO CIDADÃO, 2008). O Quartzo por não “conhecer” sobre a Lei do paciente renal crônico limita o trabalho da Cristal na

garantia do direito desses pacientes que necessitam dos benefícios como, a isenção de impostos na compra de carro, direito ao passe livre e entre outros.

As entrevistadas Esmeralda e a Pérola possuem as mesmas opiniões, não existindo nenhuma limitação no trabalho da equipe, somente quando houver “divergência ou necessidade”.

É importante ressaltar com relação aos limites profissionais que estas sempre marcam o exercício profissional até porque as instituições não são completas e perfeitas. Para pensar uma intervenção profissional ampla e crítica, precisa-se identificar e reconhecer os limites institucionais, permitindo com que a equipe possa propor, sugerir, ampliar a própria intervenção e serviços no âmbito do hospital.

Para Castro, Fidelis e Donati (2008), a instituição é um conceito instituído, naturalizado e fixado, no caso do IHC, possuem suas normas, regulamentos e entre outros. A partir disso, os profissionais precisam compreender os limites que estas influem no cotidiano profissional.

Além de identificar e reconhecer sobre os limites profissionais numa equipe de transplante é importante reconhecer também as potencialidades do profissional no serviço. Neste sentido, os profissionais destacaram que:

Fazer um trabalho educativo de repente nessa questão de aumentar o numero de transplante, acolhimento porque a partir do momento que tu acolhe aquela família fica muito mais fácil tu fazer uma abordagem depois, para aquela família (...) e esta aceitando uma possível doação. Muitas vezes as pessoas negam não só por preconceito, questões religiosas, às vezes é pelo mal atendimento dentro do processo de internação que as vezes demora, um mês, dois meses ou menos tempo. (...) quando a equipe não tem o assistente social é mais fácil a família negar do que quando tem, porque a nossa profissão ela consegue enxergar o paciente na sua totalidade, não como aquele pedacinho que esta doente. Então, a gente consegue compreender melhor aquela situação daquela família, a partir do momento que tu consegue compreender melhor, tu vai fazer um acolhimento melhor, vai ter uma escuta qualificada. (Cristal, 2016).

Eu acho que nós estamos no limite da capacidade de tocar, até pelo sucesso do transplante a gente tem uma população de transplantado hoje mais de 250 transplantado ativos, mas hoje já passamos de 400 ou deve esta próximo disso. Essa carga de paciente ela sobrecarrega o médico que já esta imbuído dos cuidados dos novos pacientes e essa turma fica voltando, esse público esta aumentando e a quantidade de médicos está a mesma. Os médicos não aumentam, porque já perceberam que dá muito trabalho e que não dá retorno financeiro. Porque estamos a um ano sem ganhar e então os outros médicos também não querem. Então até essa condição desfavorável deixa atribuir porque ninguém quer trabalhar de graça, somente quem está na causa (Quartzo, 2016).

O XXX é responsável em planejar, executar, coordenar, supervisionar, avaliar, organizar e controlar, cabe ainda ao enfermeiro a incumbência de aplicar a Sistematização Assistência em XXX (SAE) em todas as fases do processo. (Esmeralda, 2016).

O XXX planeja, organiza, controla e assessora os médicos e enfermeiros (Pérola, 2016).

Ao identificar as potencialidades Cristal afirma que precisa-se fazer um trabalho educativo para que mais doações de órgãos possam ser efetivadas e que o trabalho do XXX é essencial nesse processo, pois ao conhecer todo histórico do paciente e do familiar, norteado pelo seu Código de Ética Profissional consegue durante o acolhimento e com a escuta qualificada, fornecer informações sobre o processo de doação de órgãos.

Para o profissional Quartzo, alguns fatores são determinantes que interferem para transformar a realidade, que é a sobrecarga de trabalho e pelo fato de possuir outras atribuições dentro do hospital. A questão financeira também é outro fator determinante para que outros profissionais, no caso os médicos, não venham trabalhar no setor de transplante. Porém, Quartzo não consegue expressar sobre as potencialidades da equipe, relata somente as dificuldades.

Percebe-se de forma muito parecida questões que envolvem a gestão e a coordenação como parte do cotidiano e do entendimento da equipe que isso se reflete como potencialidade.

Na questão seguinte foram solicitadas que os entrevistados descrevessem a contribuição e impacto na equipe de transplante, as seguintes respostas são:

Na verdade é a questão da potencialidade a contribuição nossa é cobrar dos órgãos públicos para efetivar os direitos que a pessoa tem, se é a medicação padronizada a gente vai cobrar, e que aquela pessoa exerça o direito dela (...). A questão do acolhimento volta a dizer é uma contribuição porque quando a equipe não tem um assistente social a probabilidade de negação é maior, temos a parte do acolhimento, conseguimos contribuir pra que aumente o número de transplante e doações. (Cristal, 2016)

O XXX é o maestro, pessoa mais importante do processo, pois é uma realidade a responsabilidade final é nossa do transplante, na vida paciente é toda nossa, a gente que assina, que encaminha, que carimba, temos essa noção. Mas isso não tira a importância de todo mundo que está do lado, enfermagem, assistente social. É bom que essas pessoas tenham um certo grau de capacitação especializada no setor. (Quartzo, 2016).

Desempenha um papel muito importante para que toda a equipe esteja sempre bem informada dos resultados rotineiros, com isso contribui para que o paciente tenha completo bem estar físico, mental e social. (Esmeralda, 2016).

Desempenha serviços administrativos para que toda a equipe esteja sempre bem informada dos resultados rotineiros. (Pérola, 2016).

Cada profissional destaca sua competência e contribuição no setor de transplante como a busca dos direitos dos transplantados renal crônico, acolhimento ao paciente no durante e pós-transplante, sobre a equipe está bem informada e entre outros, contudo, o Quartzo ainda

considera-se a pessoa mais importante dentro da equipe, relativizando posteriormente que esses profissionais são importantes, mas que precisam ser capacitados. O poder profissional XXX deixa evidente nas suas falas que subalternizam aos demais profissionais, promovendo a hierarquização dos saberes, diminuindo a autonomia da equipe.

A própria utilização simbólica dos “trajes brancos, a linguagem científica, rituais de exames, as qualificações que garantam a aprendizagem de conhecimentos, habilidades e atitudes que caracterizam tal profissão e as diferenciam das demais”, promovem suas normas adequadas, principalmente quando considera seus conhecimentos mais elevados que outros profissionais da equipe (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA 2008, p.39).

A última questão sobre outros assuntos relevantes que gostariam de destacar os profissionais expõem que:

O mais chato é a questão da burocracia (...) para entrega de medicação para o paciente (...). A burocratização limita muito o trabalho do Serviço Social (Cristal, 2016).

Precisamos da equipe multiprofissional nesse pré-transplante acaba passando só pelo XXX às vezes a gente percebe o jeitão do doente, problemas do coração (...) as vezes tem a condição mental tem muita gente com problema na cabeça que não tem estrutura pra tocar e manter o transplante, e estão condenadas ficaram na diálise. (...) O transplante custa caro mais ou menos trinta mil reais (...). Existe um problema que muita transplantado ta mal acostumado com aquele licenciamento do afastamento do trabalho determinado pela diálise, exige uma legislação meio mal definida. O paciente que casquinha ele quer continuar transplantado. Agora plantei quero ficar na boa!. Eu já acho que o paciente transplantado que é reabilitado socialmente ele tem que voltar pra trabalhar, até para ocupar a cabeça. A gente tem certa dificuldade eu sinto isso um pouco, que muitas gostariam de permanecer afastados e eu tenho certa restrição sobre essa ideia, ele recebeu um benefício ele esta transplantado e reabilitado, acho que ele deveria voltar para o trabalho, deixar de ser um ônus para sociedade, muitos querem ficar na aposentadoria (Quartzo, 2016)

Manter a equipe capacitada, desenvolver trabalhos em equipe, cada um dentro de suas atribuições, para solucionar os casos com maior eficiência e eficaz, para que não ocorram danos ao cliente (Esmeralda, 2016).

Manter a equipe capacitada, desenvolver trabalhos em conjunto, conforme suas competências, para solucionar os casos com maior eficiência e eficaz. (Pérola, 2016).

O Cristal ressalta novamente a burocratização do Estado na demora de comprar os medicamentos imunossupressores para os pacientes transplantados, que limita o trabalho de toda equipe de transplante. Já o Quartzo, reafirma que o psicólogo no pré-transplante é importante na avaliação dos pacientes que não possuem condições mentais, social e econômico para manter o rim transplantado.

Destacando também sobre o licenciamento de afastamento para os pacientes transplantado renal crônico, já citado posteriormente pelo Cristal na limitação do seu trabalho

dentro da equipe. O Quartzo entende que o paciente transplantado renal crônico tecnicamente reabilitado, não precisa mais desse licenciamento para ficar afastado do trabalho.

O profissional da Esmeralda e Pérola destacam entre outras relevâncias na equipe de transplante, desenvolver trabalhos em conjunto, porém que cada profissional na sua área de competência, garantindo eficiência e eficácia no atendimento aos pacientes.

Ao analisar as respostas dos profissionais que integram a equipe multiprofissional, partiremos para as conclusões obtidas na pesquisa qualitativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a produção do TCC verificou-se a insuficiência de produções teóricas sobre a equipe multiprofissional no setor de transplante, especialmente o Serviço Social inserido na equipe, essas dificuldades de poucas publicações foram importantes para problematizar o tema.

Através dos dados analisados da pesquisa foram identificados que alguns profissionais como, Médico, Enfermagem e Analista Administrativo no setor de transplante possuem dificuldades no entendimento de suas atividades e programas. O Quartzzo ainda se põe como o profissional mais importante da equipe, com concepções arraigadas sobre a capacidade do trabalho dos outros profissionais, demonstra superioridade e hierarquização entre as profissões.

Outro fator relevante é a dificuldade dos profissionais não compreenderem da sua importância dentro da equipe multiprofissional, acarretando em serviços fragmentados e até mesmo nas próprias trocas de informações sobre as condições de saúde do paciente transplantado renal crônico. A falta de incentivo da instituição e a sobrecarga do trabalho acabam desmotivando a equipe, a estrutura física e material contribui para precarização dos serviços.

Nesse sentido, a equipe precisa avançar na compreensão do seu trabalho dentro da equipe multiprofissional, os saberes precisam ser compartilhados para a promoção, reabilitação, recuperação do paciente transplantado renal crônico, com reunião periódica no estudo do caso de cada indivíduo. Assim o compreendendo na sua totalidade.

Constata-se também que não existe o acompanhamento da equipe multiprofissional no pré-transplante e que se faz necessário, pois há situações em que o paciente transplantado, muitas vezes, não possui condições cognitivas, sociais e econômicas para manter os cuidados do pós-transplante, isso interfere posteriormente em dificuldades maiores para o paciente, como a perda do rim, o retorno para diálise ou até levando a óbito.

Diante disso, essas limitações precisam ser compreendidas e trabalhadas com o paciente e o familiar sobre os cuidados do pós-transplante como, por exemplo, o cuidado com a alimentação, sobre as medicações imunossupressores que sempre farão parte do seu cotidiano, evitando fumo, álcool e demais drogas, evitando esforços físicos, entre outros. O trabalho da equipe no pré-transplante precisa ser pensada para que os pacientes não venham

ter maiores agravos futuros. Neste sentido destaca-se que no Brasil um dos pilares do SUS é o princípio da integralidade que se baseia em:

Ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. A integralidade permite a percepção holística do sujeito, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere. A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, inviabilizando, portanto, ações dissociadas, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional (SOUZA et.al., 2012).

Além de outros empecilhos como a burocratização do Estado na demora em comprar as medicações do paciente transplantado renal crônico, a falta desses imunossupressores nas redes de saúde dos Municípios poderá acarretar na perda do rim transplantado e o trabalho de toda a equipe hospitalar acaba sendo perdido. De acordo com o Portal Brasil (2014) o SUS gasta em média R\$27,6 mil reais para cada transplante renal realizado, se pensarmos que o paciente precise voltar para o hospital devido à falta dessas medicações, obviamente sairia bem mais caro para o Estado.

Então, porque o Estado não está comprando essas medicações? Será a crise na saúde? Onde estão os repasses do Governo Federal para a compra dessas medicações? Esses questionamentos que precisam ser pensados por toda a sociedade e principalmente a equipe esta conscientes dessa limitação do seu próprio fazer profissional.

São nessas condições contraditórias que o Serviço Social se insere na equipe multiprofissional na efetivação dos direitos do paciente renal crônico, pois se a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença. O Estado tem a obrigação de prover o direito básico dos medicamentos imunossupressores para os pacientes. O Serviço Social inserido na equipe consegue fazer um trabalho de conscientização para que os próprios pacientes procurem o seus direitos, mostrando-lhes caminhos que possam contribuir na sua recuperação da saúde.

Identifica-se que o Serviço Social na equipe multiprofissional tem um papel importante no processo de acolhimento do paciente no durante e pós-transplante, sua intervenção profissional se faz necessária, na efetivação dos direitos para os pacientes transplantados renal crônico no IHC. O próprio entendimento sobre as políticas de saúde que favorecem ações mais eficazes para propor, sugerir, ampliar a própria intervenção e serviços no âmbito hospitalar.

A pesquisa demonstrou que o Serviço Social consegue ter percepções diferentes dos outros profissionais por sua formação teórica-metodológico, ético-político, técnico operativo,

diante das expressões da “questão social”, percebendo o indivíduo na sua totalidade, mas que precisa avançar na mobilização para a melhoria dos serviços e programas junto aos pacientes transplantados.

Esta temática e pesquisa desenvolvida não esgota o tema, pelo contrário, aponta que estudos mais aprofundados devem ser realizados para atender de forma ampla nos serviços de saúde o direito ao transplante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUMPCÃO, Patrícia Freitas Schemes. A integralidade em saúde e o Debate do Serviço Social. Tese de Mestrado em Serviço Social Florianópolis 2007

BAUMGARTEN, Christina Elisa. Resgate Memorial Imperial Hospital de Caridade. Uma obra Construída com Amor e Altruísmo 220 anos. ed. HB. 2009, p. 236. Disponível em: < <https://issuu.com/juniorrocha/docs/ihc> > acesso em: 20 de junho de 2016.

BEREZOVSKY, Mina. Serviço Social Médico na Administração Hospitalar: Análise teórica e Levantamento em Hospitais em São Paulo. São Paulo, ed. Cortez & Moraes 1977.

BRASIL. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm > acesso: 29 de junho de 2016.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm > acesso em 18 de julho de 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. (196-200). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm > acesso em: 4 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 218 de 6 de março de 1997. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm >. acesso em: 4 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2014. Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/969-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/snt-2/snt-2-linha-1-coluna-2/13426-sobre-o-sistema-nacional-de-transplantes-> > Acesso em : 18 de junho de 2016.

BRASIL. Portal Brasil. 2014. Disponível em < <http://www.brasil.gov.br/governo/2012/04/governo-eleva-em-ate-60-repasse-a-hospitais-para-gastos-com-transplantes-de-orgaos> > acesso em 23 de julho de 2016.

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html > acesso em 19 de junho de 2016.

BRAVO, Maria Inês, MATOS Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos e debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo et. al. (Orgs). Saúde e Serviço Social. ed. Cortez, São Paulo, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Elizabete Ana. et. al. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ed. Cortez, 2009 (p.95).

BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de, (org). Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Cadernos de Saúde. ed. Rede Sirius Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < [https://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernos-de-Saude-PAGINA 15](https://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernos-de-Saude-PAGINA-15). > acesso em: 28 de maio de 2016.

_____. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <www.cfess.org.br> acesso em 16 julho. 2016.

_____. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <www.cfess.org.br> acesso em 17 julho 2016.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de. Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar. Intervenção Social. 2003. p. 29-55. Disponível em: < <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1062/1183> > acesso em: 26 de junho de 2016.

CASTRO, Ana Beatriz R. de, FIDELIS, Renata O. DONATI, Taís D. Trabalhando em Equipe Trabalhado a Equipe: Limites e Possibilidades da Inserção da Psicologia na Equipe Multidisciplinar. Práxis e Formação, UERJ. Rio de Janeiro, ano 1, p.77-83, 2008. Disponível em: < <http://www.praxiseformacao.uerj.br/revistaXI/pdf/a0607ar13.pdf> > acesso em: 16 de julho de 2016.

CORACIN, Fábio Luiz e MELLO, Walmyr Ribeiro. Transplante de Órgãos e Tecidos. Membros Titulares do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar Intensiva. Disponível em:< <http://www.cbrohi.org.br/transplante/> > Acesso em: 7 de Junho de 2016.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Elizabete Ana. et. al. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ed. Cortez, 2009. p.125.

COSTA, Cilânea dos Santos. Universidade Estadual da Paraíba. Trabalho de Conclusão de Curso. 2012. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3638/1/PDF%20Cil%C3%A2nea%20dos%20Santos%20Costa.pdf> > Acesso em: 6 de junho de 2016.

CREVELIM, Maria Angélica. PEDUZZI, Marina. Participação da Comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. Ciência & Sociedade Coletiva. vol.10 n.2 Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt > acesso em: 15 de julho de 2016.

CHUPEL, Claudia Priscila. Acolhimento e Serviço Social: um estado em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Florianópolis. 2008 (pg.27).

FERREIRA, Leticia Corrêa Magalhães, GARCIA, Fernando Coutinho, Vieira Adriane. Relações de Poder e Decisão: Conflitos entre Médicos e Administradores Hospitalares. Revista de Administração Mackenzie, v. 11, nº.6, Edição Especial, São Paulo, nov./dez. 2010. p. 31-54.

GREGORINI, Amanda Cursino. Doar ou não? Aspectos Envolvidos na Doação de Órgãos e Tecidos. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Universidade do Extremo Sul Catarinense. 2010. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000043/000043FA.pdf>> Acesso em : 16 de Junho de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Elizabete Ana. et. al. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ed. Cortez, 2009.

IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE. Disponível em< <http://www.hospitaldecaridade.com.br/>>. Acesso em: 15 de julho 2016.

KRÜGER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Revista katalysis, Florianópolis, v. 17, n.2, p.218-226, jul./dez. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0218.pdf>> Acessado em: 28 de maio de 2016.

_____. Lei nº 10.211, de 23 de março DE 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento".

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. acesso em: 28 de maio de 2016.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e da outras providências. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/LEGISLACAO_E_RESOLUCOES_AS.pdf >. acesso em: 4 de junho de 2016.

MATOS, Maurilio Castro de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: Revista Serviço Social e Sociedade. nº. 74. São Paulo: Cortez, julho de 2003.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Trabalho do Assistente Social em Contextos Hospitalares: desafios cotidianos. Revista Serviço Social & Sociedade. ed. Scielo. São Paulo. n.107 p. 497-

508. Jul/set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/07.pdf> >. acesso em: 5 de junho de 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. Revista Intervenção Social, 2003. Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181>-> acesso em: 19 de junho de 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec, p. 57, 2008.

MOCELIN, Ana Claudia. O exercício profissional dos assistentes sociais da saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2015.

MOURA, Joice Elisabete de, SANTOS, Magda Lamaison, SPANEVELLO, Diânata. Análise das Dificuldades Vivenciadas pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) no Processo de Doação de Órgãos em um Hospital da Região Noroeste do RS. XX Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão. Unicruz. 2015.

NETTO, Jose Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil Pós-Guerra. São Paulo. ed. Cortez, 2005. (p. 139 á 140). Disponível em: <<http://docslide.com.br/education/livro-netto-jp-ditadura-e-servico-social-uma-analise-do-servico-social-no-brasil-pos-64.html> > Acesso em: 7 de Junho de 2016.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Elizabete Ana. et. al. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ed. Cortez, 2009.

_____. Núcleo de Assessoria ao Cidadão. Cartilha de Direitos dos Portadores de Doenças Renais Crônicas. Ed. Bios. Vitória, ES. 2008. Disponível em: <http://www.portas.ufes.br/sites/portas.ufes.br/files/Cartilha_FDV_Direitos_Pac_Renais%20Cr%C3%B4nicos.pdf > acesso em: 16 de Julho de 2016.

OLIVEIRA, Paola Pereira de. O Serviço Social na Saúde: Trajetória, Demandas e Enfrentamentos no âmbito hospitalar. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

FONTES, Henrique da Silva. A Irmandade do Senhor dos Passos e o seu Hospital, e Aqueles que os Fundaram. In: PEREIRA, Nereu do Vale. (Org.). Memorial Histórico da Irmandade do Senhor dos Passos. Volume I. 1997.

ROSA, Wânia Westphal. A Atuação do Serviço Social no Contexto Hospitalar: as demandas relativas ao tratamento fora de domicílio. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Sul de Santa Catarina. 2009. Disponível em: <http://busca.unisul.br/pdf/99681_Wania.pdf > acesso em: 30 de maio de 2016.

ROZA, Bartira de Aguiar, et al. Captação de Órgãos para Transplantes, Seção 15. In: Knobel E. Conduas no Paciente Grave. São Paulo, Atheneu, 2006. Disponível

em:<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Biblioteca_Teses/Textos/CaptacaodeOrgaos_LivroEliasKnobellBartira.pdf> acesso em: 15 de junho de 2016.

SILVA, André. “O Serviço Social completa cinquenta anos de atividades no Imperial Hospital de Caridade”. Centro de Memória Professor Henrique da Silva Fontes, 2016.

SILVA, Jéssica Caroline Medeiros. O trabalho do assistente social no sistema único de saúde. vol. 5. 2009. Disponível em <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/1965/0> > acesso em: 18 de junho 2016.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Miriam Dolores Moresco. O Serviço Social no Contexto Hospitalar. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. Desenvolvido pelo Estado de Santa Catarina. 1998. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/104502/O%20servi%c3%a7o%20social%20no%20contexto%20hospitalar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> acesso em: 25 de Junho de 2016.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e Campo da Saúde: para além dos plantões e encaminhamentos. Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n.103, p. 4533-475. jul./set. 2010 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n103/a04n103.pdf>> acesso em: 20 de Junho de 2016.

SOUZA, Marcio Costa de, et. al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf > acesso em: 23 de julho de 2016.

STEIN, Janaina. O Serviço Social Junto ao Paciente de Oncológico em Tratamento Radioterápico Hospital de Caridade-“Anexo”. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.

YASBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009.

ANEXO 01 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA – TRINDADE – CEP 88040-900 – FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9540 - FAX +55 (48) 3721-9990
dss@contato.ufsc.br | www.dss.ufsc.br

Florianópolis, 17 de junho de 2016.

Ao Sr. Luiz Mario Machado

Provedor do Imperial Hospital de Caridade – IHC

Vimos por meio deste solicitar autorização para a realização de pesquisa para conclusão de curso em Serviço Social da acadêmica Jussara Maria Leal que tem por objetivo “Conhecer o trabalho do Serviço Social junto a equipe de transplante de órgãos no Imperial Hospital de Caridade (IHC)”. A pesquisa justifica-se pela relevância do tema e pela necessidade de problematizar a importância do assistente social na inserção junto a uma equipe de transplante.

Ressaltamos que a pesquisa contribuirá na discussão e reflexão acerca do tema além de contribuir com a equipe do trabalho da instituição e com o próprio hospital no que se refere as discussões no âmbito da saúde e do transplante.

Como responsáveis pela pesquisa nos comprometemos a seguir e cumprir com todas as determinações da Resolução CNS 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Em caso de dúvida(s) em relação ao projeto e pesquisa, poderá entrar em contato com responsável principal: Jussara Maria Leal. E-mail: jussaram.leal16@gmail.com Telefone: (48) 9121-5614. Também poderá entrar em contato com a orientadora: Prof. Dra. Michelly Laurita Wiese, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 3721-3818, e-mail: michelly.wiese@ufsc.br.

Desde já agradecemos e nos colocamos a disposição.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. MICHELLY LAURITA WIESE
Orientadora de TCC

ANEXO 2 – Ofício de Aceite de Pesquisa de Campo no IHC

Florianópolis, 07 de julho de 2016
Of. DAH-110/2016

Ilma. Prof^ª Dr^ª Michelly Laurita Wiese
Professora Orientadora TCC
Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento Serviço Social
88040-900 – Florianópolis, SC.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a cordialmente, confirmamos a autorização para a realização de pesquisa para conclusão de curso em Serviço Social da acadêmica Jussara Maria Leal que tem por objetivo conhecer o trabalho do Serviço Social junto a equipe de transplante de órgãos no Imperial Hospital de Caridade.

Informamos que a presença da acadêmica no IHC será apenas para a realização de pesquisa para conclusão de curso em Serviço Social, ressaltando que as demais informações que tiver acesso serão confidenciais e deverão ficar restritas (IHC e acadêmica).

Atenciosamente,

Lúcia Maria Pereira da Silveira
Diretora Adm. Hospitalar

APÊNDICE 01 – Roteiros de Entrevistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA – TRINDADE – CEP 88040-900 – FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9540 - FAX +55 (48) 3721-9990
dss@contato.ufsc.br | www.dss.ufsc.br

Roteiro de Entrevista – Assistente Social

- 1) Qual a relevância de uma equipe multiprofissional?
- 2) Que atividades, serviços e programas caracterizam o serviço social na equipe de transplante?
- 3) Como se estabelece as atividades com a equipe de transplante?
- 4) Quais as limitações do trabalho do assistente social no setor de transplante?
- 5) Quais as potencialidades do trabalho do assistente social no setor de transplante?
- 6) Qual a contribuição/impacto do serviço social na equipe de transplante?
- 7) Que outras informações são relevantes sobre o assunto em questão?

Roteiro de Entrevista – Médico

- 1) Qual a relevância de uma equipe multiprofissional?
- 2) Que atividades, serviços e programas caracterizam o Médico na equipe de transplante?
- 3) Como se estabelece as atividades com a equipe de transplante?
- 4) Quais as limitações do trabalho do Médico no setor de transplante?
- 5) Quais as potencialidades do trabalho do Médico no setor de transplante?
- 6) Qual a contribuição/impacto do Médico na equipe de transplante?
- 7) Que outras informações são relevantes sobre o assunto em questão?

Roteiro de Entrevista – Analista Administrativo/a

- 1) Qual a relevância de uma equipe multiprofissional?
- 2) Que atividades, serviços e programas caracterizam o/a Analista Administrativo (a) na equipe de transplante?
- 3) Como se estabelece as atividades com a equipe de transplante?
- 4) Quais as limitações do trabalho do/a Analista Administrativo (a) no setor de transplante?
- 5) Quais as potencialidades do/a trabalho do Analista Administrativo (a) no setor de transplante?
- 6) Qual a contribuição/impacto do/a Analista Administrativo (a) na equipe de transplante?
- 7) Que outras informações são relevantes sobre o assunto em questão?

Roteiro de Entrevista – Enfermeiro (a)

- 1) Qual a relevância de uma equipe multiprofissional?
- 2) Que atividades, serviços e programas caracterizam o/a Enfermeiro (a) na equipe de transplante?
- 3) Como se estabelece as atividades com a equipe de transplante?
- 4) Quais as limitações do trabalho do/a Enfermeiro (a) no setor de transplante?
- 5) Quais as potencialidades do trabalho do/a Enfermeiro (a) no setor de transplante?
- 6) Qual a contribuição/impacto do/a Enfermeiro (a) na equipe de transplante?
- 7) Que outras informações são relevantes sobre o assunto em questão?

APÊNDICE 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA – TRINDADE – CEP 88040-900 – FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9540 - FAX +55 (48) 3721-9990
dss@contato.ufsc.br | www.dss.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante, você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa de conclusão de curso da aluna Jussara Maria Leal, graduanda em Serviço Social, pela Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação de Michelly Laurita Wiese. A referida pesquisa tem por objetivo conhecer o trabalho do Serviço Social junto à equipe de transplante no Imperial Hospital de Caridade (IHC). A pesquisa justifica-se pela relevância do tema e pela necessidade de problematizar a importância de uma equipe multiprofissional no setor de transplante. Como procedimento será realizado uma entrevista semiestruturada (gravada, mediante consentimento do entrevistado). A entrevista será realizada em local adequado, sem exposição do participante diante de outras pessoas que não seja a/o entrevistada/o e a pesquisadora. Como benefícios a pesquisa contribuirá na discussão e reflexão acerca do tema. Informamos que a entrevista é voluntária e antes do início da entrevista será apresentada cada pergunta do roteiro e caso, neste momento, se o participante se sentir constrangido ou acuado a entrevista será cancelada sem constrangimentos e danos. Os riscos ou desconfortos durante a entrevista podem estar relacionados com os assuntos que podem emergir no momento das perguntas e respostas ao provocar emoções nas/nos entrevistados/as a assuntos que estavam guardados. Ciente de que a pesquisa possui algum risco, a pesquisadora responsável estará atenta aos sinais emocionais dos participantes da pesquisa e compromete-se a não prosseguir com a entrevista. No que se refere à indenização, informa-se que não haverá qualquer tipo de indenização quando os participantes da pesquisa desistirem da entrevista antes mesmo dela se iniciar. Para os participantes que responderem as perguntas do questionário e depois se sentirem desconfortáveis ou em situação de dano, a indenização será paga quando comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. A pesquisadora responsável garante o sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa. Caso por algum motivo haja a quebra do sigilo e privacidade será garantida indenização aos participantes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Com relação a formas de ressarcimento, esclarecemos que não haverá qualquer tipo de despesas por parte dos participantes de pesquisa e dela decorrentes, até porque a entrevista será realizada na instituição, onde as famílias já se encontram acompanhando as crianças durante a internação. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de atendimento. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados e sua participação permanecerão confidenciais, uma vez que os registros escritos e gravados permanecerão arquivados na sala da orientadora da pesquisa, no Departamento de Serviço Social da UFSC, e que não se fará referência à identidade dos participantes no trabalho. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a seguir e cumprir com todas as

determinações da Resolução CNS 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O seguinte termo será impresso em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante de pesquisa ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s). Em ambas as vias constam o endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa, pelos participantes da pesquisa e do CEP local. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Em caso de dúvida(s) em relação ao projeto e pesquisa, poderá entrar em contato com responsável principal: Jussara Maria Leal. E-mail: jussaram.leal16@gmail.com Telefone: (48) 9121-5614. Também poderá entrar em contato com a orientadora: Prof. Dra. Michelly Laurita Wiese, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 3721-3818, e-mail: michelly.wiese@ufsc.br. Ao aceitar participar, você deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a pesquisadora, termo do qual de você terá uma cópia. Agradeço por sua atenção.

CONSENTIMENTO

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Eu, _____

Residente no endereço:

Fone: _____

Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Nome

Assinatura do Participante

Data

Nome

Assinatura do Pesquisador

Data