

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

SABRINA DO NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE HEMOTERAPIA E
HEMATOLOGIA DE SANTA CATARINA- HEMOSC: DESAFIOS
CONTEMPORÂNEOS**

FLORIANÓPOLIS 2016.2

SABRINA DO NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA- HEMOSC: DESAFIOS
CONTEMPORÂNEOS**

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 parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Maria Regina de Avila Moreira

FLORIANÓPOLIS 2016.2

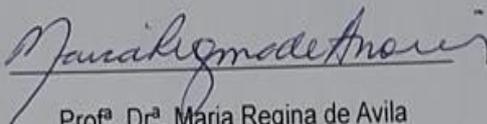
SABRINA DO NASCIMENTO

**ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA- HEMOSC: DESAFIOS
CONTEMPORÂNEOS**

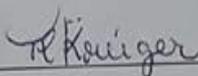
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria Regina de Avila Moreira.

Monografia aprovada em: 15/12/2016

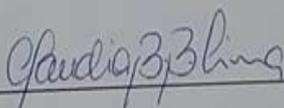
Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Maria Regina de Avila
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Dr.^a Tânia Regina Kruger
Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Assistente Social Claudia Bronszak Barros de Lima
Examinadora
Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina- HEMOSC

À minha mãe Lenir e ao meu pai Valmir.

Por serem meus amores e me ensinarem a ter força de vontade para alcançar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

A caminhada em busca dos sonhos nunca é fácil, talvez um pouco mais dolorosa para uns e menos para outros. Chegar até aqui implica na superação de muitos obstáculos encontrados ao longo do percurso que, em alguns casos, não estavam previstos.

Diante disso, meu primeiro agradecimento é a Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim, que foi sustentou e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades. Sem ele eu não teria forças para essa longa jornada.

À minha família que é minha base, meu apoio nos bons e maus momentos, aqueles que me tranquilizam com calma, me entendem com sua sabedoria e me adoçam com amor e carinho, além de suportar meus momentos de estresses. Minha mãe que é minha guerreira, inspiração de força, sem ela esse processo de formação não teria sido concluído. E meu pai, meu orgulho, aquele que segurou a barra mesmo sem saber, em muitos momentos.

Aos meus amigos e colegas do HEMOSC, com os quais dividi a missão de captar doadores de sangue. Com vocês eu aprendi a amar a profissão, aprendi a respeitar as diferenças. Um agradecimento especial as minhas duas mães de alma, Marúcia e Claudia.

Um agradecimento especial às assistentes sociais Rosane e Roseli, sem vocês o aprendizado não teria sido igual. Rosane por sua paciência nos momentos de supervisão de estágio e a Roseli pela acolhida no setor.

À minha querida orientadora Profa. Maria Regina de Avila Moreira por me aceitar como sua orientanda, por confiar e acreditar em mim. Por suas orientações e ensinamentos, sua paciência, dedicação, compreensão, bom humor e por seu sorriso que acalma e transmite segurança. Muito obrigada por compartilhar comigo sua experiência de vida. Você se tornou o anjo da minha vida no fim dessa graduação.

À Profa. Tânia Regina Kruger pela sua disponibilidade em participar da banca, ler e discutir o referido trabalho com vistas a agregar contribuições valiosas para a reflexão das questões levantadas ao longo da dissertação.

À assistente social Claudia Broniszak Barros de Lima pelas inúmeras conversas de superação e de conforto, e por ter aceitado ser membro da banca. Obrigada por todo o teu carinho durante esse tempo de convivência diária.

Aos meus amigos loucos que me impediram de ficar louca durante a construção desse trabalho. À compreensão pelo sumiço, pelos não aos milhares de convites de diversão.

Um muito obrigado a tod@s as pessoas envolvidas durante esse processo de formação!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

LISTA DE SIGLAS

CAPs - Centros de Apoio Psicossocial

CE- Coleta Externa

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CNH - Comissão Nacional de Hemoterapia

CF – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

FAHECE - Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON

DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

HEMOSC - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina

INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MS - Ministério da Saúde

PE - Projeto Escola

PES - Projeto Empresa Solidária

PEC - Proposta de Emenda à Constituição

PLANASHE - Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados

PNSH- Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

SES- Secretária de Estado da Saúde

SINASAN - Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados

SUS- Sistema Único de Saúde

SCD- Setor Captação de Doadores

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

Nascimento, Sabrina do. **A Atuação do Serviço Social no Centro de Hematologia e Hemoterapia- HEMOSC: Desafios Contemporâneos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.2.

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA- HEMOSC: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é resultado de investigação e análise da experiência vivenciada no Estágio Curricular não Obrigatório e Estágio Curricular Obrigatório de Serviço Social, nos anos de 2015 e 2016, realizado no Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina - HEMOSC, que é uma instituição da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina administrada pela Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON-FAHECE. Uma das frentes de trabalho do Serviço Social é na Coordenação de projetos que buscam trazer novos doadores de sangue ao HEMOSC, os fidelizando e os conscientizando, assim este trabalho discute a atuação profissional segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do Conselho Federal de Serviço Social- CFESS. A metodologia de investigação caracterizada como um estudo exploratório, se deu a partir de um levantamento bibliográfico por meio de leitura de textos, dados e informações.

Palavras-chave: Saúde; Serviço Social; Atuação profissional.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	12
2	A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E OS DESAFIOS PARA A HEMOTERAPIA	15
2.1	A Política de Saúde na encruzilhada mercantilização	15
2.2	Elementos históricos da Hemoterapia no Brasil	20
2.3	A Hemoterapia em Santa Catarina	24
3	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: A PARTICULARIDADE DO HEMOSC	29
3.1	Inserção do Serviço Social na política de saúde	29
3.2	O Serviço Social no contexto institucional do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina- HEMOSC.....	35
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
5	REFERENCIAS.....	61

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é um requisito do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de bacharel em Serviço Social. O trabalho em questão discutirá a atuação profissional do assistente social na Captação de Doadores do Hemocentro Coordenador- Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina- HEMOSC.

O interesse do tema em questão se deu a partir da experiência de estágio no referido HEMOSC Coordenador, em especial no Setor de Captação de Doadores no período de vigência do mês de abril do ano de 2015, até o mês de outubro do ano de 2016, me instigando a refletir sobre a atuação dos profissionais de Serviço Social. Assim, trabalhar a temática do exercício profissional do Serviço Social no Setor de Captação de Doadores, surgiu da curiosidade de entender o fazer profissional naquele espaço, por ser um espaço caracterizado como da saúde, mas que também é de educação e para a educação e possui suas particularidades para o desenvolvimento de ações socioeducativas.

Inicialmente, o tema pensado foi relacionado aos motivos da doação de sangue, onde necessitaria de uma pesquisa qualitativa. Mas, em razão do curto período de tempo para a construção desse trabalho, houve a necessidade da mudança de tema, resultando em a Atuação do Serviço Social no Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina- HEMOSC: Desafios Contemporâneos.

Para alcançarmos os objetivos propostos pelo tema, a metodologia utilizada para investigação e análise, caracterizada como um estudo exploratório, se deu a partir de um levantamento bibliográfico por meio da leitura de textos, dados e informações onde foram abordados conceitos, ideias, análises e interpretações de diversos autores, a partir de legislações; livros; artigos; teses; monografias e TCC's, além de realidades empíricas. Até porque: "o estudo exploratório auxilia o pesquisador a solucionar e/ou aumentar sua expectativa em função do problema determinado (TRIVINÓS, 1987). Richardson (1999, p.66) também afirma que "quando não se tem informação

sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno”, este tipo de estudo é o exploratório. Gil (1999, p.43) complementa que “este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis”.

A partir, portanto, da seleção de referências e estudo, foi organizado o conteúdo que contemplasse caracterizar o lócus de estágio e as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social.

Em Santa Catarina, a história da hemoterapia e hematologia tem início na década de 1960, quando foi instalado o Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, com o objetivo de coletar e armazenar o sangue. Em 1971, o Centro Hemoterápico Catarinense foi transferido para o prédio localizado na Avenida Othon Gama D'Eça, nº 756, Centro — Florianópolis, onde se localiza até os dias atuais.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina, foi criado em 20 de julho de 1987 por meio do Decreto Lei Estadual nº 272, com o objetivo básico de prestar atendimento hemoterápico de qualidade à população da região catarinense e dar assistência aos portadores de doenças hematológicas (HEMOSC, 2015).

O HEMOSC é uma das unidades da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina que tem a competência de fornecer sangue, hemocomponentes, serviços hemoterápicos e hematológicos de qualidade. O HEMOSC é hoje administrado pela Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON (FAHECE):

A FAHECE é uma entidade privada, sem fins lucrativos, com Registro e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, criada para administrar e investir recursos através da aquisição de equipamentos, remédios, reforma e construção de novas sedes, além da capacitação dos funcionários. Essa mudança aconteceu a fim de possibilitar e otimizar a interiorização da Hemorrede.

Para uma compreensão ampliada do tema de pesquisa, estruturou-se este Trabalho de Conclusão de Curso em dois capítulos: o primeiro capítulo intitulou como “Política de saúde brasileira e os desafios na contemporaneidade”, onde foi feita uma contextualização da política de saúde no Brasil, dividindo-se em três eixos principais, no primeiro será abordado o histórico da política de saúde, seus avanços e retrocessos; no segundo a história da hemoterapia; e no último, a história da hemoterapia em Santa Catarina. A Constituição de 1988 trouxe um novo olhar para a Seguridade Social no Brasil, resultando em um tripé: Saúde, Assistência e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram. Foi junto a essa mudança, que a política de saúde é positivada como direito de todos, e que o Estado deve prover dela, não só como uma saúde no modelo curativo, mas em um modelo de não doença, que previna antes de acontecer.

O segundo capítulo traz a abordagem sobre a inserção do assistente social na área da saúde, usando como referência os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do Conselho Federal de Serviço Social-CFESS. Esse capítulo apresenta a atuação profissional no Setor de Captação de Doadores- HEMOSC, abordando e analisando sua atuação.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como principal objetivo contribuir para o debate sobre o exercício profissional do Serviço Social no Setor de Captação de Doadores do Hemosc.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E OS DESAFIOS PARA A HEMOTERAPIA

Em que pesem as particularidades dos serviços em saúde voltados à coleta e pesquisa de sangue, é fundamental apreender o contexto da política de saúde. Em especial, numa conjuntura de regressão de direitos, e corte de orçamento par aos gastos sociais. Assim, esse capítulo procura explicitar historicamente os avanços e retrocessos da política de saúde no Brasil, além de situar o histórico da hemoterapia, com olhar sobre Santa Catarina, por meio do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina.

2.1 A Política de Saúde na encruzilhada mercantilização

A política de saúde no Brasil tem como principais marcos normativos a Constituição Federal de 1988, decorrente do processo conhecido como Reforma Sanitária e a criação do SUS na década de 1990, quando passa a ter gestão, financiamento e serviço claramente definidos e sob responsabilidade do Estado.

Nessa perspectiva, a saúde é resultado de um processo que se inicia com luta pela reforma sanitária. O movimento teve início na década de 1960, com a participação, principalmente, das esferas da sociedade civil, como professores, alunos, movimentos sociais¹ e, compostos basicamente pelo movimento popular em saúde e pelo movimento médico sindical. A reforma sanitária teve como objetivo a transformação das condições do sistema de saúde (um sistema celetista e contributivo, onde só uma parcela da população possuía acesso, saúde num aspecto curativo). Sua preocupação central foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático de direito. Como fundamentos desse movimento, podemos destacar melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social,

¹ O conceito de movimento social se refere à ação coletiva de um grupo organizado que objetiva alcançar mudanças sociais por meio do embate político, conforme seus valores e ideologias dentro de uma determinada sociedade e de um contexto específicos, permeados por tensões sociais. Podem objetivar a mudança, a transição ou mesmo a revolução de uma realidade hostil a certo grupo ou classe social. Atualmente, nossa sociedade passa por diversas lutas sociais sejam elas lutando pelo fim da desigualdade, pela insatisfação política, ou por conta da PEC 55/241-2016 e outras que atacam os direitos sociais. Podemos observar que apesar de ter sido uma construção difícil e por passar por diversas barreiras, os movimentos sociais dão resultados e são formas da sociedade conquistar direitos.

democratização de acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços (BRAVO; MATOS, 2002).

No entanto, o período a seguir, destacadamente as décadas entre 1960 e 1970, foi instaurada a ditadura civil-militar e empresarial, quando identifica-se inflexões na proposta de avanços da reforma sanitária, que só poderão ser retomados na década posterior.

A ditadura militar de 1964/1985 foi, portanto, um momento significativo nos rumos do Brasil. No que tange a saúde, que no Brasil nunca foi um direito de todos, há um agravamento da situação que se expressa, por exemplo: pelo investimento ao setor privado em detrimento do público, por meio de convênios e, com isso, muitos foram os hospitais particulares construídos e equipados com dinheiro público; pela inversão de prioridades, onde a saúde pública ficou, em termos de investimento financeiro, relegada em segundo plano devida a uma priorização na assistência médica e isso fez ressurgir várias doenças já extintas; a introdução acrítica de novas tecnologias em saúde; e a ênfase na ideologia do modelo hospitalocêntrico (MATOS, 2009).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS que originou um sistema previdenciário para todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho. Em 1974 foi criado Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS com o objetivo controlar os pagamentos ilegais frutos da corrupção e de serviços médicos fantasmas e garantir a saúde da população segurada. Sendo criada na mesma época a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV e o INPS foi transformado no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, onde a saúde e a previdência passaram a ser tratadas juntas.

Com dificuldades próprias do período mas, com resistência, as lutas desse movimento caminharam até 1986, quando realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse momento, foi discutido e firmado um conceito ampliado de saúde. A saúde deixou de ser considerada apenas sob os aspectos biológicos e curativos e passou a ter um sentido mais amplo, sendo determinada e condicionada por aspectos biopsicossociais. Esse movimento foi

um marco histórico da política de saúde pública, pois questionava o sistema de saúde vigente e apresentava propostas que apontavam para a construção de um sistema de saúde que não discriminasse nenhuma pessoa, que não precisasse contribuir financeiramente para ser atendido, e que fosse eficaz.

A principal proposta da Reforma Sanitária foi a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. A saúde passa a ter uma concepção de seu conceito ampliado, passa a se organizar como um sistema de com a construção do Sistema Único de Saúde- SUS, um efetivo financiamento do Estado. O relatório desta Conferência foi transformado em recomendações, e serviu de base para a negociação do setor saúde na reformulação da Constituição Federal.

A Constituição Federal de 1988 efetivou parte das propostas do Movimento da Reforma Sanitária, constituindo-se assim, um marco importante para os setores populares em luta, principalmente para a saúde, pois a torna como responsabilidade do Estado incorporando um Sistema Único de Saúde, e todos os diversos segmentos da área da saúde conquistam o direito e o dever de juntos participarem da definição e avaliação da política de saúde no Brasil nos níveis Federal, Estadual e Municipal.

A Constituição Federal de 1988, assim, define a saúde como um direito fundamental. O Estado passa a ser obrigado a prestar e formular políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

O Sistema Único de Saúde- SUS foi implantado com o intuito de atender a todos os brasileiros de forma integral, universal e totalmente gratuita, fazendo com que tenham acesso aos serviços de saúde. Antes de sua implementação a saúde era vista num quadro de não doença e, a partir do SUS a saúde incorpora a prevenção para evitar agravamentos. O SUS vai além de marcações de consultas e exames. É responsável por campanhas de vacinações, ações preventivas da Vigilância Sanitária.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social- CFESS (2009) o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a

proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros.

Teixeira (2011) afirma que o SUS possui como princípios a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios são a Descentralização, Regionalização, a Hierarquização e a Participação social.

Atualmente, o SUS é um sistema aberto para a população, apesar de todas as dificuldades com falta de funcionários, medicamentos e poucos recursos, como destaca Krüger (2012).

Além disso, é necessário destacar a grande conquista na Constituição Federal de 1988, do tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência e Previdência Social. A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à

assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências (CFESS, 2009).

Durante a década de 1990 a política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2009).

Em que pesem os avanços, a saúde desde a década de 1990 passa, segundo Krüger (2012) por uma exacerbada tensão entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. No projeto da reforma sanitária se tem um Estado pautado na concepção democrática e a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O projeto privatista é o projeto de saúde articulado ao mercado está pautado nas políticas de ajustes, com ênfase nas parcerias, estímulo ao seguro privado, focalização das ações, diminuição dos gastos sociais e eliminação de vinculação de fontes em relação ao financiamento, podendo citar também, a reatualização do modelo médico assistencial privatista, curativo e fragmentado.

Esse, portanto, é um processo que está contextualizado pela ofensiva neoliberal como elemento estratégico na recomposição da reprodução do capital, cuja expansão, ou nos termos de Mészáros (2011) ampliação recai sobre a apropriação do fundo público. A financeirização da economia exigirá, na perspectiva do capital, terceirizar e privatizar as atividades públicas e estatais, passando pela destituição do próprio Estado de Direito, como bem materializada no Brasil por meio das medidas de austeridade anunciadas na atualidade.

No que diz respeito às especificidades da Política de Sangue a 8ª Conferência Nacional de Saúde se torna importante na história da hemoterapia brasileira, pelas propostas resultantes incorporadas na Constituição Federal de

1988, em seu Art. 199 inciso 4º. Passa-se a proibir a comercialização do sangue, reforçando o dever do Estado no provimento de meios para um atendimento hemoterápico e hematológico seguro, de qualidade e acessível a toda a população. Diante de um panorama de contaminação pelas doações e transfusões de sangue, as autoridades públicas foram pressionadas pela sociedade brasileira a tomar atitudes, promulgaram leis para o controle de ações hemoterápicas, a fim de assegurar a qualidade do sangue a ser transfundido (RODRIGUES, 2012).

No entanto, as repercussões do neoliberalismo atingem também a falta de verbas/ falta de repasses. Há algum tempo o HEMOSC vem sofrendo com a falta de repasse de recursos do Governo de Santa Catarina, sem contar que o mesmo, possui uma dívida com a instituição. Resulta assim, na corte de serviços oferecidos a comunidade, como coletas externas e novos cadastro de doadores de medula óssea.

2.2 Elementos históricos da Hemoterapia no Brasil

O sangue é um tecido líquido que circula pelo corpo de seres vivos, e não possui nenhum substituto, ou seja, na sua falta, o ser vivo não sobreviverá. Assim, durante muitas décadas pesquisadores estudaram maneiras seguras para as transfusões de sangue.

A transfusão é classicamente dividida em três períodos: a era pré-histórica, que vai até a descoberta da circulação sanguínea pelo médico britânico William Harvey, no início do século XVII. O segundo, o período pré-científico, vai de 1616, ano da descoberta da circulação, até o início do século XX, quando o pesquisador austríaco Landsteiner descobre o grupo sanguíneo ABO. O terceiro período – chamado científico – começa com a descoberta de Landsteiner, chegando até os dias atuais (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSHLAK, 2005).

As transfusões durante muito tempo foram sendo feitas braço a braço, condicionado pela falta de soluções anticoagulantes que permitissem que esse sangue fosse estocado. Após as duas guerras mundiais (1914/1918 e 1939/1945 respectivamente), desenvolve-se uma solução anticoagulante à

base de citrato de sódio. Com isto, abre-se a possibilidade da existência de bancos de sangue.

No ano de 1949, foi realizado no Brasil o Primeiro Congresso Nacional de profissionais de Hematologia e Hemoterapia. Em 1950, decorrente deste evento, foi criada a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (HEMOSC, 2015).

Autores da área destacam que ainda em 1949, foi organizada a Associação de Doadores Voluntários de Sangue, que era contrária a comercialização de sangue, pois nesse período era comum a doação de sangue remunerada no Brasil, sendo praticada por doadores dos segmentos mais pobres da população, como pessoas desempregadas, que não se alimentavam o suficiente e tinham precários cuidados com a saúde. Segundo relatos históricos, nessa época, era comum que pessoas em situação de rua doassem sangue em troca de uma carteira de cigarro e/ou de lanche para que pudessem se alimentar naquele dia.

Marinho (2015) aponta que, num cenário de doações remuneradas de sangue e de necessidade de recuperação de saúde do trabalhador, foi promulgada, em 1950, a Lei 1.075. Foi elaborada como uma forma de incentivar a doação voluntária de sangue, com dispensa de um dia de trabalho para os funcionários públicos que doassem sangue.

Na década de 1960, as práticas referentes à hemoterapia começaram a tomar forma no Brasil, dentro do contexto da ditadura militar e do olhar para o sangue como necessário em diversas situações, como as guerras ou contingências nacionais. A preocupação com a reserva hemoterápica e com a produção de hemoderivados foi o pano de fundo para a atenção à hemoterapia pelo governo militar. Lembra-se que, nesse momento, as doações de sangue aconteciam num cenário de remuneração. Ubiali (2015) destaca que o golpe militar de 1964, fez com que o governo brasileiro instituisse a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), para promover e executar uma Política Nacional de Sangue, que, apesar de emitir normas tentando disciplinar o setor, não obteve êxito em suas intenções. Em 1969, Pierre Cazal veio ao Brasil como consultor da Organização Mundial da Saúde, trouxe um diagnóstico importante ao cenário hemoterápico e apontou pontos para a melhora do

sistema. Em seu relatório apresentou como características da hemoterapia brasileira a multiplicidade de pequenos serviços, a desarticulação entre os serviços hemoterápicos, a comercialização do sangue e remuneração de doadores, a falta de campanhas para doação voluntária e a ausência de qualquer política centralizadora, sinalizando para a necessidade da implantação de uma política nacional de sangue com um sistema de hemocentros descentralizados.

Segundo Teixeira (2015), no Brasil até a década de 1980, o contexto histórico do sangue como terapia transfusional era marcado pela remuneração da doação de sangue, que no imaginário coletivo, estava sob um sentimento de troca, de favor, e uma ação que não visava a solidariedade, o voluntariado como motivador. Inclusive, a primeira Lei Federal que incentivava a doação de sangue (Lei 1.075/50) elucidava a ideia da troca da doação pelo benefício.

A História da Hemoterapia no Brasil nas últimas três décadas registrou importantes avanços na busca de um sistema hemoterápico que oferecesse para a população um produto final com segurança e qualidade. Isso só foi possível graças à reestruturação dos serviços, legitimação da doação de sangue como ato voluntário, altruísta e não remunerado, além dos avanços tecnológicos, legislações, normatizações técnicas, capacitações e modernização da gestão. O objetivo da Hemorrede² Pública Brasileira é de garantir o fornecimento de sangue para toda a população de forma segura e sustentável, buscando a seleção de candidatos à doação saudáveis, voluntários e regulares.

É a partir de 1980 que a preocupação mundial sobre a segurança do sangue se evidencia, em decorrência do aparecimento da aids, e da proliferação de doenças transmissíveis via transfusão sanguínea, intensificando-se o debate e intervenções de autoridade sanitárias em busca do fim da remuneração da doação nos vários continentes. Essa preocupação reúne os Ministérios de Saúde e Previdência e Assistência Social e resulta através da Portaria Interministerial de maio de 1980 no Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados- Pró-Sangue. O Pró- Sangue se dispõe a regularizar

² Hemorrede é o conjunto de Serviços de Hemoterapia e Hematologia, organizados de forma hierarquizada e regionalizada, de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham e a área de abrangência para assistência.

a situação caótica existente e reformular as bases do funcionamento do setor de sangue e hemoderivados no Brasil.

Por isso Teixeira (2015) destaca que no Brasil, o surgimento da hemoterapia como questão de política pública e interesse social foi motivada pela contestação do sistema de saúde vigente, em razão do aumento da contaminação sanguínea, uma vez que as doenças transfusionais estavam vinculadas às doações remuneradas. O impacto da aids, o “medo do sangue”, e o olhar para a confiabilidade dos serviços contribuíram para a politização da opinião pública e para o surgimento de diversos movimentos sociais em torno de reformas sanitárias, de novas propostas para a política de saúde, para a segurança transfusional

Segundo autores da área da hemoterapia a criação da Política Nacional de Sangue e a de uma Coordenação de Sangue do Ministério da Saúde deu-se pela necessidade do desenvolvimento de ações que melhorassem efetivamente a segurança transfusional, norteando, por meio de normatizações, as ações, competências e responsabilidades de todos os profissionais com atuação na área de hemoterapia.

Em 1989, acontece a aprovação da Portaria Federal nº721, que define normas técnicas como o disciplinamento da coleta, processamento e transfusão de sangue. Assim, a hemoterapia brasileira passou a ter regulamentações específicas para nortear suas atividades. Dando continuidade a marcos importantes da hemoterapia brasileira, ressalta-se a importância da Lei 10.205/2001, que instituiu a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, criando o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (Sinasan), cujas ações devem estar sob a coordenação de órgão do Ministério da Saúde. Entre suas diversas disposições, estabeleceu a utilização exclusiva da doação voluntária e não remunerada do sangue, a proibição de remuneração ao doador pela doação de sangue, admitindo a remuneração dos serviços pela cobertura dos custos dos insumos, reagentes, materiais descartáveis e mão-de-obra especializada, inclusive honorários médicos (UBIALI, 2015).

Os hemocentros são locais que possuem preparação adequada para receber doadores de sangue para o atendimento dentro das normas e da legislação em vigor. Por isso, é constituinte da Integralidade, disponibilizar à

população através da hemorrede pública, acesso ao atendimento hemoterápico e hematológico de qualidade.

No item seguinte, procura-se contextualizar a história da hemoterapia em Santa Catarina, visto sua importância para o entendimento da atuação do assistente social no Hemocentro Coordenador de Santa Catarina.

2.3 A Hemoterapia em Santa Catarina

Em Santa Catarina, no início da década de 1960, foi instalado o Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, com o objetivo de coletar e armazenar o sangue. Nos anos seguintes, foi criado o Centro Hemoterápico Catarinense que substituiu o Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra, sendo transferido para a nova sede, na Rua José Jacques, nº41, Centro - Florianópolis, com a finalidade de realizar atendimento em todo Estado, contando com a ajuda de postos instalados nas principais cidades do interior (HEMOSC, 2015).

Em 1971, o Centro Hemoterápico Catarinense foi transferido para o prédio localizado na Avenida Othon Gama D'Eça, nº 756, Centro — Florianópolis, onde se localiza até os dias atuais. Com base nas diretrizes do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados — Planashe³, o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), foi criado em 20 de julho de 1987 por meio do Decreto Lei Estadual nº 272, com o objetivo básico de prestar atendimento hemoterápico de qualidade à população da região catarinense e dar assistência aos portadores de doenças hematológicas (HEMOSC, 2015).

³ O Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (Planashe), considerando no seu escopo os aspectos estratégicos e operacionais para a qualificação da hemoterapia nacional. Composto por nove programas (Expansão da rede física do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados; Controle da aids transfusional e demais patologias transfusionais; Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; Desenvolvimento institucional e de modernização administrativa; Apoio à fiscalização e ao controle de qualidade de serviços e produtos hemoterápicos; Pesquisa e desenvolvimento tecnológico; Produção de hemoterápicos e insumos estratégicos; Educação sanitária e comunicação social; e Atendimento à hemofilia e a outras patologias hematológicas) e amplamente discutido por representantes do poder público e da sociedade civil, foi o documento norteador para a estruturação da hemorrede nacional no final da década de 1980 e no decorrer da década de 1990.

Em 27 de fevereiro de 1989, foi criado através do Decreto Lei nº3015, o Sistema Estadual de Hematologia e Hemoterapia. O sistema tinha como objetivos promover a interiorização das ações relativas ao uso de sangue para fins terapêuticos, incentivar a doação voluntária de sangue, promover medidas de proteção à saúde do doador e receptor, medidas para disciplinar a coleta e o controle de qualidade, melhorar as condições de estocagem e distribuição de hemoderivados, bem como promover o desenvolvimento de conhecimento científico e tecnológico na área (HEMOSC, 2015).

O HEMOSC é uma das unidades da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina que tem a competência de fornecer sangue, hemocomponentes, serviços hemoterápicos e hematológicos de qualidade. O HEMOSC é hoje administrado pela Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON (FAHECE)⁴. A referida instituição, conta com uma equipe multiprofissional⁵, que busca garantir a qualidade dos serviços oferecidos à população, mantendo estoque de sangue e hemoderivados adequados, procurando educar a população sobre a importância da doação de sangue, além de oferecer atendimento de qualidade às pessoas com doenças hematológicas.

Os serviços ofertados pelo HEMOSC seguem as diretrizes da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (PNSH) que possibilitam um atendimento de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Atualmente, o HEMOSC é norteado pela Portaria N°158 de 04.02.2016 do MS e tem certificação ISO 9001 de 2008 e Certificação AABB- Programa de Acreditação de Bancos de Sangue.

A Hemorrede de Santa Catarina, denominada como Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), é composta por um Hemocentro Coordenador, localizado em Florianópolis, por seis Hemocentros Regionais, localizados nas cidades de Lages, Joaçaba, Chapecó, Criciúma, Joinville e Blumenau e, por três Unidades de Coleta, localizados nos municípios de Tubarão, Jaraguá do Sul e Canoinhas (Manual de Qualidade,

⁴ FAHECE será destacada a frente e explicado o porquê dessa administração.

⁵ Equipe multidisciplinar é uma equipe formada por profissionais de diversas áreas, que trabalham em conjunto visando chegar a um objetivo. No caso do HEMOSC essa equipe é formada por médicos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, bioquímicos, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

2015). Em Santa Catarina, há apenas um Banco de Sangue privado, situado no município de Concórdia e, um Serviço de Hemoterapia Federal, localizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago localizado em Florianópolis (BORGES, 2015).

Conforme o Manual de Qualidade do HEMOSC (2015), o Hemocentro Coordenador, tem como funções:

- I. Assessorar a Secretaria de Estado da Saúde- SES e demais autoridades do Setor, na formulação da Política Estadual de Hematologia e Hemoterapia, dos planos, programas e projetos, e supervisionar a sua execução;
- II. Estabelecer normas científicas, técnicas e administrativas, para a organização e funcionamento do sistema;
- III. Supervisionar o funcionamento do sistema garantindo a qualidade do sangue e seus derivados, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido;
- IV. Aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas técnicos, organizacionais e operacionais do sistema;
- V. Coordenar o sistema de informações na área de hematologia e fornecer as análises indispensáveis à eficácia da sede institucional dos sistemas e suas interfaces com setor saúde;
- VI. Coordenar a elaboração de programas especiais e supervisionar a sua implantação;
- VII. Promover formação de recursos humanos para o sistema e mantê-lo atualizado e eficiente;
- VIII. Exercer, no tocante aos órgãos auxiliares, a supervisão geral de suas operações;
- IX. Coordenar a implantação dos órgãos auxiliares nas diversas regiões de saúde;
- X. Articular-se com as unidades colegiadas integrantes do Sistema único de Saúde- SUS.

À hemorrede pública estadual cabe a responsabilidade de atender e garantir suporte às solicitações de sangue para a sua população de abrangência, por isso, a missão dos hemocentros públicos é também a de

realizar ações que divulgam a importância e necessidade da doação de sangue em todos os segmentos da sociedade, e incentivar a população a doar sangue como um ato altruísta, de solidariedade e como exercício de cidadania (BORGES, 2015). A hemorrede tem como responsabilidade atender as demandas de sangue no seu Estado, mas em casos extremos de falta de sangue em outros estados, acaba se tornando fornecedor de sangue.

O HEMOSC desenvolve a captação de doadores, triagem clínica, laboratorial, sorológica, imunoematológica e demais exames laboratoriais dos doadores e dos receptores, coleta, identificação, processamento, estocagem, distribuição, orientação e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, com finalidade terapêutica ou de pesquisa; procedimentos hemoterápicos especiais, como aféreses, transfusões autólogas; proteção e orientação ao doador inapto e seu encaminhamento às unidades que promovam sua reabilitação ou promovam o suporte clínico, terapêutico e laboratorial necessário ao seu bem-estar físico e emocional. (HEMOSC, 2015).

Em 1994, o HEMOSC passou a ser administrado pela Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON – FAHECE, que foi criada em 22 de fevereiro de 1994 de acordo com o artigo 24 do código civil, e no dia 29 de março do mesmo ano, foi firmado o convênio NR 104/4⁶. É uma entidade privada, sem fins lucrativos, com Registro e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, criada para administrar e investir recursos através da aquisição de equipamentos, remédios, reforma e construção de novas sedes, além da capacitação dos funcionários.

Os funcionários do HEMOSC são chamados de colaboradores⁷, uma terminologia da instituição, definida pela Política de Qualidade do HEMOSC. Atualmente, são divididos entre servidores estatutários, concursados pela

⁶ O convênio NR 104/94 foi firmado pelo Governo do Estado de Santa Catarina através da Secretária de Estado da Saúde, visando à colaboração mútua e desenvolvimento de assistência médica hematológica, hemoterápica, oncológica no Estado de Santa Catarina por tempo de dez anos podendo ser prolongado. Como área de aplicação, se estabelece, o HEMOSC em sua rede na capital e interior, e o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) em Florianópolis.

⁷ Terminologia na lógica de desconstituir os/as trabalhadores/as de sua classe, a exemplo do conjunto de mudanças que promoveram a flexibilização das relações de trabalho.

Secretária de Estado da Saúde (SES) e celetistas contratados pela FAHECE ou terceirizados, como é o caso da segurança e da limpeza.

A missão do HEMOSC é oferecer à população uma Hemorrede Pública de qualidade, com acesso ao atendimento Hemoterápico e Hematológico de Qualidade. Tem como objetivo atender as necessidades relacionadas à Hemoterapia e Hematologia do Estado de Santa Catarina. Dentro do processo de Qualidade, o HEMOSC preconiza os seguintes valores: Credibilidade, Responsabilidade, Qualidade, Competência (profissionalismo), Comprometimento, Ética/moral, Trabalho em equipe, Valorização pessoal (reconhecimento), Solidariedade (HEMOSC, 2015).

Todas as atividades desenvolvidas dentro do HEMOSC contam com um sistema informatizado, que possibilita um trabalho mais rápido, dinâmico e flexível. O processo antes, durante e depois da doação de sangue conta com esse sistema, cabe citar a realização do cadastro de doador, triagem clínica, coleta, fracionamento, exames sorológicos.

Depois de coletado, o sangue é examinado, passa pelo processamento para que seja separado em hemocomponentes, é estocado e distribuído para os hospitais e clínicas a Grande Florianópolis e do Estado de Santa Catarina. O sangue distribuído é usado no tratamento de doenças, utilizado em pacientes vítimas de acidentes, no tratamento de hemorragias agudas, assim como em pacientes portadores de câncer, entre outros.

As considerações apresentadas até o momento sobre a história da Hemoterapia e sobre a instituição HEMOSC tem pertinência no presente trabalho de conclusão de curso, uma vez que se pretende discutir o trabalho do assistente social inserido no contexto dos programas e projetos desenvolvidos nessa instituição, especificamente no Setor Captação de Doadores (SCD).

No capítulo que se segue, passar-se-á discutir sobre as atribuições do assistente social na política de saúde, e as contribuições do assistente social no HEMOSC.

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: A PARTICULARIDADE DO HEMOSC

O objetivo desse capítulo é uma abordagem sobre a inserção do Serviço Social na política de saúde, apresentando as particularidades do profissional na área da saúde, usando como referência central os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do Conselho Federal de Serviço Social-CFESS.

Para tanto, será apresentado a atuação do Serviço Social na Captação de Doadores do HEMOSC, por meio dos projetos desenvolvidos, e os comparando com os Parâmetros de Atuação.

3.1 Inserção do Serviço Social na política de saúde

O Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho, ao atuar sobre as expressões da Questão Social, cujo produto é a profunda desigualdade social específico do modo de acumulação capitalista. Surge assim, no trânsito do capitalismo concorrencial para o monopolista, onde frente à agudização da Questão Social, fez-se necessário um profissional que lidasse com as suas expressões (MATOS, 2009).

A inserção dos assistentes sociais⁸ nos serviços de saúde se dá pelo reconhecimento social da profissão e se define a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil, das mudanças de natureza tecnológica, organizacional de política que perpassam o Sistema Único de Saúde e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais (COSTA, 2000).

O assistente social se torna aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, ou seja, uma relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor do trabalho era a figura do médico. Daí, muito ter se usado na época a categoria de 'paramédico' para os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente

⁸ Nesse trabalho, o profissional do Serviço Social será referenciado com a terminologia o assistente social. Optou-se por essa terminologia para padronizar a redação.

não se tinha um objetivo próprio, para os 'paramédicos', ficando a sua atuação para aquilo que o profissional da medicina delegava que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. A descrição é de uma época específica, década de 1940, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautavam em pressupostos positivistas (MATOS, 2009).

Historicamente a saúde tem sido o maior empregador de assistentes sociais⁹. Dos primórdios da profissão até o final dos anos de 1980, sua atuação neste campo se deu no âmbito curativo e por meio de abordagem individual. Até 1960 o Serviço Social não se apresentava com polêmicas internas significativas. A partir desta década alguns segmentos profissionais começaram a questionar a posição conservadora, articulados, sobretudo com a perceptiva de superação do subdesenvolvimento latino-americano, configurando assim o início do processo de reconceituação (BRAVO, 1996).

Houve um período de renovação profissional no Brasil, que aconteceu em meio à ditadura militar e que se desenvolve em três direções: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. Nessa época o mercado de trabalho se ampliou em hospitais e ambulatórios e na previdência social, mas apenas na saúde individual e não na coletiva. A ação do Serviço Social na saúde continuou por todo período como sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares.

O surgimento do Movimento Sanitário não teve repercussões nos assistentes sociais vinculados à área de imediato. Do mesmo modo, o processo organizativo e o aprofundamento teórico da profissão na direção da intenção da ruptura não influenciou o Serviço Social na saúde nem no nível do discurso, predominando a vertente modernizadora (BRAVO, 1996).

O trabalho do assistente social nos serviços de Saúde tem uma relação direta com o usuário, e por isso, necessita de uma direção ao seu trabalho,

⁹ O último estudo de perfil da categoria em 2005, organizado pelo CFESS, não levantou as áreas de atuação e privilegiou a inserção dos assistentes sociais pelas condições de vínculo empregatício. Após a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (2004) e implantação do Sistema Único de assistência Social (SUAS) pode-se identificar o aumento de profissionais na área da assistência social. No entanto, não localizamos estudos que indiquem a mudança da presença majoritária ainda na área da saúde.

requer uma relativa autonomia para “autogovernar” o seu trabalho, obtendo resultados esperados (COSTA, 2000)

Segundo Silva (2016) a autonomia enquanto capacidade de autodeterminação dos indivíduos pouco vem sendo discutida, embora apareça como sendo o primeiro princípio fundamental no Código de Ética dos Assistentes Sociais promulgado pelo CFESS em 1993.

Lagioto (2013) salienta que a autonomia técnico profissional não se restringe ao direito do profissional de exercer com liberdade a sua atividade profissional, apenas em sua dimensão técnico-operativa, mas o termo “técnica” se refere ao conhecimento especializado do assistente social, à sua expertise, que envolve as três dimensões do exercício profissional: a teórico metodológica, a ético política e a técnico-operativa, e neste sentido, particulariza a sua intervenção na divisão social e técnica do trabalho.

Autoras da área destacam, que embora tradicionalmente, a profissão não seja exercida como autônoma, dado que o Serviço Social emerge socialmente e se mantém como uma profissão assalariada, dispõe de algumas características das profissões liberais, tais como: singularidade que pode estabelecer na relação com os seus usuários; presença de um código de ética orientador de suas ações; caráter não rotineiro de seu trabalho; possibilidade de apresentar propostas de intervenção a partir de seus conhecimentos técnicos e regulamentação da profissão (LAGIOTO, 2013).

Autonomia profissional seria o entendimento de que as profissões surgem frente às necessidades sociais, mas que o seu desenvolvimento está condicionado pela sua utilidade, ou seja, pelo produto da ação profissional, assim como pela forma como este é produzido através do conhecimento, dos métodos e das técnicas utilizadas no exercício da profissão. É o profissional estar disposto a se adaptar ao seu meio de trabalho, enfrentando suas demandas e procurando estar preparado para responder devidamente.

Segundo Costa (2000), o trabalho do assistente social, desenvolvido na área da saúde, possui particularidades, com destaque para:

- Nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é “para uso” dos usuários dos serviços;
- Requer uma relação direta entre quem produz e quem consome esses serviços, exige assim, participação do usuário no próprio processo de sua concretização/ produção;
- A produção e o consumo dos serviços de saúde ocorrem através de momentos instituintes, ou seja, é o momento que cria as necessidades.

Nos anos de 1960 no Brasil e na América Latina, surge um movimento que questiona à direção social da profissão. Ficou conhecido como um movimento latino-americano de reconceituação do Serviço Social, que se desenvolveu de maneira diversificada em cada país, impulsionado por fatores como: a conjuntura política notadamente derivada dos golpes militares vivenciados nos anos de 1960 e 1970 e as características dos protagonistas profissionais de cada país (MATOS, 2009).

A Constituição Federal de 1988 é um impulso para a profissão, mas, é na década de 1990 que a profissão amadurece a construção do Projeto ético-político que se expressa, entre outros, por meio da Lei de Regulamentação profissional (Lei 8662/93) e no Código de Ética.

Atualmente, o Serviço Social, junto com outras áreas de conhecimento, é compreendido como uma profissão da área da saúde pelo Ministério da Saúde (MS), expresso na resolução nº. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre o tema. Mesmo que reconhecido como trabalhador da saúde, esses profissionais enfrentam muitas barreiras, ao mesmo tempo em que há esse reconhecimento profissional, fruto de lutas dos profissionais e de suas entidades, os assistentes sociais que trabalham nos serviços de saúde têm solicitado aos órgãos de fiscalização profissional (Conselhos Regionais de Serviço Social) subsídios para garantir a autonomia do seu exercício profissional na área, pois dentro das instituições de saúde ou com outros profissionais, os assistentes sociais acabam não sendo identificados como trabalhadores da saúde (MATOS, 2009).

Assim, segundo Costa (2000), o Serviço Social se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas, geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir. Segundo a autora, o assistente social por meio de sua atuação profissional tem sido o profissional que vem constituindo o 'elo invisível' do SUS. Essas atividades acabam não sendo vistas pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, são tratadas como exceções e assim criam a imprecisão verbalizada reiteradamente pelos assistentes sociais.

Aos assistentes sociais cabe enfrentar desafios na saúde, segundo Matos (2009) um desses desafios é a dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza; bem como a forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Essa problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas sim o coletivo dos trabalhadores da saúde. Pode-se destacar também o que se refere à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS.

É importante ressaltar alguns marcos que se fazem importantes para a atuação profissional do assistente social nos hemocentros.

No Art. 199 da Constituição Federal de 1988, em seus incisos declara que "As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem

como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.” Assim, o sistema de saúde poderá ter a participação de instituições privadas, essa participação causa resistência da população e dos funcionários, pois acaba resultando em privatizações, assim invalidando concursos públicos e muitas vezes fechando vagas para a população ter acesso ao atendimento em instituições que eram pra ser de livre acesso da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, muitas vezes exemplificado como modelo para outros países, amparado por um conceito ampliado de saúde pública, visando garantir o direito à saúde de toda a população (SANTOS; BERNACHI, 2012).

Mesmo sendo modelo, quando se fala em garantir saúde a toda à população, no dia a dia, muitos relatos acusam um sistema falho, como exemplo, pessoas que permanecem anos aguardando exames/ cirurgias, horas em hospitais aguardando atendimento.

Segundo o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, cabe ao sistema único de saúde controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; entre outros.

O Estado acaba se unindo¹⁰ a entidades, que não possuam fins lucrativos, com Registro e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, criadas para administrar e investir recursos através da aquisição de equipamentos, remédios, reforma e construção de novas sedes, além da capacitação dos funcionários. Muitas vezes, acaba resultando em tensões, como por exemplo, a falta de verbas, ou seja, o Estado deixa de passar verbas

¹⁰ Como exemplo da união Estado- Entidades citamos a Lei nº 11. 079, de 30 de dezembro de 2004, chamada como Lei Parceira Público Privado (PPP).

Esta Lei institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

e as entidades não tem de onde tirar, resultando em instituições com cortes de verbas, por exemplo.

Essas ações repercutem diretamente na atuação do Serviço Social na saúde, em especial, na atuação do assistente social no HEMOSC. A seguir, abordaremos a atuação profissional na particularidade da instituição.

3.2 O Serviço Social no contexto institucional do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina- HEMOSC

Para trabalhar a particularidade HEMOSC é preciso apresentar os avanços na categoria profissional e sua construção. Nesse contexto, apresentaremos os Parâmetros para Atuação do Assistente Social segundo o CFESS, permeado pelo debate sobre o trabalho profissional segundo Marilda lamamoto (2010).

Os profissionais de Serviço Social na área da saúde visam responder as demandas que se originam a partir das diferentes expressões da Questão Social. Nesse sentido, vêm atuando em diferentes ações no âmbito do SUS, como por exemplo, o planejamento e a educação em saúde. É no conhecimento da realidade concreta da política de saúde que o trabalho do Serviço Social tem sido o 'elo invisível' do SUS (MATOS, 2009).

lamamoto (2010) destaca que a profissão do serviço social é portadora de trabalho humano indiferenciado, trabalho humano abstrato, analisado na óptica de sua quantidade, parte do trabalho social médio, que participa na produção e/ou distribuição da mais-valia socialmente produzida e na luta pela hegemonia entre forças sociais. Segundo a autora, transitar da análise da profissão para o seu efetivo exercício agrega um complexo de novas determinações e mediações essenciais para elucidar o significado social do trabalho do assistente social – considerado na sua unidade contraditória de trabalho concreto e abstrato – enquanto exercício profissional especializado que se realiza por meio do trabalho assalariado alienado. Esta condição sintetiza tensões entre o direcionamento que o assistente social pretende imprimir ao seu trabalho concreto – afirmando sua dimensão teleológica e criadora -, condizente com um projeto profissional coletivo e historicamente

fundado; e os constrangimentos inerentes ao trabalho alienado que se repõem na forma assalariada do exercício profissional.

A autora alerta sobre o perigo de redução do processo de produção ao processo de trabalho nos seus elementos simples – meios de trabalho, objeto e a atividade humana, desvinculado de suas implicações na órbita da produção do valor e, eventualmente, da mais-valia, o que se encontra na raiz da mistificação do capital. Risco presente no debate atual, que pode resvalar para uma abordagem que reifique as relações sociais, comprometendo a historicidade das análises, ao considerar, unilateralmente, o substrato material do valor do capital: as coisas em que se expressa, isoladas das relações sociais por meio das quais ocorre a produção. Há assim, o risco de restringir a abordagem do processo de trabalho à óptica do valor de uso (ao trabalho útil, concreto) desvinculando-o de suas implicações na órbita do valor (do trabalho humano abstrato), ou seja, das relações sociais por meio das quais se efetiva, indissociável das formas de propriedade em que se inserem.

Nesse caminho, Iamamoto (2010) sustenta que o caráter de capital, impresso às mercadorias e ao dinheiro desde a circulação, decorre do fato de que as condições de produção e os meios de subsistência encontram-se alienados do trabalhador e o enfrentam como coisas capazes de comprar pessoas, o que caracteriza essencialmente o capital como relação social.

Ambas as dimensões se constituem como uma unidade sob contradições que caracterizam o exercício profissional, sendo importante na análise do processo de trabalho, identificar como se efetivam nas particularidades sócio históricas brasileiras.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão (LEI N° 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993), que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010).

De acordo com CFESS (2010) os assistentes sociais na saúde atuam em determinadas ações. A seguir apresentaremos as principais.

O atendimento direto aos usuários ocorre nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. A atuação se dá em ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.

As ações socioassistenciais são resultados de necessidades sociais definidas e redefinidas historicamente, o que gera questões a serem respondidas como:

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
- agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção.

Assim, o assistente social deve:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;

- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Além disso, faz-se necessário que o assistente social vá além do caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

Nas ações de articulação com a equipe de saúde o assistente social, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. Em sua articulação com a equipe, é preciso sempre seguir seu Código de Ética.

São consideradas não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais.

As ações socioeducativas recebem também a denominação de educação em saúde. São consideradas ações que consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de

serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas.

No desenvolvimento de ações socioeducativas pelos assistentes sociais, destacam-se as seguintes atividades:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

No que se trata de mobilização, participação e controle social Ressaltam-se como ações desenvolvidas nesse âmbito:

- estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;

- incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- participar na organização, coordenação e realização de pré- conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal ,estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;
- identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.

Ao assistente social em ações de investigação, planejamento e gestão caracterizam-se como ações numa perspectiva do fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

A atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional. O assistente social deve desenvolver as seguintes ações:

- elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;

- contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;
- realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;
- participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais por meio da realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais);
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;

- fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;
- participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;
- criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional;
- sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação.

Nas ações que envolvem assessoria, qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente. As principais ações a serem realizadas neste âmbito são:

- fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis;

- formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;
- criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;
- qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;
- elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;
- criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;
- assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Segundo o CFESS, as ações descritas acima são desafios da atuação profissional na saúde e, é necessário sempre utilizar delas como embasamento.

Na particularidade HEMOSC o serviço social é desenvolvido por meio do Setor de Captação de Doadores- SCD. Segundo Carvalho (2008) o trabalho do Serviço Social do HEMOSC deu-se a partir do ano de 1979, tendo como objetivo fundamental contribuir para a cultura da doação voluntária de sangue. Ao longo desses anos, os assistentes sociais têm pautado suas ações conforme orientações da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (PNSH).

A PNSH é composta por organismos operacionais de captação e obtenção de doação, coleta, processamento, controle e garantia de qualidade, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, seus componentes e hemoderivados. Segue princípios e diretrizes do SUS como: universalização do atendimento à população; utilização exclusiva da doação voluntária, não remunerada, do sangue, cabendo ao poder público estimulá-la como ato relevante de solidariedade humana e compromisso social; proibição de remuneração ao doador pela doação de sangue; proibição da comercialização da coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, componentes e hemoderivados; proteção da saúde do doador e do receptor mediante informação ao candidato à doação sobre os procedimentos a que será submetido, os cuidados que deverá tomar e as possíveis reações adversas decorrentes da doação, bem como qualquer anomalia importante identificada quando dos testes laboratoriais, garantindo-lhe o sigilo dos resultados (BRASIL, 2001).

Entre alguns objetivos da PNSH, pode-se citar: incentivo às campanhas educativas de estímulo à doação regular de sangue; recrutamento, triagem clínica e laboratorial do doador, coleta, fracionamento, processamento, estocagem, distribuição, provas imunoematológicas, utilização e descarte de sangue, componentes e hemoderivados; ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico em Hemoterapia e Hematologia (BRASIL, 2001).

Mesmo que, o assistente social na instituição siga as orientações contidas na PNSH, deve sempre orientar e nortear suas ações por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da

Profissão. A instituição, desde o momento que contrata um assistente social, deve estar consciente dessas observações.

O Serviço Social nessa instituição tem como objetivo intervir na realidade, contribuindo através da educação em saúde para a conscientização da população, ressaltando a importância e a necessidade de pessoas saudáveis se tornarem doadores espontâneos, fazendo deste ato um exercício de cidadania. É preciso considerar que sempre existirá alguém necessitando de sangue (SHUCH, 2006).

Segundo CFESS (2010) o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

Como sinalizado, o Serviço Social é responsável pelo Setor de Captação de Doadores de Sangue com o intuito de garantir um estoque de sangue seguro e adequado. Dessa forma, é necessário que o sangue esteja isento de quaisquer infecções transmissíveis por transfusão sanguínea. A Captação de Doadores possui o papel de difundir, divulgar e educar a população para a doação de sangue através de projetos e programas (BORGES, 2015).

A chamada missão do Serviço Social no HEMOSC é captar doadores, assegurando a quantidade e qualidade necessária para o atendimento da população, conquistando novos doadores, transformando a doação de sangue em uma atitude cultural. Além disso, manter os doadores já cadastrados e aprimorar o perfil dos candidatos à doação, bem como "formar" o doador do futuro'. (HEMOSC, 2015).

Vinculamos assim a missão do Serviço Social, com o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

(CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Até meados dos anos 1988, a doação de sangue era realizada no Brasil de forma remunerada, mas a partir da Constituição Federal de 1988 a doação passa a ter uma conotação solidária e altruísta. O artigo 199¹¹, em seu parágrafo 4º, da Constituição Federal diz que a transfusão sanguínea deve ser vedada de todo tipo de comercialização. Em 1980 é instituído o Programa Nacional de Sangue e Hemocomponentes Pró-Sangue para regularizar a situação hemoterápica brasileira, pondo fim à doação remunerada. Onde propõe a prática da doação voluntária de sangue, não remunerada, com a participação orientada da comunidade. Institui mecanismos de incentivo à permanência dos doadores no exercício desse nobre e humanitário ato social, assim como o Subsistema Nacional de Hematologia e Hemoterapia e a montagem da Rede Nacional de Centros de Hematologia e Hemoterapia. A partir de então, constituíram-se como objetivos da Política Nacional do Sangue a doação voluntária de sangue; a formação de recursos humanos; o desenvolvimento tecnológico; o controle de qualidade e a vigilância sanitária. Além das metas: doação voluntária de sangue; inclusão do tema doação/transfusão nos currículos escolares; conscientização para o compromisso social de doar sangue, através de campanhas educativas dentre outras (RODRIGUES, 2012).

Assim destaca-se que:

¹¹ Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Para que haja o fornecimento de sangue de qualidade para a população torna-se necessário que a instituição disponha de projetos e campanhas que conscientizem e sensibilizem a população para a doação de sangue. Nesse contexto, percebe-se a importância da intervenção do Serviço Social num hemocentro e num banco de sangue, locais em que o assistente social pode desenvolver ações educativas para que a doação de sangue seja abordada como um compromisso social e um exercício de cidadania, como também um gesto de responsabilidade e de solidariedade, fazendo com que a doação de sangue seja um hábito aprendido e transmitido através das gerações (SCHUCH, 2006, p.22).

Para tanto, o processo de captação de doadores de sangue requer estudo para diagnóstico das necessidades, planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas, ações essas que cabem serem impostas junto com as ações de articulação em equipe.

O SCD é responsável por programas e projetos que visam a estimular, educar, sensibilizar e contribuir para a “conscientização”¹² da população sobre a importância da doação de sangue. É papel fundamental dos profissionais da captação captar e fidelizar doadores de sangue e ainda conquistar candidatos à doação de medula óssea. Cabe ressaltar que essa responsabilidade não é apenas do hemocentro coordenador, mas sim, de todos os hemocentros de Santa Catarina que compõem a Hemorrede HEMOSC. Sua atividade é voltada ao desenvolvimento de campanhas e projetos que contribuem para a conscientização da população quanto à importância e necessidade da doação de sangue.

Nesse sentido, observamos que essa ação de conscientização da população pode ser classificada como ações socioassistenciais, segundo o CFESS (2010) cabe ao assistente social democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária.

¹² Conscientização segundo Paulo Freire é conhecer o mundo, para além de poder descrevê-lo, e conhecer as leis gerais de seu funcionamento e o modo particular como cada fenômeno opera na totalidade da realidade objetiva. É preciso conhecer o mundo para, de acordo com o interesse de classe particular – o interesse da classe. trabalhadora – poder modificá-lo. Conscientização é ter conhecimento do mundo para operar sua modificação. **Disponível:** <http://www.eumed.net/rev/ccss/11/dmc.htm> Acesso em: 27 de junho de 2016 às 21h50min. No SCD prevalece o entendimento do senso comum de conscientização. Quando falamos numa perspectiva Paulo Freiriana é porque um profissional do setor, adepto a esta, tenta com que seus companheiros de equipe incorporem essa perspectiva.

O trabalho volta-se não apenas para assegurar a quantidade necessária de doadores, mas também para aprimorar o perfil das doações, contribuindo para a elevação do padrão de qualidade do sangue coletado e transfundido. A captação de doadores envolve todos os segmentos sociais, hospitais e clínicas, forças armadas, escolas, empresas, clubes de serviços, associações comunitárias, secretarias de saúde, igrejas, veículos de comunicação e outros, utilizando-se de técnicas/ estratégias como reuniões, palestras, cursos, campanhas e gincanas.

A maior ferramenta de trabalho na captação de doadores é a comunicação, que deve ser simples, clara e objetiva, com o intuito final de obter sangue com qualidade e quantidade suficientes para o atendimento dos pacientes que necessitam de transfusão sanguínea.

Os projetos que materializam esses objetivos: Coleta Externa (CE), Projeto Escola(PE), Projeto Empresa Solidária(PES), Convite de Doadores, Projeto Captação Hospitalar¹³, Comunicação e Divulgação, além do Cadastro de Candidatos à Doação de Medula Óssea e o Agendamento de Doadores. Esses programas tem como finalidade a busca constante de doadores voluntários e altruístas, que compreendam a doações de sangue como uma atitude de solidariedade, cidadania, de responsabilidade pessoal e coletiva e de preservação da vida humana.

O Projeto Coleta Externa tem o objetivo de possibilitar a doação de sangue por doadores que estão em cidades onde não existem hemocentros regionais ou núcleos de coleta, bem como junto às empresas, bairros e universidades, auxiliando assim, na manutenção de estoques de toda a Hemorrede.

O Projeto Escola (1996) foi criado pela percepção da necessidade de desenvolver um trabalho junto aos alunos do ensino fundamental e médio, buscando-se através do desenvolvimento de palestras, despertá-los para a compreensão da saúde como direito e responsabilidade individual e coletiva.

¹³ Atualmente, o SCD de Florianópolis não desenvolve Captação Hospitalar por investir em projetos socioeducativos como PE, PES, etc.

Tem-se como objetivo desmistificar preconceitos e tabus sobre a doação de sangue, além de “formar” futuros doadores e/ou multiplicadores, sensibilizando-os para a importância da doação de sangue. “Formar” no sentido de contribuir para a formação ética e política do aluno, buscando sensibilizá-lo para o ato de cidadania e solidariedade de forma consciente, responsável e saudável. Atualmente o PE foi ampliado para alunos de cursos técnicos e superiores. (RODRIGUES, 2012)

O Projeto Empresa Solidária surgiu para incentivar a doação de sangue por parte dos funcionários de empresas, buscando acompanhamento de seus direitos sobre a importância da doação de sangue, também como responsabilidade social. Tem-se o objetivo de despertar de seus colaboradores para o exercício da cidadania, motivando-o para a doação de sangue espontânea, habitual, responsável e altruísta; e mostrar aos diretores/ gestores que é possível os funcionários doarem sangue sem interferir na produção de bens e serviços da empresa.

O Projeto de Comunicação e Divulgação visa a desenvolver campanhas para promover a doação de sangue e atinge toda a Hemorrede de Santa Catarina. Para isso, conta com o apoio de uma agência de propaganda que cria campanhas conforme a necessidade discutida e apresentada pelo SCD e pelo Setor de Marketing. Por meio desse projeto é que o SCD também articula com os meios de comunicação e socializa informações quanto aos eventos promovidos, como por exemplo, a Corrida HEMOSC, Dia Nacional do Doador de Sangue, os sábados que o HEMOSC abre para coletas e, para isso, divulga a programação em emissoras de rádio e televisão e faz o atendimento às reportagens, com entrevistas para as emissoras.

O cadastro de candidatos à doação de Medula Óssea é incentivado pelo desenvolvimento do PE e PES através dos quais é divulgado. Tem como objetivo informar a comunidade sobre o cadastro de medula óssea através de palestras, cartazes, *e-flyers*, a fim de contribuir para o Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME); busca de doadores para a segunda fase e fase comprobatória.

O agendamento de doadores é um serviço oferecido pelo SCD que visa maior agilidade e comodidade para atender aqueles doadores que tem tempo restrito para realizar sua doação, assim facilitando a vinda do doador ao Hemocentro.

Precisamos aprofundar sobre as ações socioeducativas no SCD. Sobre isso, Schush (2006, p.41) destaca:

O Serviço Social do Hemosc em seus diferentes projetos provenientes do Setor de Captação de Doadores de Sangue, desenvolve ações socioeducativas junto aos doadores, pacientes, funcionários, clínicas, hospitais, empresas, escolas e a comunidade em geral, os quais são seus usuários. Percebe-se que o seu trabalho é intervir na realidade através da educação em saúde para conscientizar a população potencialmente doadora e, principalmente, os futuros doadores de sangue, através de projetos educativos e de mobilização social. Fazendo com que sejam ressaltadas a importância da doação de sangue e a necessidade de pessoas saudáveis se tornarem doadores espontâneos, considerando o ato da doação de sangue como um exercício de cidadania.

Conforme Carvalho (2008, p.47), o assistente social deve ser um profissional propositivo, buscando novos conhecimentos para acompanhar a dinâmica social em que se insere.

Os assistentes sociais do SCD estão inseridos num contexto socioassistencial no qual possuem função socioeducativa. É visível o caráter educacional dos projetos apresentados. Atividades de orientação e de acompanhamento de indivíduos e da população que se utiliza dos serviços do HEMOSC faz o assistente social perceber seu compromisso ético-político com estes indivíduos e/ou grupos.

Ações socioeducativas ou também denominadas educação em saúde, constituem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas em abordagens individuais, grupais ou coletivas aos usuários, famílias e população de determinada área. Essas ações possuem seu enfoque abrangendo diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamentos das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações, análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela

equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular. Como intencionalidade devem ter a dimensão da liberação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010).

No processo de informação, divulgação e sensibilização sobre a doação de sangue, visando à "formação" de futuros doadores e multiplicadores, as assistentes sociais buscam trabalhar de forma coerente e efetiva no processo de planejar, executar e avaliar, para verificar em tempo integral se seus objetivos estão sendo cumpridos. As assistentes sociais do SCD do HEMOSC estão sempre procurando se especializar e aprimorar seus conhecimentos através de participação em congressos, cursos e pós-graduação.

O SCD é desenvolvido historicamente por profissionais de Serviço Social, sendo que no HEMOSC a maioria dos profissionais são assistentes sociais. Mas, são receptivas a compartilhar os projetos e programas da captação com profissionais de outras áreas que queiram contribuir com seus conhecimentos de forma multi, inter e transdisciplinar sobre o fenômeno da doação de sangue (RODRIGUES, 2012).

Todo o trabalho do SCD é avaliado por indicadores, que faz com que a equipe pense e avalie suas ações. Sem contar que o SCD conta com toda a equipe do HEMOSC, um trabalho muito importante, é junto o setor de coleta, onde as enfermeiras respondem as demandas resultantes dos PE e PES.

Devemos destacar aqui que o assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010). Destaca-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações.

O SCD funciona das 7h às 19h, encontra-se no primeiro andar do prédio e divide espaço com o Setor de Coleta de Sangue e com o Setor de Aférese. Contando atualmente, com 12 (doze) colaboradores, sendo 4 (quatro) assistentes sociais e 7 (sete) assistentes administrativos. Alguns são funcionários públicos concursados pela Secretaria da Saúde – estatutários - e outros são contratados pela FAHECE.

No quadro de assistentes sociais, ocorre uma contradição, pois dos 4 (quatro) assistentes sociais, um é contratado como analista administrativo. Essa precarização da profissão é resultado da Lei das 30 horas¹⁴, e dos baixos salários oferecidos em virtude da mesma, mesmo que em sua descrição, fique vedada a diminuição dos salários. É resultado também do trabalho abstrato, ou seja, o assistente social é um trabalhador assalariado, que precisa se adaptar os meios que a conjuntura atual impõe.

O SCD possui os seguintes recursos disponíveis para o desenvolvimento do trabalho do assistente social: conta com uma sala espaçosa, onde possui duas salas acopladas a ela, com a disponibilidade de seis computadores (sendo que apenas um possui internet liberada), uma impressora. Possui uma sala de reunião com espaço para aproximadamente seis pessoas. O SCD tem sete mesas com 15 cadeiras. Conta com o auxílio do transporte para desenvolver atividades externas a instituições, como palestras ou para outras demandas. Essas demandas podem ser interpretadas como trabalho abstrato, descrito anteriormente, como o assistente social esta sempre preparado para atender novas demandas.

Um elemento importante em se destacar no trabalho profissional no HEMOSC é com relação à diversidade sexual. Segundo o CFESS (2010) o profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a

¹⁴ Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.

Art. 1º A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 5º-A: “Art.5º- A. A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais.”

Art. 2º Aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 26 de agosto de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

Disponível:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm Acesso em: 15 de novembro de 2016 às 15h55min.

equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pela diversidade é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional. No âmbito da saúde, é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana. Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam a singularidade, o modo de constituir a individualidade em sua relação dinâmica e contraditória com a sociabilidade. No caso do HEMOSC, o assistente social trabalha seguindo uma legislação que preconiza requisitos para a doação de sangue, e um deles diz, que homens que tenham relações sexuais com pessoas do mesmo sexo não podem fazer doação de sangue. Logo, o assistente social acaba criando mecanismos de respostas para que não sejam culpabilizados por normas impostas pela instituição que trabalha.

O assistente social no HEMOSC enfrenta desafios na contemporaneidade que, em grande medida, retratam também o próprio exercício profissional na área da saúde, até porque se explicam por determinações mais gerais para o conjunto da sociedade. Cabe aqui, uma pequena reflexão sobre alguns desses desafios observados.

Podemos elencar primeiramente, a falta de recursos. Há algum tempo o HEMOSC/ FAHECE vem sofrendo com a falta de repasse de recursos do Governo de Santa Catarina, sem contar que o mesmo, possui uma dívida com a instituição, o que vem agravando a situação. Toda essa precarização resulta em cortes de serviços, como coletas externas, coletas de sangue de cordão umbilical e cadastro de novos doadores de medula óssea. Além de impedir novas contratações, fazendo assim, com que os setores sofram a falta de colaboradores.

Outro desafio é manter o Setor de Captação de Doadores coordenado e com uma equipe composta por assistentes sociais. Isso devido ao SCD ter o objetivo de intervir na realidade, contribuindo através da educação em saúde para contribuir ao processo de conscientização da população, ressaltando a importância e a necessidade de pessoas saudáveis se tornarem doadores espontâneos, fazendo deste ato um exercício de cidadania.

Cabe aqui, ressaltar que o assistente social na saúde tem a particularidade em desenvolver ações que predominam no atendimento direto, por meio de ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.

Nas ações socioeducativas, o assistente social disponibiliza orientações reflexivas e socializa informações, por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário. Quando falamos do SCD, vemos essas ações nos projetos, mais particularmente no Projeto Escola e Projeto Empresa Solidária, quando o assistente social se dirige até a comunidade e conversa sobre a doação de sangue como exercício de cidadania.

Devemos apropriar que o trabalho não deve ser apenas efetivado como uma atividade burocrática, posto que há uma intenção teleológica. Vasconcelos destaca sobre o trabalho burocrático:

Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta/acolhimento/ encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros - que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição - referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social (VASCONCELOS, 2001, P. 10).

Nesse sentido, a autora destaca que as demandas que extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, como exemplo, as demandas por educação em saúde. São demandas contidas nas solicitações dos usuários, e que precisam de teoria para serem identificadas. Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na “queixa” e/ou “problema”, expresso e/ou manifestado pelos usuários (VASCONCELOS, 2001). Para isso, é preciso usar do trabalho teológico, o pensamento e a teoria obtida durante sua formação, à luz da realidade e das condições objetivas e subjetivas postas ao exercício profissional.

A inserção e desenvolvimento das ações no processo do exercício profissional, ainda que pressionadas às respostas imediatas da atual sociabilidade capitalista, podem potencializar a resistência e contribuir para ampliar direitos, se, de um lado houver uma profunda caracterização dessa realidade, incluindo centralmente o estágio das lutas sociais e os limites e

desafios para a atuação profissional, e, de outro, a disposição e manutenção dos propósitos firmados por meio do projeto ético-político profissional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse TCC, busca-se dar visibilidade aos principais pontos que foram importantes nesse processo que corresponde à sistematização do acúmulo teórico-prático de uma determinada área de atuação profissional.

Historicamente, antes da Constituição Federal de 1988 quando a saúde ainda não possuía uma direção voltada à questão da garantia dos direitos sociais para o cidadão, era caracterizada por ações curativas e era basicamente para trabalhadores que de alguma forma pagavam por ela. Tais ações eram ofertadas de forma fragmentadas, muito pontuais e sabe-se que para uma minoria da sociedade.

Como vimos anteriormente, quando falamos na Política de Saúde parte-se de uma concepção que se encontra no tripé da Seguridade Social, como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo (CFESS, 2010).

A saúde como política social foi resultado de movimentos sociais e principalmente da Constituição Federal de 1988, onde recebe uma nova configuração, impactando assim, o trabalho do assistente social em diversas dimensões, são elas: condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida (CFESS, 2010).

A contemporaneidade da saúde é um resultado direto do neoliberalismo, e por isso muitos fatores dificultam o trabalho do assistente social, na particularidade HEMOSC devemos destacar as faltas de verbas. Há algum tempo o HEMOSC vem sofrendo com a falta de repasse de recursos do Governo de Santa Catarina, sem contar que o mesmo, possui uma dívida com a instituição.

A Fahece é uma fundação privada e sem fins lucrativos que administra os repasses feitos pelo governo estadual mensalmente. Ela é responsável pelas aplicações das verbas no Hemosc e Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), no último ano, a mesma teve renúncia da presidência devido a essa dívida do governo e toda essa insegurança da falta de verbas.

Toda essa precarização resulta em cortes de serviços, como coletas externas, coletas de sangue de cordão umbilical e cadastro de novos doadores de medula óssea. Além de impedir novas contratações, fazendo assim, com que os setores sofram a falta de colaboradores.

Percebe-se que o assistente social do SCD enfrenta desafios diários resultantes de uma saúde contemporânea, com lacunas de uma construção histórica. No SCD do HEMOSC o serviço social trabalha com a particularidade de manter estoques de sangue adequados e seguros, através de seu caráter socioeducativo. Assim faz parte de projetos que educam diretamente os doadores e futuros doadores sobre a importância da doação de sangue.

Inserido num espaço de implementação de políticas públicas como é o HEMOSC, o Assistente Social influencia nas relações dos usuários do serviço, principalmente através de ações sócio-educativas que podem tanto assumir um caráter conservador e moralizador destinado a moldar o usuário, seja no espaço institucional, seja na vida social, como pode direcionar sua ação ao fortalecimento do atual projeto ético-político da profissão, revelado na opção teórico-ético-política dos profissionais da categoria que contribuem para a divulgação do entendimento crítico dialético da realidade social. Vale considerar que a inserção do Assistente Social numa instituição estabelece condições e relações de trabalho que influenciam no processamento da ação e nos resultados projetados, sejam eles individuais ou coletivos (CARVALHO, 2008).

Percebe-se, a importância de um estudo bibliográfico a respeito da política de saúde e do significado do sangue e da moral em relação à doação de sangue, para entender que conhecer a cultura e os hábitos das pessoas em relação à doação de sangue como um dos pontos fundamentais para que o Assistente Social possa desenvolver um trabalho, considerando as limitações dos doadores e valorizando o significado da autonomia profissional. Assim,

busca-se o entendimento de que, o assistente social se torna importante nessa instituição para uma educação na doação de sangue, fazendo assim, com que os estoques de sangue estejam sempre adequados e seguros, mas também para contribuir na perspectiva de integralidade da saúde.

Vale salientar, que o Assistente Social, enquanto trabalhador que vende sua força de trabalho a uma instituição empregadora, deve conhecer a realidade institucional, os recursos disponíveis e o embasamento legal para a efetivação do seu trabalho. Aqui podemos observar o que já destacado anteriormente, sobre o assistente social seguir uma legislação ou, quando falamos em recursos, sobre o assistente social ser contratado como cargos administrativos, mas seguir funções do serviço social.

O Assistente Social pode democratizar as informações sobre o tema do direito à saúde, articulado na particularidade HEMOSC, com a doação de sangue, para todos os segmentos da sociedade, a fim de que todos tenham o conhecimento sobre a importância e a necessidade de pessoas saudáveis se tornarem doadoras de sangue.

Como pudemos perceber diante do exposto no presente trabalho, os principais desafios do profissional do serviço social, estão em grande medida no contexto atual em razão em ter seu trabalho precarizado pela falta de repasse de verbas e o conjunto de medidas neoliberais e de ajustes de austeridade. No entanto, também é possível ampliar as bases para ter seu trabalho organizado por meio de medidas socioeducativas, fazendo assim, com que o serviço social seja visto como um trabalho complexo que requer formação e exercício profissional críticos.

5 REFERENCIAS

BORGES, Roseli Lourdes Sandrin. **Proposta para a Ampliação da Captação Interna de Doadores de Sangue do Hemocentro Regional de Joaçaba**. 2015. 1 v. Tese (Especialização) - Curso de Gestão de Hemocentros da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Ensp, Fundação Oswaldo Cruz, Florianópolis, 2015

BRASIL. Cfess. Brasília (Org.). **Assistentes sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional**. 2005. ed. Brasília: Cfess, 2005.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Lei nº 11.079, de 30 de janeiro de 2004. **Lei no 11.079, de 30 de Dezembro de 2004**.. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. . **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social**. Brasília: Cfess, 2010.

BRASIL. Constituição (2001). **Lei nº10.205, de 21 de março de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm> Acesso em: 18 jun 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Acesso: www.conselho.saude.gov.br/legislação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. **Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue**. Brasília: Ms, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 2.712**, de 12 de novembro de 2013.

BRASIL. **Resolução- RDC nº 34**, de 11 de junho de 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política Social e Democracia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2002. p. 197-215.

BRAVO, M.I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

CARVALHO, Fabiana Mendes. **O exercício profissional do Serviço Social no setor de Captação de Doadores – HEMOSC de Florianópolis: Cotidiano e Processo de trabalho**. 2008. 1 v. Monografia (Especialização) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

CFESS. Resolução CFESS nº 290/94 e 293/94 de 13/03/93. **Código de Ética do Assistente Social**.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 62, n. 1, p.35-72, mar. 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo:Atlas, 1999.

HEMOSC. **MANUAL DE QUALIDADE DO HEMOSC**. Coordenadoria de Planejamento e qualidade: Florianópolis, 2015.

<http://www.hemosc.org.br> Acesso em: 15/11/2016 às 20h.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2010.

JUNQUEIRA, Pedro C.; ROSENBLIT, Jacob; HAMERSHLAK, Nelson. História da Hemoterapia no Brasil. **Revista brasileira hematologia hemoterapia**. 2005;27(3)201-207.

KRÜGER, Tânia Regina et al. (Org.). As Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde. In: KRÜGER, Tânia Regina. **As Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde**: Considerações sobre o significado de Participação popular em Santa Catarina. Florianópolis: Dioesc, 2012.

LAGIOTO, Nanci. Autonomia profissional X trabalho assalariado: exercício profissional do assistente social. **Conexão Geraes**, Minas Gerais, n. 3, p.37-42, jun. 2013. Semestral.

Manual de Orientação para Promoção da Doação Voluntária de Sangue. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MARINHO, Paloma Abelin Saldanha. Referencias e marcos legais para doação de sangue no Brasil e diretivas internacionais. In: **SAÚDE**. Ministério da.

MATOS, Maurílio Castro. Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro. **Interacções** (Coimbra), v. 01, p. 45-63, 2009.

MÉSZÁROS, I. **A Crise Estrutural do Capital**. Campinas/SP: Boitempo, 2011.

RICHARDSON, Roberto. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo:Atlas, 1999.

RODRIGUES, Rosane Suely May. **Projeto Escola**: educando para a captação

de doadores de sangue. 2012. 1 v. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SANTOS, Márcia Aparecida dos, BERNACHI, Solange Rodrigues de Almeida. O papel do Assistente Social na Saúde Pública no Município de Três Lagoas. 2012. Disponível: <<http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/75.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.

SILVA, Carla Andréia Alves da. O sentido da reflexão sobre autonomia no serviço social. 2003. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v6n2_carla.htm>. Acesso em: 17 nov. 2016.

SCHUCH, Noemia. **Educação em Saúde Para a Doação de Sangue: O impacto do Projeto Escola nas doações de sangue realizadas no Hemosc de Florianópolis.** 2006. 1 v. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, Rosemary Almeida de Oliveira. Contextualização da captação de doadores na hemoterapia brasileira. In: SAÚDE. Ministério da. **Manual de Orientação para Promoção da Doação Voluntária de Sangue.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. P. 7- 19.

TEIXEIRA. Carmen. Governo do Estado da Bahia. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde.** BAHIA. 2011. Disponível em: <www.saude.BA.Gov.br>. Acesso em: 09 abr. 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UBIALI, Eugênia Maria Amorim. O processo hemoterápico e as etapas do ciclo do sangue. In: SAÚDE. Ministério da. **Manual de Orientação para Promoção da Doação Voluntária de Sangue.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. P. 21-37.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional,** São Paulo, v. 1, n. 1, p.1-32, Não é um mês valido! 2001.