



**CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO CEARÁ
FACULDADE TEOLÓGICA RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA SALETE MENDES LIMA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AOS
PACIENTES TRANSPLANTADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO – HUWC/UFC: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS**

**FORTALEZA
2015**

MARIA SALETE MENDES LIMA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AOS
PACIENTES TRANSPLANTADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO – HUWC/UFC: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Serviço Social da Faculdade Teológica e Filosófica Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora:

Profa. Ms. Kelly Maria Gomes Menezes.

FORTALEZA
2015

MARIA SALETE MENDES LIMA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AOS
PACIENTES TRANSPLANTADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO – HUWC/UFC: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Teológica e Filosófica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Ms. (Orientadora) Kelly Maria Gomes Menezes.

Prof.^a Esp. Roberta Maria Albuquerque Sá.

Prof.^a Ms. Irinéia Raquel Vieira.

Dedico esta produção ao Senhor Jesus Cristo, à minha família e em especial ao José Emerson, e as minhas filhas que durante toda minha trajetória acadêmica estiveram torcendo e me incentivando a ir em busca deste sonho. Aos meus mestres e a minha orientadora: Kelly Gomes Menezes por quem tenho imensa gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Senhor Jesus a quem destino toda honra e toda glória pelo dom da vida.

Neste momento único de minha vida, não poderia deixar de expressar meus agradecimentos as pessoas que de forma especial contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

Agradeço aos meus amados pais: Rita Mendes e Antônio Pereira, aos meus irmãos (a) por acreditarem e torcerem por esta vitória tão sonhada. Em especial à minha querida irmã: Iraídes Mendes (*em memória*).

Agradeço as minhas filhas, meu porto seguro: Alinny e Arlete Lima pela compreensão, o afeto, o apoio e incentivo prestado, na difusa busca pelos meus ideais.

Ao José Emerson, meu querido esposo, pelo carinho, a compreensão e a dedicação nos momentos de desestímulo, pelo que me fez acreditar que eu era capaz e sobre tudo ter ânimo para prosseguir.

Aos amigos da faculdade com quem partilhei os desafios e as angústias na transformação de novos saberes. Em especial a Elisângela Santiago.

Agradeço a minha supervisora de estágio a assistente social: Gecilene Ferreira de Oliveira Coordenadora do Serviço Social no Frotinha de Messejana.

Agradeço a professora Kelly Maria Gomes, minha orientadora responsável pela construção deste trabalho, cujo tema escolhido por mim denotou um grande desafio, e ainda pelo seu admirável compromisso, a ética e a dedicação nesta trajetória.

Agradeço a professora Roberta Maria Albuquerque Sá. E a professora Irinéia Raquel Vieira, que aceitaram prontamente participar da banca examinadora desta monografia e que puderam contribuir com as suas observações para enriquecer ainda mais a pesquisa.

Agradeço enfim, a todos (a) que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“Não é por acaso que se faz a escolha por essa profissão: ninguém a procura para ter mais dinheiro, para ter mais status, para ter mais prestígio (...). É uma profissão especial, guiada por valores nobres e não utilitários, envolvida em uma mística que torna o seu exercício mais do que um emprego, um meio de realizar projetos pessoais e sociais”.

(Marilda Yamamoto)

RESUMO

Para compreender a atuação profissional do assistente social, inserido no âmbito da saúde junto aos pacientes transplantados, se faz necessário entender como se constitui o contexto histórico do Serviço Social como profissão no Brasil. Sua relação em busca de efetivação da Política de Transplante, tendo em vista as limitações postas pela fragmentação do sistema de saúde brasileiro, possibilitando analisar as suas ações profissionais no contexto do SUS. Assim, o presente trabalho teve por objetivo principal compreender a atuação do assistente social junto aos pacientes transplantados, por meio de relato da vivência dos assistentes sociais no Atendimento em Transplantes no Hospital Universitário Walter Cantídio em Fortaleza. Deste modo, identificamos as relações consolidadas por estes profissionais no atendimento de alta e média complexidade aos pacientes no processo de transplante. A pesquisa foi de abordagem qualitativa, descritiva analítica, tendo sido utilizadas como técnicas para a coleta de dados a observação e a entrevista semiestruturada, os instrumentos utilizados foram o roteiro da entrevista e o gravador de voz, o sujeito da pesquisa foi 01 (uma) assistente social da unidade de atendimento em transplantes. Assim, a partir da observação no campo de pesquisa e da fala da assistente social entrevistada possibilitou o desenvolvimento dos objetivos específicos que propôs investigar atuação do assistente social no processo de viabilização das políticas de transplantes de órgãos; verificar como se dá a atuação do assistente social junto à equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes no processo de transplante; e ainda descrever de que forma se efetiva a Política Nacional de Transplantes junto ao Hospital. Analisamos com base na Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão, nos Princípios, Diretrizes e nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde, dialogando com os autores: Yamamoto (2014), Vasconcelos (2012), Martinelli (2011), Bravo (2009), Evangelista et al (2006), Oliveira et al (2006), Garcia (2006), Netto (2001), que deram base teórica à pesquisa. Concluímos que o trabalho do assistente social na saúde junto aos pacientes transplantados possui ações fundamentadas pelo compromisso e a ética profissional, porém, estes profissionais enfrentam inúmeros desafios, tanto de caráter físico, humano e financeiro, quanto na efetivação da garantia de direitos sociais e de cidadania.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Transplante de Órgãos.

ABSTRACT

To understand the professional practice of social workers inserted in health together with transplant patients, it is necessary to understand how it is the historical context of social work as a profession in Brazil. Their relationship in search of effectiveness of transplantation policy, in view of the limitations posed by the fragmentation of the Brazilian health system, making it possible to analyze their professional practice in the SUS context. The present study was aimed at understanding the main role of the social worker at the transplant patients by means of reporting the experience of social workers in Unit Transplant Service at the University Hospital Walter Cantídio in Fortaleza. Thus, we identified the consolidated relations by these professionals in the high and medium complexity care to patients in the transplant process. The research was qualitative analytical descriptive approach, having been used as techniques for data collection observation and semi-structured interview, the instruments used were the interview script and the voice recorder, the subject of the survey was 01 (one) social worker care unit in transplants. So from observation in the search field and speech of the interviewed social worker has enabled the development of specific goals that proposed to investigate actions of the social worker in the process of enabling the organ transplant policies; see how occur the actions of the social worker with the multidisciplinary team in serving transplant patients; and also describe how effective is the National Policy transplants at the hospital. We analyzed based on Law 8,662 / 93 Profession Regulatory, principles, guidelines and parameters for Role of Social Work in Health, discussing authors: Iamamoto (2014), Vasconcelos (2012), Martinelli (2011), Bravo (2009), Evangelista et al (2006), Oliveira et al (2006), Garcia (2006), Netto (2001), which gave theoretical basis for research. We conclude that the work of social workers in health together with transplant patients have shares founded by the commitment and professional ethics, however, these professionals face many challenges, both physical, human and financial, as in the effectiveness of social rights guarantee and citizenship.

Keywords: Social Service. Health. Organ Transplantation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

BH - Belo Horizonte

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEAS/SP - Centro de Estudos e Ação Social - São Paulo

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEPHRECE- Centro de Pesquisa em Doenças Hepato-Renais do Ceará

CBAS - Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais

CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social

CF - Constituição Federal

CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNCDOs - Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos

CRAS - Conselhos Regionais de Assistentes Sociais

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DF - Distrito Federal

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FUNRURAL - Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural

HCM - Hospital do Coração de Messejana

HGF - Hospital Geral de Fortaleza

HUWC - Hospital Universitário Walter Cantídio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPASE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MEC - Ministério da Educação

MEAC - Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MS - Ministério da Saúde

OPOs - Organizações de Procura de Órgãos

ONGs - Organizações Não-Governamentais

PNT - Política Nacional de Transplantes

RBTO - Registro Brasileiro de Transplantes de Órgãos

REFORSUS - Projeto de Reforço à Reorganização do SUS

RESMULTI - Residência Multiprofissional de Assistência em Transplantes

RGCT - Registro Geral da Central de Transplantes

SNT - Sistema Nacional de Transplantes

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFC - Universidade Federal do Ceará

UECE - Universidade Estadual do Ceará

UTIs - Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO NO BRASIL.....	20
2.1 Fundamentação histórica do Serviço Social	20
2.2 A reconceituação e renovação do Serviço Social brasileiro	25
2.3 Os códigos de ética do assistente social.....	29
3 OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	35
3.1 Breve resgate histórico sobre a saúde brasileira	35
3.2 A atuação do assistente social na saúde.....	40
3.3 A Política Nacional de Transplantes de órgãos	44
3.3.1 A regulamentação e a legislação brasileira de transplantes	47
3.4 O paciente no processo de transplante	49
4 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	52
4.1 Interesse pela temática	52
4.2 As estratégias metodológicas	53
4.3 Apresentação do campo de pesquisa	55
4.4 A atuação do assistente social no HUWC – Setor de transplantes	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES.....	71

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o índice de transplantes realizados nos últimos anos vem crescendo consideravelmente, sendo o segundo país do mundo em números absolutos de transplantes hepáticos. Em ranking divulgado pela ABTO, com dados relativos a 2013, o Brasil realizou 1.723 transplantes de fígado, a frente de países como a França, a Espanha, a Alemanha, o Reino Unido e o Canadá.

O Ministério da Saúde (MS) afirma que, em 2011, cerca de 30 mil transplantes foram realizados – dez doadores por um milhão de pessoas, valor estatisticamente alcançado pela primeira vez, se comparado ao ano de 2001, o valor obtido foi cerca de 10.428 transplantes realizados. Uma década após, houve um aumento de 124%. Outro dado importante informado (MS, 2015) é que o Brasil é considerado o país que possui o maior sistema público de saúde do mundo e está entre os países que mais realizam transplantes de órgãos e tecido, realizando 95% desses procedimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001, que determinou como forma de manifestação à doação de órgão o consentimento informado do desejo de doar, ou seja, o sujeito teria que informar em vida aos familiares, o seu desejo em doar seus órgãos, tecidos ou partes do corpo. Para a efetivação da doação depende da autorização da família para a retirada de órgãos e tecidos de pessoas falecidas (BRASIL, 2006).

Segundo pesquisa realizada em agosto de 2010, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no primeiro semestre deste ano o país registrou 2.367 transplantes de órgãos de doadores falecidos, 14,11% a mais que em 2009. Nesse primeiro semestre houve também aumento da quantidade de transplantes de quase todos os órgãos, foram 1.486 rins e 663 fígados transplantados, aumentos respectivos de 21% e 36% comparado com o mesmo período do ano passado. Já os transplantes de coração caíram de 100 casos na primeira metade de 2009 para 99 no mesmo período (REVISTA DESAFIOS DO DESENVOLVIMENTO, 2010).

No Ceará, segundo estudo realizado no ano de 1996 a 2006, foi constatado que 81% dos receptores eram do sexo masculino e apenas 19% do sexo feminino. (IPEA, 2011). Em relação ao transplante de pâncreas, a pesquisa mostrou que 50% dos receptores eram homens e 50% mulheres, ou seja, numa proporção igual. Nas regiões Norte (47%) e Nordeste (20%), houve um crescimento com relação ao número de transplantes realizados no ano anterior. O resultado confirma o esforço que vem sendo realizado, desde 2011, para descentralizar a política e aumentar o volume de transplantes fora do eixo Sul e Sudeste.

Na Capital cearense, existem apenas três hospitais especializados em transplantes de órgãos: Hospital do Coração de Messejana (HCM) Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - (coração e pulmão); Hospital Geral de Fortaleza (HGF) – (rins e córneas); e Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) - (rins, fígado, pâncreas, córneas.). Tendo assim, uma grande demanda de pacientes que necessitam desse procedimento médico-hospitalar, vindo de outros estados e região (HUWC/UFC, 2015).

O HUWC é considerado referência em transplantes chegando a ultrapassar, pela primeira vez, o Hospital Albert Einstein de São Paulo, (HUWC/UFC/2015), tido como um dos mais importantes do país, o qual registrou cerca de 30 transplantes hepáticos de janeiro a março de 2013. Embora o Hospital Walter Cantídio já liderasse esse ranking no Norte-Nordeste, agora assume a liderança nacional, ultrapassando até as instituições privadas. No entanto, com todo esse avanço na Política Nacional de Transplantes no Brasil, ainda assim, existem diversos fatores que dificultam a vida daqueles que necessitam da doação de um órgão para a realização de transplante.

Apesar de o Sistema Nacional de Transplante (SNT) apresentar problemas coincidentes como todas as outras áreas da saúde pública brasileira, o mesmo é referência na saúde pública mundial. Ainda assim, o estado cearense é motivo de orgulho pelo alto desempenho do Hospital Universitário Walter Cantídio. Centro de referência quando se trata de transplantes. A taxa de mortalidade dos pacientes que estão na fila de espera caiu de 47,79% em 2010 para 11,84%, em 2013. O índice de sobrevivência dos pacientes transplantados foi de 84,3% em 2013. (HUWC/UFC, 2015).

De acordo com o (HUWC/UFC, 2015), o Ceará e o HUWC são destaque pelo grande número de transplantes de órgãos realizados em 2012. Sendo que desde 2011, o HUWC havia se tornado o maior serviço desse procedimento médico cirúrgico no Brasil. No total realizou 234 de fígado em 2012, com mais os 124 de fígado do ano anterior, 107 de rins e 3 de pâncreas. Mantendo-se como o maior centro de transplantes do Norte- Nordeste. Local em que foi realizada a pesquisa, o qual é destaque nacional na realização de transplantes de fígado no Ceará.

Segundo Rodrigues e Junior (2010), o Sistema Nacional de Transplantes é uma realidade atual em mais de 20 estados do país através das Centrais Estaduais de Transplantes. Fica evidente o desempenho do estado brasileiro nessa função de destaque que o coloca em segundo país em número absoluto de transplantes renais no mundo, ficando apenas atrás dos Estados Unidos. É competência do SNT, coordenar e fiscalizar em todo território nacional as

atividades e os critérios para fins de transplantes e pela organização da fila de espera dos pacientes que aguardam por um transplante.

O MS confirma que o Brasil reduziu a quantidade de pessoas que aguardam por um transplante de órgão nos últimos cinco anos. Conforme os dados do primeiro semestre de 2014, 37.736 pessoas estão na fila de espera, contra 64.774 em 2008 – o que representa uma queda de 41,7%. Essa redução está associada ao aumento de doadores efetivos no país, que teve um aumento de 1.350, em 2008, para 2.562, em 2013, representando um crescimento de 89,7%, no mesmo período. Também houve crescimento do índice de doador por milhão de habitantes, passando de 5,8 para 13,4, representando um aumento de 131%. (ABTO, 2015).

Esse avanço também se dá pela quantidade de equipes especializadas e das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), que impulsionaram o crescimento nessa região. No início de 2011, 16 novos centros e 11 novas equipes passaram a funcionar no Norte e Nordeste do país, para ampliar e diversificar a realização do procedimento nessas regiões. Para o IPEA (2013), os Estados que mais se destacaram em aumento percentual foram Bahia (59%), Pará (56%), Pernambuco (55%), Maranhão (44%) e Amazonas (35%). O Brasil realizou 23.999 transplantes em 2012, o maior número das últimas décadas, quando foram registrados 12.722 procedimentos realizados. (Portal Saúde, 2015)

De acordo a ABTO (2015), com o aumento crescente do número de pacientes transplantados tem se tornado de fundamental importância a formação de equipes multiprofissionais nos hospitais de atendimento em transplantes, os profissionais que constituem a equipe de saúde são: psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas dentre outros. Que juntos efetivam um atendimento qualificado na preparação de doadores, receptores e também orientar a família. Ainda que esta seja considerada uma área de atuação ainda restritiva, mas, no entanto, vem gerando grandes expectativas de oportunidades de atuação para os profissionais assistentes sociais.

Segundo HUWC/UFC (2013), o HUWC realizou em 2012, cerca de 107 transplantes renais e 3 transplantes combinados de pâncreas-rins. Em 2013, realizou 130 transplantes de fígado. Atualmente, é líder em realizar transplantes na América Latina. Salienta ainda que mesmo com todo esse avanço na Política de Transplantes no Brasil, ainda assim, existem diversos fatores que influenciam para que haja dificuldades na realização dos transplantes no país.

Apesar do aumento de pessoas transplantadas, segundo Garcia (2006), ainda assim, há um aumento crescente nas filas de espera por um órgão muitos para transplante e muitos são os que morrem à espera de uma única oportunidade de sobrevivência, em torno de 10% a

30%. Assim, o transplante se configura em um acirrado extremo entre a demanda para o transplante e a disponibilidade de órgãos para a realização do procedimento.

O MS divulgou pelo Portal Brasil (2013), que desde 2011, 2.044 profissionais do SUS de todo o país já foram qualificados para a realização de transplantes ou captação de órgãos. Os cursos são ministrados para médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, entre outros, em todos os estados do país. Os profissionais são indicados pelo SNT. A abordagem familiar, de atuação do profissional de Serviço Social está entre uma das modalidades oferecidas pelo curso.

Segundo a pesquisa realizada pelo IPEA (2011), o perfil dos receptores por sexo, raça ou cor, demonstra desigualdade no recebimento dos órgãos, o que não deveria ocorrer, já que o acesso à saúde é um direito universal. Mulheres e negros têm menos acesso a transplantes de órgãos no Brasil, a cada quatro receptores de transplante de coração no Brasil, três são homens, e 56% dos transplantados têm a cor de pele branca.

Do mesmo modo acontecem nos transplantes de fígado, oito deles são destinados às pessoas brancas. O mesmo ocorre com os transplantes de pâncreas, pulmão e rim. A pesquisa aponta ainda para a existência de preconceitos, medos, desinformação, biologia humana, o subfinanciamento da saúde, o racismo, esses são vieses desfavoráveis às mulheres e diversos tipos de disparidades que contribuem para as desigualdades nos transplantes de órgãos. Dados analisados de 1995 a 2004, fornecidos pelo ABTO (2010).

Equidade, justiça social e respeito pelo outro são algumas das bases dos princípios do Código de Ética Profissional do assistente social, que direcionam o trabalho desse profissional, Barroco (2012) visando assegurar o acesso dos usuários aos bens e serviços referentes aos projetos, programas e políticas sociais, como uma ferramenta para possibilitar as necessidades imediatas desses usuários, enraizando assim, a construção de uma sociedade onde os sujeitos possam produzir bens suficientes para suprir suas necessidades.

A atuação do assistente social na humanização e acolhimento tanto a pacientes transplantados como a seus familiares, mostra-se de grande relevância nesse processo de atenção à saúde, já que a mesma vai além da área biológica, sendo um processo amplo que necessita ser intensificado. Assim, nesse processo de intervenção, o assistente social visa garantir o atendimento às demandas sociais no setor de transplantes de órgãos, onde a prática do cuidado possa ser humanizada de forma integralizada (OLIVEIRA et al, 2006).

Assim, a pergunta de partida que se faz nesta pesquisa é: Como se dá a atuação do assistente social junto aos pacientes transplantados no Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC/UFC?

A pesquisa teve como objetivo geral: compreender a atuação do assistente social junto aos pacientes no processo de transplantes no Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza – Ceará. E os objetivos específicos: investigar a atuação do assistente social no processo de viabilização da Política de Transplantes de Órgãos; verificar como se dá a atuação do assistente social junto à equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes no processo de transplante; e ainda descrever de que forma se efetiva a Política Nacional de Transplantes (PNT) junto ao Hospital Universitário Walter Cantídio.

Nesse sentido, emergiram três categorias a seguir: A atuação profissional do assistente social na saúde; O paciente no processo de transplante; A Política Nacional de Transplantes de Órgãos.

Indiscutivelmente uma condição que gera grandes expectativas, uma nova chance que ressurge ao paciente e também à família que, direta e/ou indiretamente, participa de todo o processo, momento de fragilidade, pois é uma questão que envolve indivíduos à espera da doação de um órgão para a realização de transplantes, são pessoas que dependem da solidariedade de outras para manterem uma qualidade de vida. Ou seja, o momento de recebimento de um novo órgão, representa uma esperança de vida para o paciente e também para a família que vive o dia a dia com o paciente.

A importância do tema da pesquisa para a academia surgiu não apenas como um requisito para fazer jus a uma titulação acadêmica, mas compreende um universo de reflexões acerca da formação profissional, da prática cotidiana nos desafios no processo de descortinar a realidade, dentro de uma visão lógica possibilitando influenciar na conscientização e transformação dos sujeitos, através da informação de todo o processo de transplantes de órgãos.

O Presente estudo efetivou-se por meio da pesquisa de natureza qualitativa, já que esta responde a questões muito particulares, segundo Minayo (2010), se ocupa nas Ciências Sociais com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, das crenças, e também dos valores e das atitudes. Dando assim, significação a um campo mais aprofundado das analogias, dos fenômenos que não podem ser limitados a equações e estatísticas.

Na visão de Diehl (2004), a pesquisa qualitativa descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos.

A metodologia, segundo Minayo (2010), é o caminho do pensamento e da prática exercida no cotidiano da realidade. Ela abrange a teoria da abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a capacidade criadora do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). Nesse sentido, a metodologia ocupa um lugar essencial no interior das teorias e ainda está referida a elas.

A ciência tem como objetivo principal aproximar-se da verdade dos fatos. Nesse sentido não se diferencia das demais naturezas de conhecimento. O que torna o conhecimento científico diferente de outros conhecimentos é o seu fundamental distintivo: a investigação dos fatos. Segundo Gil (2009), define método como sendo o caminho para se chegar a certo fim; e método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos seguidos para se atingir às informações concretas.

A pesquisa é descritiva e analítica. Essa busca realizar a descrição das distinções de determinada população ou fenômeno ou a concretização de relações entre variáveis. A presente análise teve um amplo percurso de investigação que ultrapassou o conhecimento empírico.

Iniciamos com a pesquisa bibliográfica através da coleta de literatura específica que deu fundamentação teórica à pesquisa. Segundo Gil (2009), delinea como sendo a principal vantagem o fato de consentir ao investigador modificável fenômeno mais amplo que aquela que poderia pesquisar absolutamente.

Para tanto, alguns dos autores que deram suporte as categorias teóricas da pesquisa como: Iamamoto (2014), Vasconcelos (2012), Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), Evangelista et al (2010), Bravo (2009), Alencar (2006), Oliveira et al (2006), Garcia (2006), entre outros que nortearam o estudo.

Utilizamos também a pesquisa documental, a partir de documentos e relatos sobre transplantes nos arquivos eletrônicos no site do HUW/UFC. Este tipo de análise visa colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi gravado ou publicado impresso em meios eletrônicos tais como: conferências, debates, entrevistas. Nesse tipo de pesquisa, a fonte das informações estará sempre em forma de documentos registrados, estejam impressos ou postos em meios eletrônicos. De forma geral, toda a base de material disponibilizada de dados escritos é chamada de documento. (MARCONI; LAKATOS, 2002).

E ainda utilizamos o estudo de campo. Gil (2009), no estudo de campo o destaque poderá estar na análise da estrutura do poder local ou das formas de associação verificadas entre seus componentes. O campo da pesquisa foi o Hospital Universitário Walter Cantídio/HUWC/UFC, em Fortaleza - Ceará. Dessa forma, a escolha do sujeito interlocutor da análise

do presente estudo foi a assistente social integrante da equipe do Serviço Social na Unidade de Atendimento em Transplantes no HUWC.

A opção pela escolha do campo para a realização da pesquisa nesta instituição de saúde, que pretendeu analisar a atuação do assistente social no atendimento aos pacientes no processo de transplante de órgãos, no HUWC, teve uma repercussão, por ser esta referência em transplantes entre os Centros Transplantadores público e por ser o primeiro hospital do Norte-Nordeste a assumir a liderança nacional em realização de transplantes, ultrapassando inclusive as instituições privadas.

Durante as visitas ao campo de pesquisa, utilizou-se a observação não-participativa como uma das técnicas para a coleta de dados da pesquisa, a mesma constituiu elementos fundamentais para a pesquisa, direcionada para a atuação profissional dos assistentes sociais. Segundo Minayo (2010), a observação nada mais é que a utilização dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos imprescindíveis para o cotidiano, podendo ser utilizada como procedimento científico.

Para Gil (2009), os estudos observacionais são quando os sujeitos da amostra não foram indicados aos grupos por método aleatório, mas já estavam coordenados nos referentes grupos, no início da pesquisa (não é experimento).

A entrevista semiestruturada foi outra técnica de coleta de dados utilizada. Essa oferece maior flexibilidade, onde o entrevistador pode explicar sobre as perguntas e adaptar-se ao entrevistado e às circunstâncias em que ocorre a entrevista. Para Gil (2009), a entrevista é uma forma de interação social. Mas, especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, onde uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de conhecimento.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: o gravador de voz, utilizado a partir da permissão da entrevistada, com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca da problemática da pesquisa, para a qual buscamos resposta. E o roteiro da entrevista (APÊNDICE A), encontra-se dividido em quatro etapas: identificação pessoal e profissional da assistente social; dados específicos sobre a atuação do profissional na saúde/no processo de transplante; as competências do assistente social na equipe multiprofissional; e a efetivação da Política Nacional de Transplante no HUWC.

O sujeito interlocutor da pesquisa foi uma das assistentes sociais inseridas na Unidade de Atendimento em Transplantes. Já com o vínculo estabelecido com as profissionais no campo de pesquisa, foi realizado o convite para que participasse da entrevista a partir do seu consentimento verbal e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), cuja leitura fizemos juntas com a finalidade de informar os dados da

pesquisa, onde foram previamente esclarecidos sobre a garantia da ética profissional e do sigilo quanto a sua identificação pessoal e/ou profissional também foi esclarecido sobre os objetivos da pesquisa.

Diante dos dados com relação ao tema em estudo, são poucas as pesquisas referentes à atuação profissional do assistente social relacionada ao transplante de órgãos. Mas, no entanto, há uma grande expectativa de interesse pela temática. Importa destacar o trabalho do assistente social na política de transplantes no Brasil, no Ceará e porque não dizer no HUWC, considerado ainda, restrito nessa área, porém com uma perspectiva de mudanças nesse cenário, já que o campo de trabalho em atendimento em transplantes vem ampliando-se notavelmente em todo país.

O presente trabalho encontra-se estruturado na seguinte configuração: no primeiro capítulo: O Serviço Social como profissão no Brasil e encontra-se dividido em três subitens, trazendo aspectos como: a fundamentação histórica do Serviço Social; a Reconceituação e a Renovação do Serviço Social brasileiro; e os Códigos de Ética do Serviço Social.

No segundo capítulo: Os desafios e as possibilidades da atuação do assistente social na saúde. Onde fazemos uma abordagem a três categorias teóricas centrais da pesquisa: a atuação profissional do assistente social na saúde; a Política Nacional de Transplantes (PNT); o paciente no processo de transplante.

No terceiro capítulo trazemos um enfoque quanto a construção metodológica da pesquisa, que se encontra dividido em quatro subitens: o interesse pela temática; as estratégias metodológicas; a apresentação do campo de pesquisa; a atuação do assistente social no transplante no HUWC.

Por fim, as considerações finais, onde trazemos algumas exposições quanto à atuação do assistente social na saúde suas ações na equipe multiprofissional de atendimento aos pacientes no processo de transplante, onde sua intervenção tem se ampliado e se consolidado no conjunto de variáveis que determinam o adoecimento da população usuária, mesmo diante dos desafios provocados pela precarização nos serviços público como: problemas de estrutura física, recursos materiais, financeiros, e humanos, comprometendo o atendimento de qualidade. Ainda assim, as ações desempenhadas pelas profissionais estão orientadas com base nos princípios do Código de Ética Profissional (1993) do assistente social, na Lei 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão e nas Resoluções da ABEPSS de 1996.

Ressaltando que a Política Nacional de Transplantes está interligada com as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990, que regulamenta a política do SUS.

2 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO NO BRASIL

Neste primeiro capítulo trazemos o título: O Serviço Social como profissão no Brasil. Está composto de três subitens, em que apresentamos: a fundamentação histórica do Serviço Social; a reconceituação e a renovação do Serviço Social brasileiro; os códigos de ética profissional do assistente social, desde o primeiro em 1947, a última versão do Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993).

2.1 Fundamentação histórica do Serviço Social

O profissional de Serviço Social realiza um trabalho essencialmente de ações: socioassistenciais, socioeducativas, ações interdisciplinares e está qualificado para atuar nas diversas áreas ligadas à condução das políticas públicas e privadas, tais como: planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, mobilização, participação e controle social, investigação, pesquisa e assessoria, qualificação e formação social. (CFESS, 2009)

Os Profissionais assistentes sociais se inserem nas mais diversas áreas: (no setor público) - primeiro setor, em âmbito nacional, estadual e municipal: saúde, assistência social, previdência, educação, habitação, dentre outras. Podendo atuar ainda nas áreas da criança e adolescente, idoso, pessoas com deficiência e outras.

Nas Organizações Privadas – segundo setor, onde o assistente social pode atuar na área de recursos humanos, no gerenciamento, planejamento estratégico, relações interpessoais, qualidade de vida do trabalhador, treinamentos organizacionais, elaboração ou implementação de projetos, programas de prevenção de riscos sociais e outros.

Nas Organizações Não-Governamentais – terceiro setor (ONGs), campo em que o profissional assistente social atua diretamente com a sociedade civil organizada e movimentos populares nas áreas de administração e planejamento de projetos sociais, defesa de direitos humanos, convênios de cooperação técnico-financeira, captação de recursos e muitos outros. Assim, Iamamoto (2014, p.58) esclarece que:

[...] O assistente social é o profissional que trabalha com políticas sociais, de corte público ou privado e não resta dúvida ser essa uma determinação fundamental na constituição da profissão, impensável mais além da interferência do Estado nesse campo. Entretanto as políticas sociais públicas são uma das respostas privilegiadas à questão social, ao lado de outras formas, acionadas para o seu enfrentamento por distintos segmentos da sociedade civil, que têm programas de atenção à pobreza, como as corporações empresariais, as organizações não governamentais, além de outras formas de organização das próprias classes subalternas para fazer frente aos níveis crescentes de exclusão social a que se encontram submetidas.

Assim, o assistente social atua junto às expressões da Questão Social, reivindicando ou propondo políticas sociais públicas que possam responder pelo acesso dos segmentos de populações aos serviços e benefícios constituídos e conquistados socialmente, principalmente da área de seguridade social. Iamamoto (2014, p. 27) define a Questão Social como:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Nesse sentido, o Serviço Social, de acordo com o CFESS (2012), é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se prevalece de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas demandas da Questão Social. Ou seja, é no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho.

O Serviço Social, segundo Martinelli (2011), surge no continente europeu, em Londres em 1869, sob os impactos da Revolução Industrial, a fim de proteger o capital e atender a grande problemática que ocasionava à classe trabalhadora, marcada por uma explosão generalizada de miséria, fome, pobreza, condições precárias de saúde, dentre outros problemas sociais da época, conhecido como: “expressões da Questão Social”, na contextualização da marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes: alienação, contradição, antagonismo.

Nesse mesmo período, foi fundada a Sociedade de Organização da Caridade, sendo esta a alusão da junção entre a Burguesia, a Igreja e o Estado, com esta sociedade, pretendia-se o alargamento da assistência aos mais desfavorecidos, inicialmente praticada por mulheres da alta burguesia e assim, surgiam as “primeiras assistentes sociais”, como agentes executoras responsáveis pela racionalização e pela normatização da prática da assistência social e da prestação de serviços com base na caridade cristã e na justiça social, que se perdurou até o século XIX.

No continente Latino Americano, no Chile nos anos de 1920, o Serviço Social surgiu denominado “*social work*”, sob a influência das ideias da Europa, segundo Manrique (2011), na contextualização de uma rigorosa crise institucional e de contínuos protestos período de grandes mudanças na sociedade chilena, orientada à reorganização da base produtiva no país e à alteração das relações entre as classes sociais, fundamentado na disciplina da classe operária no conjunto da ideologia doutrinária e moralista das organizações religiosas da alta burguesia,

do Estado burguês, e em especial da Igreja Católica, em sua prática assistencialista, fundamentada na filantropia da caridade, a fim de proteger o capital e atender a grande problemática que afligia a família operária.

Em 1925, ainda segundo Manrique (2011), é fundada a primeira escola católica de Serviço Social no Chile, a Escola Elvira Matte de Cruchaga, fundada por Alejandro Del Río, registrada no contexto dos interesses plenos da Igreja Católica, a qual se colocava à frente do conjunto de movimento intelectual para recuperar o seu papel de condutora moral da sociedade, sob a direção do Estado burguês e da Igreja Católica, influenciada por antecedentes históricos, com uma base material e um mercado de trabalho que direcionavam a profissão para os problemas da saúde e/ou da higiene pública.

No Brasil o Serviço Social se insere durante a vigência do capitalismo monopolista na década de 1930, período em que o Estado liberal burguês passa a intervir através de políticas sociais, sobre as sequelas da Questão Social. Segundo Martinelli (2011), tal política passou por alteração substancial em sua estrutura interna, tornando-se ainda mais rigorosa e controladora em relação aos movimentos dos trabalhadores, onde se colocava em pauta uma nova direção em função de interesses político, social e econômico nacional. E em 1932, sob a organização da Igreja Católica foi criado em São Paulo, o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS) no sentido de qualificar os agentes sociais para realizar as práticas assistenciais desenvolvidas ao longo dos anos de 1930 e 1940.

Em 1936, é fundada em São Paulo a primeira Escola de Serviço Social e em 1937, a escola do Rio de Janeiro, de acordo com Manrique (2011), inspiradas pelos pensamentos doutrinários da Igreja Católica e pela Ação Social dos poderes dominantes da época (Burguesia, Igreja Católica e o Estado), tendo como referencial o Serviço Social europeu, com abordagem de intervenção nas ações educativas de cunho moralista, destacando a ação ideológica de ajustamento às relações sociais vigentes, baseado na matriz positivista do Tomismo e Neotomismo, formadora de um perfil ideológico e doutrinário nos Centros de Formação Superior de Serviço Social orientado pelas Encíclicas “Rerum Novarum”, no final do século XIX, que consiste na divisão proposta entre o socialismo e a Igreja, permitindo assim, novas formas de exploração da força de trabalho assalariado e da acumulação do capital. Assim institui-se uma nova etapa na prática do assistente social. Nessa perspectiva o autor afirma que:

A encíclica salienta as formas de exploração da força de trabalho assalariada, que permite a acumulação capitalista. E se é certo que critica a insensibilidade “homens riquíssimos e opulentos”, ela tem, igualmente, o objetivo de enfrentar as propostas

sociais (que, à época, ganhavam numerosos adeptos nas fileiras do movimento operário), defendendo a propriedade privada, pilar fundamental das relações de produção capitalistas: Para remediar estes males, os ‘socialistas’, depois de estimular entre os pobres o ódio aos ricos, pretendem liquidar com a propriedade privada, substituindo-a pela coletiva, em que os bens de cada um sejam comuns a todos, respondendo por sua conservação e distribuição os que dirigem o município ou têm em mãos o governo geral do Estado. (MANRIQUE, 2011, p. 52- 53).

As diferenças com o socialismo ocorriam para resguardar a propriedade privada, assim, como essa propriedade é um direito natural outorgado e reconhecido pela posição divina, a organização do Estado e da sociedade civil está refreada à vontade de Deus, e enquanto os socialistas lutam contra o Estado, esses operam “contra a justiça natural”, e assim, a Igreja se coloca no combate aos socialistas, porque estes importunam contra a ordem natural e, em particular, contra o supremo direito da propriedade privada, o que recomenda a Igreja na *Rerum Novarum*, que os ricos (proprietários capitalistas) tinham os deveres de justiça e de caridade, que fizessem uso de ações humanizadoras para com os pobres – os operários e que não os superexplorassem e não os tratassem como escravos. (MANRIQUE, 2011).

A profissionalização do Serviço Social está essencialmente relacionada à conjuntura vivenciada pela contextualização da Questão Social, cujas distintas expressões são artefatos de intervenção do assistente social no âmbito do desenvolvimento das relações de produção capitalistas. Inicialmente era uma profissão que se valia da filantropia, realizada apenas por mulheres da alta sociedade burguesa, as “Damas da Caridade”, em meio aos interesses da Burguesia, na figura do Estado, e a ética reificada que lhe sustentava com o princípio de classe dominante, atribuindo-lhe poder político e ideológico, em termos de autoridade e de coerção e o avanço das formas de organizações populares – em particular da classe operária. Nesta ótica foram ajustadas novas exigências sociais. À luz dessa perspectiva, Iamamoto (2014, p. 23) diz que:

[...] aceita-se, como senso comum, que a profissionalização do Serviço Social surge de uma tecnificação da filantropia. Inclusive é esta a tônica do discurso da maioria dos pioneiros e da literatura especializada – mesmo na época do movimento de reconceitualização –, que sustenta que o Serviço Social se torna profissão ao se atribuir uma base técnico-científica às atividades de ajuda, à filantropia. Essa é uma visão de dentro e por dentro das fronteiras do Serviço Social, como se ele fosse fruto de uma evolução interna e autônoma das formas de proteção e de apoio social. Todavia, a constituição e institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade depende, ao contrário, de uma progressiva ação do Estado na regulação da vida social, quando passa a administrar e gerir o conflito de classe, o que pressupõe, na sociedade brasileira, a relação capital/trabalho constituída por meio do processo de industrialização e urbanização.

As condições simbólicas que definem o seu surgimento como fenômeno histórico, social e como atividade profissional, e como se produziram suas primeiras ações, marcaram o Serviço Social como uma criação característica do capitalismo, por ele produzida, desenvolvida e posta a seu serviço, como uma importante estratégia de controle social, junto a outras ilusões por ele criadas, para garantir-lhe a efetividade e a permanência histórica. (MARTINELLI, 2011).

O Serviço Social considerado “conservador” possuía características centralizadas no assistencialismo, paternalista preocupado com o ajustamento da família operária às questões decorrentes da situação social da época. No entanto, nos anos de 1949 a 1967, aconteceram precisas mudanças com relação à prática empírica e à atuação científica, que fizeram das ações do Serviço Social o tema principal dos debates. Mudanças essas que caracterizaram uma sucessão de eventos que marcam o caráter dialético do Serviço Social no Brasil: (o I Congresso Brasileiro de Serviço Social, o Seminário de Araxá, entre outros. Surgindo assim, um leque temático, primordial para compreensão das características sócio-histórica, ético-política, e teórico-metodológica que marcaram a gênese da profissão).

Na década de 1950, surgem novos campos para o Serviço Social, com o aparecimento das grandes indústrias, e o fluxo das instituições assistenciais, que demandam maior sistemática técnica e teórica de suas funções. A categoria profissional sob forte influência norte-americana, evidenciada através da psicologização, atua acolhendo aos sujeitos considerados “desajustados psicossociais”, os mesmos deveriam ser “ajustados” ao sistema vigente, além de atuar no Desenvolvimento de Comunidade, com a educação para adultos, afirmando, assim, a expansão da profissão aliada a ideologia ideopolítica desenvolvimentista.

A profissão manteve um viés conservador, com relação ao controle da classe trabalhadora. Nas lutas contra a ditadura e por melhoria nas condições de vida da classe trabalhadora, no final de 1970 e durante os anos 1980. Quando o Serviço Social vivenciou novas influências e a partir de então, a profissão vem negando as práticas conservadoras e afirmação de um projeto profissional comprometido com a democracia e com o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos. Prevendo uma visão inovadora. Nesse contexto, Iamamoto (2014, p. 27) refere que:

[...] o Serviço Social é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social uma manifestação de seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social. Esse rumo da análise recusa visões unilaterais, que apreendem dimensões isoladas da realidade, sejam elas de cunho economicista, politicista ou culturalista. A preocupação é afirmar a óptica da totalidade na apreensão

da dinâmica da vida social, identificando como o Serviço Social se relaciona com as várias dimensões da vida social.

Netto (2001), afirma que o desenvolver do Serviço Social como instituição no Brasil mantém uma vinculação clara com o desenvolvimento das relações capitalistas na nossa formação social e caracteriza a criação e a consolidação de um mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais na hierarquia ainda que a “questão social” torne-se objeto da intervenção macroscópica, ordenada e astuta do Estado burguês vinculada ao grande capital. Processo que se deu por meio de princípio de mediação que reprimiu no âmbito do Serviço Social as distinções do ciclo autocrático burguês, aspectos que moldaram as possibilidades da renovação profissional com a adesão ou a oposição ao seu projeto, todavia mediante uma associação de compreensão teóricas e ideológicas que atribui individualidades à adesão e à oposição profissionais à modernização conservadora.

2.2 A reconceituação e renovação do Serviço Social brasileiro

A reconceituação do Serviço Social latino-americano teve início em 1965 e se estendeu até 1975, trazendo reflexos para o Serviço Social brasileiro, no intento de romper com as práticas conservadoras tradicionais da profissão e direcionar o Serviço Social ao desenvolvimento teórico, à dimensão crítica e política.

O Movimento de Reconceituação é sensibilizado pelos desafios da prática social, que se constituiu em um esforço para o desenvolvimento da proposta de ação profissional harmônica com as especificidades do contexto latino-americano, ao mesmo tempo em que se configurou com um processo amplo de questionamento e reflexões críticas da profissão Sua significativa resposta se consubstancia na mais ampla revisão já ocorrida no percurso da profissão, exibindo a longa insatisfação dos profissionais que se conscientizavam da exploração, opressão e dominação, e de suas limitações teóricas e instrumentais como político-ideológicas e assim, aspiravam constituir uma perspectiva de mudança Social.

Nesse sentido, o Movimento de Reconceituação teve uma representação significativa para o Serviço Social brasileiro, fruto de sua luta pela desvinculação com o conservadorismo e com as técnicas importadas do Serviço Social Norte-Americano, que veio à tona a partir da necessidade de adequar as práticas profissionais do assistente social à realidade atual do país e a ruptura com as práticas conservadoras do Serviço Social tradicional, constituindo novos métodos e técnicas para uma ação com identidade própria, adequada à realidade brasileira.

O Brasil exerceu junto com a Argentina, o Chile e Uruguai, um papel de destaque na articulação das inquietudes profissionais, foi motivado pelas pressões sociais e mobilizações dos setores populares, historicamente marcada pela intransigência das desigualdades de classes e das questões sociais, em face do acúmulo do capitalismo, as circunstâncias da sociedade brasileira neste período de política social remetem ao Serviço Social a assumir uma prática com tendências modernizadoras, visando ações profissionais modernas.

Diante dessa mudança na prática do Serviço Social foi marcado do Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil a partir da segunda metade da década de 1970, recusando às profundas desigualdades sociais a opressão e a exploração da grande maioria da população pelas oligarquias, latifundiárias e a burguesia nacional, tal Movimento também é marcado pela perspectiva de ruptura com o Serviço Social tradicional, implicando a não neutralidade das ações profissionais e possibilitando o estabelecimento de vínculo orgânico dos profissionais com as classes populares, em uma expectativa de transformação social.

A Reconceituação no Brasil se fortaleceu a partir do princípio da perda de legitimidade da ditadura e, em 1974, em que começaram a serem criadas as condições para o desenvolvimento (ou a retomada) do pensamento crítico no Serviço Social. Com o I Seminário Regional Latino-Americano de Serviço Social, realizado no ano de 1965, em Porto Alegre, sob o comando do governo populista de João Goulart, vivenciamos políticas desenvolvimentistas, propondo as reformas de base, num contexto de crise e de efervescência dos movimentos sociais e sindicais, que culminou com o golpe de Estado de 1964, causando insatisfação, originando um movimento na esfera nacional e internacional.

Período esse, em que os agentes sociais assumiram como um momento questionador da ordem dominante, instituído por Netto (2001) como: Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Nesse contexto, o Serviço Social abre espaço para o debate, para a reflexão e a crítica e passa a buscar novas bases para sua fundamentação teórico/metodológica, técnico/operativa e ético/política, visando à ruptura com o tradicionalismo, demandando novas práticas. Onde alavancam as principais balizas de reflexão profissional particularizadas pelas travas da dimensão teórico-cultural e ideopolítico, tendo como marco o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como: “Congresso da Virada” realizado em São Paulo em 1979, instituindo uma aproximação com os fundamentos da teoria modernizadora presente nas Ciências Sociais.

Esse movimento correspondia ao avanço do desenvolvimentismo e do capitalismo industrial, que geravam preocupações aos poderes autoritários da sociedade brasileira. Esse

processo desenvolveu novas tendências e possibilidades para a profissão na conjuntura pré-1964 do golpe militar no Brasil. Nessa ótica:

[...] a ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalistas excludente, concentradora e exploradora (FALEIROS, 1987, p.51 apud NETTO, 2001, p. 146).

A renovação do Serviço Social no Brasil se expressa em termos tanto de reatualização do conservadorismo profissional, quanto de busca de ruptura com o conservadorismo. Nos anos de 1960 e 1970, amplia-se o campo de atuação do assistente social, devido às demandas pelos serviços sociais. A ruptura com este cenário tem suas bases na laicização do Serviço Social. Esse contexto de mudanças teve reflexo nas organizações políticas da categoria, as novas condições postas à formação acadêmica e o exercício profissional pela autocracia burguesa. Nessa concepção, Netto (2001, p.131) define a renovação do Serviço Social como sendo:

[...] o conjunto de características novas que, no marco das restrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

O Estado revelou-se como o grande empregador do assistente social, segundo Netto (2001), o mercado nacional de trabalho que despontou a partir do surgimento das organizações de filantropia, das médias e grandes empresas monopolistas e empresas estatais, aponta para uma extensão quantitativa da demanda por assistentes sociais ampliando-se assim os mecanismos de controle sobre o arcabouço e a organização da categoria profissional.

Nesse sentido, três direções constitutivas do processo de renovação do Serviço Social no Brasil são designadas por Netto (2001) como: Perspectiva Modernizadora, Perspectiva de Reatualização do Conservadorismo e Perspectiva de Intenção de Ruptura com o Serviço Social “tradicional”.

A Perspectiva Modernizadora avança na tentativa de adequar o Serviço Social às exigências postas pelo processo sócio-político emergente do pós 1964, a partir do encontro de Porto Alegre, em 1965. A sua formulação encontra-se afirmada nos textos dos Seminários de Araxá em 1967, em Minas Gerais, o Seminário de Teorização do Serviço Social – promovido pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBISS), e o

Seminário de Teresópolis em 1970, estes possuem forte inspiração funcionalista e estruturalista. Para essa vertente o Serviço Social deveria se envolver de forma a reforçar o processo de desenvolvimento e adotar seus referenciais e instrumentos e ainda contribuir com a ordem sócio-política instituída pelo Estado ditatorial.

A outra é a Perspectiva de Reatualização do Conservadorismo essa induz à profissão a uma direção de recuperar as bases teórico-metodológicas que atribuíram ao Serviço Social traços microscópicos, condicionando seu intento a uma visão de mundo do pensamento tradicional, mas o faz com uma nova aparência, trazendo traços de modernidade, tentando vinculá-lo a outras matrizes intelectuais, especialmente à fenomenologia. Essa perspectiva do movimento de reconceituação pode ser remontada aos Seminários de Sumaré em 1978, e Alto da Boa Vista em 1984.

E por fim, a Perspectiva de Intenção de Ruptura elabora uma crítica sistemática ao desempenho tradicional do Serviço Social e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos e tem a pretensão de romper com a herança do pensamento conservador e do reformismo no processo de renovação da profissão. Ela tem uma direção diferenciada das demais por possuir um elemento contestador que se baseia na tradição marxista.

Essa perspectiva, segundo Netto (2001), compreende três momentos históricos: o primeiro momento é o da sua emergência que ocorre na década de 1960, mas as primeiras tentativas de formulação da crítica ao conservadorismo profissional iniciaram-se somente na década de 1950, tendo que esquivar-se com a instituição da Ditadura Militar. O segundo momento é o da sua consolidação acadêmica na década de 1970 que, com a crise do regime militar foi possível, novamente retomar a concepção dessa perspectiva, que se divide em duas etapas: a primeira vincula-se à inserção do Serviço Social no circuito acadêmico-universitário, nos anos de 1972 a 1975, e seu principal distintivo ficou conhecido como: Método Belo Horizonte (Método BH).

Assim, com este processo, segundo Netto (2001), pretendia-se conseguir a produção de novos conhecimentos para ampliar o espaço profissional, buscando a autonomia profissional para desenvolver uma prática profissional crítica. E isso não ocorreu, as críticas foram ao empirismo, ao formalismo e ao “marxismo sem Marx”. Ou seja, não se conseguiu êxito para sair do senso comum. E a segunda configura-se à reflexão de Yamamoto, em que situa o Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais, onde faz um resgate da obra de Marx, com o seu texto “Legitimidade e crise no Serviço Social”.

E o terceiro momento, ainda de acordo com Netto (2001), é o período do seu espraçamento sobre a categoria profissional que culminou não somente com o rompimento

com o conservadorismo e a instauração do pluralismo profissional, mas é quando se intensifica sua organização política e se ganha clara funcionalidade nas entidades representativas do Serviço Social: a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e o Código de Ética de 1986.

Percebe-se que essa perspectiva se condensa somente ao longo dos anos de 1980, expressando o processo de laicização da profissão. Segundo Netto (2001), isso acontece devido às mudanças ocorridas no país durante o processo de reabertura política e democratização. A Intenção de Ruptura adquiriu entusiasmo por implantar o Serviço Social no curso das demandas da classe trabalhadora, não como agente legitimador da exploração, mas como protagonista das produções teóricas da profissão conduzindo a passos lentos o exercício profissional na dimensão do pensamento marxista.

Assim, a categoria de assistentes sociais rompe com as condições de agentes sociais e dá outro sentido social à sua ação, quando esta passa a se inserir em uma relação de assalariamento e a significação social da sua intervenção passa a ter uma nova denotação na produção e reprodução das relações sociais junto à classe subalterna - os trabalhadores.

2.3 Os códigos de ética profissional do assistente social

A ética profissional, de acordo com Barroco (2008), busca na filosofia e/ou em teorias sociais o apoio para fundamentar a sua reflexão e teorização éticas, necessárias à compreensão e sistematização da ética profissional, proporcionando o entendimento de ser humano e a fundamentação para os valores, fornecendo subsídios para a intervenção profissional nas ocasiões em que são postas questões morais e éticas, pautadas nas lutas sociais pela liberdade.

Assim, a ética profissional se objetiva como ação moral, por meio da prática profissional como regulamento de deveres e de valores, através do Código de Ética Profissional, como teorização ética, com concepção filosófica e doutrinária que fundamentam sua intervenção e reflexão com a sua ação ético-política. Essa é uma dimensão específica do Serviço Social, onde são reguladas as suas determinações através do conjunto das necessidades e possibilidades das demandas e respostas que asseguram a profissão na divisão social do trabalho da sociedade capitalista.

O primeiro Código de Ética Profissional do Serviço Social criado em 1947, segundo Barroco (2012), pautado na perspectiva moralizadora, ética tradicional conservadora, baseada

no neotomismo, com prática tecnicista, neutra e imediatista, vinculado à Igreja Católica, onde o Serviço Social era visto como uma profissão vocacional para “moças de boa índole e honestas”, tidas como “damas da Caridade”, seu objetivo principal era a “harmonia social”, e manter o controle sobre a classe operária, vista como “desajustada da ordem social”.

Para Barroco (2012), o Código de Ética traz o conceito da moral ou ética, constituído como: a ciência dos princípios e das regras que devem seguir para fazer o bem, evitando o mal, pois essa moral de uma profissão recebe o nome de Ética Profissional, e uma vez que catalogada com o Serviço Social pode ser chamada de ontologia do Serviço Social.

Contexto em que surgem três tendências no Serviço Social: a Conservadora Tradicional, a Modernização Conservadora e a de Ruptura com o Conservadorismo. O Código de Ética de 1965 traz consigo forte influência religiosa e do modelo econômico hegemônico. No entanto, ainda sem muita clareza teórica, momento em que foram definidas as premissas do Serviço Social, como: respeitar a dignidade da pessoa humana, as posições filosóficas, políticas e religiosas daqueles a quem se destinam a sua ação.

O Código de Ética de 1975, formulado na ditadura militar, foi caracterizado por elevados índices inflacionários, dívida externa crescente e salários extremamente baixos. No contexto da efervescência das manifestações na defesa dos direitos humanos e na busca da liberdade. Assim como os demais Códigos, baseou-se pelo tecnicismo, funcionalismo e neotomismo. Essa nova versão trouxe algumas inovações, como os Institutos de Defesa Social, o exercício profissional regido por direitos e deveres e a criação de instrumentos. O Serviço Social tornou-se reconhecido como uma profissão liberal, de nível universitário, gozando de decorrentes prerrogativas e defesa do que lhe é privativo.

Segundo Barroco (2012), o Código de Ética de 1986, representa um marco da ruptura ética e ideopolítica do Serviço Social com a perspectiva do neotomismo e também com o funcionalismo. A democratização das informações, a alteração da correlação de forças no âmbito institucional e a denúncia. Este trouxe como avanço a negação da base filosófica tradicional e conservadora (ética da neutralidade), e a afirmação de um novo perfil técnico, um profissional competente teórica, técnica e politicamente.

Já o Código de 1986, mostrou-se em certos aspectos, ser insuficiente do ponto de vista teórico e filosófico, e também apresentou fragilidades quanto à sua operacionalidade no cotidiano profissional. Nesse sentido, se propunha muito mais a dar conta do aspecto político e educativo. Essa versão não tratava os aspectos normativos e punitivos do exercício da profissão.

No final da década de 1980 e início de 1990, diante dos avanços dos direitos sociais tratados na Constituição de 1988, criaram-se novas possibilidades para a prática profissional nas áreas da Seguridade Social (previdência, saúde, assistência social) e outras políticas sociais. No âmbito da formação profissional, busca-se superar o tradicionalismo teórico-metodológico e ético-político. Excede-se, na formação, a metodologia tripartite e difunde-se a ideia da junção entre a técnica e o político.

Esses elementos, segundo Iamamoto (2014), apontam para a necessidade de fortalecer o Projeto Ético-Político Profissional, que vem sendo construído pela categoria ao longo de três décadas. E percebe-se que essa luta só é possível com o aprimoramento intelectual e com a organização coletiva dos (as) assistentes sociais nas suas instituições de trabalho e ensino, partindo do direcionamento teórico-metodológico, situado na teoria social crítica, nos princípios éticos da profissão, consolidados por meio do código de ética profissional, em conjunto com a classe trabalhadora.

Nesse contexto, Segundo a Legislação Brasileira do Serviço Social (CFESS, 2015), o Serviço Social evidenciou no Brasil um profundo processo de renovação, esse foi um momento que se ampliou teoricamente e laicizou-se, destacando-se e, no início dos anos de 1990, apresentou como profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente. Sendo, porém, protagonista do debate de sua trajetória profissional, ressignifica o caráter do manuseio do instrumental técnico-operativo e cria novos instrumentos, como mediação para contornar os escopos, na direção da competência ética, política e teórica, conjunta com o amparo de valores mais abrangentes e emancipatórios. Partindo da concepção da necessidade da capacitação contínua, em que o Serviço Social busca superar a prática tecnicista, restringida, neutra e imediatista. Nessa perspectiva, Iamamoto (2014, p. 63) relata que:

Embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiro, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo.

Nesse período se processam no interior do Serviço Social, os efeitos do neoliberalismo, da flexibilização da economia e reestruturação no mundo do trabalho, da redução do Estado e da retração dos direitos sociais. Ampliam-se os campos de atuação profissional do Serviço Social, passando a atuar no chamado Terceiro Setor, nos conselhos de direitos, atuando nas áreas de pesquisa, administração, planejamento, acompanhamento e

avaliação de programas sociais, além das atividades de execução e desenvolvimento de ações de assessoria aos setores populares.

Em virtude das mudanças ocorridas na sociedade e no âmbito da categoria, um novo aparato jurídico se fez necessário para expressar os avanços da profissão e o rompimento com a perspectiva conservadora. Na década de noventa, a Lei 3252 de 1957 foi alterada pela Lei 8662, de 07 de junho de 1993, cujo texto legal expressa um conjunto de conhecimentos particulares e especializados, a partir dos quais são elaboradas respostas concretas às demandas sociais.

A regulamentação profissional ocorreu num contexto em que o Estado brasileiro assumiu uma perspectiva reguladora delegando aos Conselhos Profissionais a função de controle. Contudo, o Serviço Social compreendeu a profissão e suas entidades em outra perspectiva, a partir da adoção de referenciais teórico-metodológicos que possibilitam a construção de um processo crítico, enquanto instrumento de proposição de um projeto profissional ético-político. Os Conselhos passaram, então a questionar sua função meramente burocrática, repensando seu caráter disciplinador.

O Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), no uso de suas atribuições conferidas pelo item IV art.9º, do Regulamento aprovado pelo Decreto 994 de 15 de maio de 1962, resolve aprovar o Código de Ética alicerçado nos direitos fundamentais do indivíduo e nas exigências do bem-comum, princípios estes reconhecidos pela própria filosofia do Serviço Social. Há ainda a democratização das entidades da categoria, com a suspensão da coerência cartorial pelo conjunto CFESS/CRESS, que conquista destaque no processo de consolidação do projeto ético político do Serviço Social.

Somente em 1993, após um longo debate com o conjunto da categoria organizada em todo o país, o Código de Ética mais uma vez sofreu alterações, partindo da compreensão que a ética deve ter como suporte uma ontologia do ser social: os valores como determinações da prática social, fruto da atividade constituída no processo de trabalho que constitui o ser social, habilitando de capacidade teleológica, projetiva e consciente; e por esta socialização se põe como ser capaz de liberdade. Assim, foi então, aprovada a quinta versão do Código de Ética Profissional do assistente social, instituída pela Resolução 273/93 do CFESS, o qual ressalta e tem como prioridade o aumento e a concretização da cidadania. (CFESS, 1997).

Nesse sentido, conservaram-se os ganhos obtidos com o Código de 1986, os princípios e valores que permitiram a conexão orgânica da profissão com os setores populares e progressistas da sociedade. Assumindo claramente a ideia de “compromisso com a classe

trabalhadora”. O Código traz também outro avanço: a ruptura com o corporativismo profissional, introduzindo a percepção do valor da manifestação.

Somou-se à nova compreensão desse instrumento como mecanismo de defesa da qualidade dos serviços prestados à população e como forma de legitimação social da categoria profissional com objetivo é fortalecer a identidade profissional articulada com um projeto de sociedade justa e democrática, através da negação da base filosófica tradicional conservadora que norteava a ética da neutralidade, com a afirmação de um novo perfil do técnico, como um profissional competente teórica, técnica e politicamente.

O Código de Ética Profissional representa a dimensão ética da profissão, tendo caráter normativo e jurídico. Ele delinea parâmetros para o exercício profissional, fundada na liberdade como possibilidades de escolhas evidencia compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, definem direitos e deveres dos assistentes sociais, obtendo a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados. O Código é expressão da renovação e da maturidade teórico-político do Serviço Social. Nesse caráter, Iamamoto (2014, p.77) expõe que:

O Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. [...] Afirma, como valor ético central, o compromisso com a nossa parceria inseparável, a liberdade. Implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o que tem repercussões efetivas nas formas de realização do trabalho profissional e nos ramos a ele impressos.

A Lei nº 8.662/93 de Regulamentação da Profissão que legitima o CFESS, no âmbito nacional, e os CRESS, na esfera regional. A lei é um marco jurídico que estabelece em seus artigos 4º e no 5º, respectivamente, as competências e as atribuições privativas do assistente social, e assegura a este profissional, no art. 1º, o livre exercício da profissão. Assim, as ações dos profissionais de Serviço Social são orientadas pelos Princípios do Código de Ética Profissional de 1993 e pela Lei 8.662/93 de Regulamentação do exercício profissional. Sua organização e suporte institucional se dão por meio do conjunto CFESS/CRESS.

O CRESS é o órgão de representação da categoria dos (as) assistentes sociais, e constitui uma entidade de personalidade jurídica de direito privado, pela jurisdição no Estado do Ceará. Como autarquia federal, regido pela Lei 8.662/1993, conforme os princípios do Código de Ética e as deliberações do conjunto CFESS/CRESS, e tem por objetivos principais: fiscalizar, defender e disciplinar o exercício profissional dos (as) assistentes sociais com vistas à qualidade dos serviços prestados aos usuários e à sociedade.

Como entidade representativa da categoria, o CRESS tem uma dimensão política, aliada aos interesses da classe trabalhadora e ao compromisso com a construção de uma nova ordem societária que assegure a emancipação humana, sob-referência do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

O projeto ético-político Profissional construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base da sua fundamentação. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade.

Os parâmetros éticos norteadores das decisões do Serviço Social em relação à pesquisa são buscados no Código de Ética Profissional (1993), que nos indicam como valores e princípios fundamentais: a liberdade como valor ético central, as demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo; a defesa e aprofundamento da democracia; o posicionamento em favor da equidade e da justiça social. (CFESS, 1997).

Os Princípios fundamentais do Projeto Ético Político do Serviço Social representam a estrutura ideológica sobre a qual se instituiu o Código de Ética profissional do assistente social. Estes se configuram como parâmetros ideológicos das regras materiais existente no Código de Ética Profissional de 1993. Segundo Iamamoto (2014), estes são fatores que vão cintilando os caminhos a ser percorrido, partindo da admissão de compromissos fundamentais concordados e assumidos coletivamente pela categoria profissional de assistentes sociais.

A liberdade como um princípio fundamental ético que admite ao ser humano escolher entre as possibilidades de valor ético ou não, ou seja, o sujeito é capaz de agir eticamente, podendo antes, refletir sobre suas ações, com a consciência de que suas opções de escolhas podem ou não estar fundamentadas em aspectos éticos. Tais escolhas são conduzidas para os fins eleitas por ele próprio que, para alcançá-las, objetivar-se-á na realidade social, de acordo com seus princípios, valores e motivações que envolvem a consciência, as formas de sociabilidade e as suas capacidades teleológicas (objetivos). Também é importante salientar que a gênese das escolhas e alternativas de valor são indissociáveis da práxis, por isso são categorias objetivas e históricas. (BARROCO, 2008)

3 OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Neste segundo capítulo, antes de abordar as categorias teóricas, fazemos um sucinto resgate histórico sobre a saúde brasileira; trazemos uma abordagem às três categorias teóricas da pesquisa que são elas: a atuação do assistente social na saúde; a Política Nacional de Transplantes, dialogando com a regulamentação e a legislação brasileira de transplantes de órgãos e tecidos; fazemos ainda, um enfoque sobre a categoria: o paciente no processo de transplante.

3.1 Breve resgate histórico sobre a saúde brasileira

A saúde pública brasileira tem sido arena de disputas de diversos projetos e programas para melhoria da saúde, esses expressam distintas visões sobre o papel do Estado na execução das políticas públicas de saúde que contemplam a classe trabalhadora, e que vivenciam até os dias atuais precárias condições de higiene, saúde, habitação. Condições essas que antes eram tratadas como uma questão de polícia.

Como retrata Paim (2009), quando afirma que havia uma espécie de “não sistema de saúde”, formado por omissão do Estado no decorrer do século XX, período em que ocorreu um movimento pela mudança no sistema sanitário, que incidiu com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e que instituiu a Previdência Social no Brasil, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Na década de 1930, coincidentemente com a origem do Serviço Social no Brasil, sob o domínio do capital industrial, quando os profissionais desenvolviam abordagem no desenvolvimento de comunidade, baseadas nas ações educativas de cunho doutrinário, destacando a ação ideológica de ajustamento às relações sociais vigentes que caracterizava o quadro social, político e econômico da época e exigiam a procedência de políticas sociais, inclusive a de saúde, para que contrapusessem às questões sociais de forma orgânica e sistêmica.

Com a finalidade de restaurar a ordem social instalada em constante tensão em face dos movimentos políticos reivindicatórios, que teve como características a aceleração da urbanização e ampliação da precarização da classe trabalhadora. O Estado para modificar essa conjuntura, tratou de transferir o DNSP do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e Saúde, que prevaleceu até 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde.

A Política de Saúde legislada nesse período, segundo Bravo (2009), era de cunho nacional, foi instituída por dois subsetores: o da medicina previdenciária implantada nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) destinadas aos trabalhadores que possuíam vínculos formais de emprego, ou seja, trabalhavam de carteira assinada. E o da saúde pública, que predominou até meados de 1960, com o objetivo de criar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e restritamente, para o meio rural.

A partir de 1964, quando o país vivenciava a ditadura militar, a condição de saúde da população ficou mais complexa ainda, tornando-se com um verdadeiro caos em extrema dimensão. O Estado utilizou para sua intervenção o binômio: repressão-assistência, onde houve ampliação da política assistencial burocratizada e modernizada com intuito de conter as tensões sociais, adquirir legitimidade para o regime e servir de mecanismo de acumulação para o capital.

Na década de 1970, quando os movimentos populares urbanos se uniam pelo direito ao acesso à saúde, desenvolveram e se fortaleceram dentre estes, o Movimento da Reforma Sanitária que, em um embate em conjunto com grupos intelectuais e profissionais, se juntaram em outros movimentos pela saúde, trazendo a bandeira de luta pela democracia e a conquista de direitos.

Com a crise do Sistema de Saúde brasileira, segundo Paim (2009), este cada vez mais se assemelhava à medicina americana, com uma diferença de instituições e organizações comercializando serviços de saúde, deixando muitos excluídos da atenção à saúde ou contraindo empregos de baixa característica. Com o advento da V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, que criou a Lei 6.229, e consecutivamente o Sistema Nacional de Saúde. Então teve melhoria no Sistema do Ministério da Saúde, onde houve a implementação dos programas de extensão de serviços de saúde em áreas rurais, principalmente na região Nordeste.

Nessa perspectiva foi também organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica (Lei 6.259/75), separando-a da vigilância sanitária. O que mais tarde, em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) incorporando o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) que, junto com o Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), criou Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), oferecendo serviços de saúde para uma ampla parcela da população brasileira.

Nos anos de 1980, a saúde pública brasileira foi marcada pela organização da Reforma Sanitária Segundo Bravo (2009), que culminou com a criação do Sistema Unificado

e Descentralizado de saúde (SUDS) em 1987, e em 1988, deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), período em que a sociedade brasileira vivenciou um processo de redemocratização política que começou com o fim do regime ditatorial que teve início em 1964, e se deparou com uma absorvente crise econômica que se prolonga até os dias atuais.

Com os resultados ineficientes e excludentes do Sistema de Saúde, passando então este a ser questionado e discutido em debates pelos profissionais de saúde, representado pelos seus sindicatos, defendendo questões como: a melhoria dos serviços de saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como meio de divulgação e acréscimo do debate em torno da saúde e democracia; os partidos políticos de oposição colocaram nos programas a temática e viabilizaram debates no Congresso, para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que promoveram eventos aliados a outras entidades da sociedade civil.

Um fato marcante e essencial para o debate da questão Saúde no Brasil, segundo Paim (2009), aconteceu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília-DF, o qual juntou cerca de quatro mil e quinhentas pessoas. Representou um marco, que ateu a sociedade brasileira na alteração no panorama da saúde. O alvo principal versou os seguintes temas: a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. As alterações saíram dos seus fóruns peculiares e excederam a análise setorial, expondo proposta para o SUS e também para a Reforma Sanitária (RS).

No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde (CS) é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as instâncias estaduais e municipais. São organizados em estruturas de legitimação de gestões, manipulados desde seu arranjo, com a influência política dos gestores até a sua atuação, restringindo a aprovação de documentos necessários para o repasse de recursos.

A partir desse entusiasmo político e social, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988. Ao referir-se sobre o que vem a ser direito à saúde, direciona-se ao dever do Estado em oferecer determinadas garantias a todos que vivem neste país, conduzindo-os ao seu pleno desenvolvimento enquanto seres humanos, no tocante à sua individualidade. Essas garantias são: condições dignas de vida e de ingresso universal e igual às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis. Mas entanto, a consolidação deste direito não se dá através de sua formalização no texto constitucional apenas, mas o Estado deve assumir uma política de saúde articulada às políticas sociais e econômicas, assegurando os meios que

possam torná-las efetivas. Além disto, traz a importância da atuação da população fiscalizando o processo de formulação, de gestão e de avaliação destas políticas.

Segundo Bravo (2009), o Art.196 da CF (1988) reza que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Com o passar dos anos, muito tem se conquistado com relação à questão saúde no Brasil, a exemplo disso é a efetivação da reforma do Estado, houve descentralização nos atendimentos, designados mecanismos de controle social e de participação. Mas com tudo isso o acesso à saúde de modo qualitativo, ainda não abrange a toda população. Portanto, não se concretizou como um direito Universal como institui a Carta Magna de 1988. Porém existe uma contradição entre a prática da saúde e o que estabelece a legislação. Nessa concepção:

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) (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE, 2010, p. 37).

Assim, questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso a terra para plantar e fazer sua moradia, ambiente, entre outras, implicam sobre a saúde dos sujeitos e das sociedades, embora integre as políticas econômicas como: a educação, a cultura, o lazer, o esporte, a segurança pública, dentre outras.

É importante destacar que somente após fazer alusão à importância das políticas econômicas e sociais para o direito à saúde, a Constituição Federal (1988) traz a garantia do acesso universal e igualitário às ações para a promoção, proteção e recuperação. Muitas dessas ações e serviços são intransferíveis do sistema de saúde, permitindo, portanto, uma atenção integral à saúde, limitando-se a uma assistência médica curativa, e estendendo-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a seguridade social no tripé: assistência social, previdência social e saúde, como um direito de todos e dever do Estado, que instituiu o SUS, integrante da seguridade social e de uma das propostas do Projeto de Reforma Sanitária, regulamentado pelas Leis 8.008/90 e 8.142/90 as Leis Orgânicas da Saúde (LOS). A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. E a segunda dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços e operacionaliza o atendimento

público da saúde com o advento do SUS, onde toda população passa a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com os recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (PAIM, 2009).

Na década de 1990, iniciou-se a implantação de políticas neoliberais no Brasil, segundo Bravo (2009), o Projeto de Saúde ganha forças com o redirecionamento da função do Estado, estimulado pela política de ajuste neoliberal, que tem como principal tendência à contenção dos gastos com a racionalização da oferta: descentralização com isenção de responsabilidade do Estado que tem como tarefa nesse projeto, garantir o mínimo acesso para quem não contribui, deixando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Apesar dos avanços contidos no texto constitucional, houve um intenso ataque por parte do grande capital, associado aos grupos dirigentes.

Com a Reforma Constitucional de maneira especial da Previdência Social e dos princípios que regulamentam as relações de trabalho no país, segundo Correia 2009, aumentaram ainda mais as desigualdades sociais, o índice de pobreza e de exclusão social na sociedade brasileira. É quando Estado desresponsabiliza pelo comando das políticas, passando ao encargo das Organizações Não Governamentais- ONGs. Com a participação da sociedade na significação da aplicação dos recursos destinados às políticas sociais, que estão sendo descentralizados para os estados e municípios através de fundos específicos, são de grande importância para que estes sejam gastos com o atendimento às demandas reais da maioria da população e não a serviço dos interesses clientelistas, privatistas. Assim sendo, a autora articula que:

O tensionamento entre o projeto do capital e dos setores progressistas da sociedade tem desenhado a política de saúde brasileira, pois existem resistências políticas ao primeiro projeto. Por força desses setores foi inscrito na Constituição de 88 nas Leis Orgânicas da saúde um arcabouço legal avançado, que contempla um conjunto de reformas positivas, do ponto de vista da classe trabalhadora. [...] As reformas implementadas a partir da segunda metade da década de 90 em consonância com as orientações do BM, estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado, e vão demandar da política de saúde brasileira: o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, ficando este encarregado apenas de prestar atendimento aos mais pobres, que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial centrado na oferta de atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade; a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando o serviço de saúde e estimulando a criação das Organizações Sociais, com repasse de recursos públicos; o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviço de saúde; e a transferência das funções do Ministério da Saúde para agências de regulação e organizações não-estatais. [...] (CORREIA, 2009, p. 131-132).

Embora tenham sido conquistadas algumas mudanças pelos trabalhadores no campo dos direitos sociais e da democracia, devido aos movimentos sociais de massas, e ainda a participação da sociedade na organização da Constituição Federal de 1988, através das Emendas populares. Nesse sentido, Silva, (1997, p.53) afirma que:

No entanto, no campo das políticas sociais quase nada mudou. As reformas estruturais prometidas no âmbito das políticas sociais já consolidadas, como saúde, educação, previdência e habitação, foram sendo abandonadas na medida em que começaram a ferir interesses de grupos específicos dentro ou fora do aparato estatal. Essa realidade foi bem visível na área da Seguridade Social durante a luta pelo combate às fraudes e corrupções na Previdência, e quando da criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, Decreto 94.657, de 20.07) em 1987, cuja implantação esbarrou no jogo de interesses dos grupos privatistas que sempre obtiveram vantagens e lucros às custas do poder público.

De acordo com Bravo (2009), a Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra tática e artefato do agente principal do estado que coloca em cheque o modelo econômico vigente, partindo do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar seu aspecto no setor produtivo, sendo necessário criar um novo modelo de Estado. O seu Plano Diretor da Reforma do Estado foi elaborado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado, em que confere que há a exaustão da estratégia estatizante e a necessária superação de um caráter de administração pública burocrática, a serviço de um modelo gerencial que tem como distintivo a descentralização, a eficácia, o controle dos efeitos, a redução dos custos e a produtividade.

3.2 A atuação do assistente social na saúde

A Atuação do assistente social em equipes multiprofissionais na saúde dispõem de uma reflexão e observação tanto na interpretação nas condições de saúde do usuário e competência para a canalização das ações, como faz referência a Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde e da Resolução CFESS nº 383/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Sendo assim atribuído à categoria o aparato da legalização necessária com embasamento teórico-metodológico e ético-político, constituído pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos. Nessa acepção:

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei

de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE, 2010, p. 31).

O trabalho do assistente social tem como principal objetivo responder as demandas dos usuários aos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar. Para tanto, o assistente social utiliza-se de instrumentais como: observações, entrevistas, reuniões, análises sociais, relatórios, levantamentos de recursos, canalizações, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, pareceres sociais, contatos institucionais, leitura da realidade, entre outros.

Com a implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, passaram a serem exigidas novas formas de organização do trabalho na saúde, através das reivindicações históricas do movimento sanitário que deu origem a universalização, a descentralização e a participação popular. Porém, com a contrarreforma na saúde, novas contradições são criadas buscando não viabilizar o SUS constitucional, gerando, no cotidiano dos serviços diversas questões operativas como: dificuldades com a qualidade de atendimento, morosidade e burocratização, no atendimento, precariedade dos recursos, não atendimento a demanda.

A sua atuação profissional é gestada no desenvolvimento e nas propostas de políticas públicas que oferecem os mínimos sociais demandados pelas camadas populares aos serviços e benefícios construídos e conquistados através de uma trajetória histórica. Assim, as instituições que requisitam o exercício do profissional de Serviço Social se ocupam de problemáticas relacionadas às diversas expressões da questão social, das desigualdades sociais e/ou que se encontram em situação de risco ou vulnerabilidade.

Ao se pensar a prática profissional do assistente social em um campo específico, logo, direciona-se a reflexão à categoria de trabalhador assalariado inserido na relação de compra e venda da força de trabalho e, ainda, molda a sua inclusão sócia institucional no âmbito da sociedade brasileira. Nesse sentido:

O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. Os desafios são muitos. Apesar dos avanços, a exemplo da realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, muito tem de se construir na implementação da política e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, como órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimentos dos trabalhadores, com destaque para a organização sindical, entre outros. É um campo privilegiado de atuação para o assistente social – que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais

que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético político –, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo. (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE, 2010, p. 38).

Vasconcelos (2012) afirma que a maioria dos (as) assistentes sociais, inseridos no mercado de trabalho, independente de sua área de atuação, têm uma intenção na postura política, sendo favorável aos usuários de seus serviços. Mas, apesar disso, não têm condições objetivas de, a partir de uma realidade social, captar as possibilidades de ação contidas nessa realidade; tendo em vista que não se apropriam do referencial teórico necessário, com a qualidade suficiente para realização de uma análise teórico-crítica da realidade. Impossibilitando assim, o rompimento com as práticas conservadoras. O que permite que parte dos (as) assistentes sociais acredite que está trabalhando na defesa do usuário sem consciência de que suas ações, frequentemente, impedem que os mesmos lutem por seus interesses e necessidades, e assim usufruam dos recursos públicos como direito social.

A questão da competência profissional encontra-se na recusa da não praticidade e teorismo, ou pelo modo como o profissional se põe na luta contra a recusa da abstração, contra a inclinação ao imediatismo de subsídios limitados aos particularismos no sentido do real, ao espaço das circunstâncias de intervenção, mas que, não se pode generalizar, pois nem todos os profissionais estão dispostos e se habilitarem a estar preparados suficientemente para romper com as práticas conservadoras.

Para tanto, é necessário ter coragem para enfrentar as adversidades que surgem no cotidiano profissional, partindo muitas vezes das próprias instituições com suas normas institucionais exageradas que acabam interferindo nos direitos dos usuários. Portanto, a atuação do assistente social requer a reflexão dos seus princípios ético-político que estão elucidados no Código de Ética Profissional de 1993, na Lei 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996.

A intervenção profissional no âmbito de políticas socioassistenciais na esfera pública ou privada, segundo o CFESS (2009), leva em consideração as relações de classe, gênero, etnia, aspirações sociais, políticas, religiosas, culturais, além de componentes de ordem afetiva e emocional. Desenvolve atividades na abordagem direta da população que procura as instituições e o trabalho do profissional (entrevistas, atendimento de plantão social, visita domiciliar, orientações, canalizações, reuniões, trabalho com indivíduos, famílias, grupos, comunidades, ações de educação e organização popular etc.), atua também na pesquisa,

administração, planejamento, supervisão, consultoria e gestão de políticas, programas e projetos na área social.

Vale salientar a conquista do assistente social na área da saúde, a qual Fernandes (1995) destaca que o profissional ocupa o espaço na equipe multiprofissional que atua nas Centrais de Transplantes Estaduais, haja vista que sua competência teórico científico que adapta o profissional ao perfil determinado para atender a essa demanda. Podendo ser considerado de essencial importância na auto avaliação, na concepção de seus preconceitos, ter claro para si a compreensão de sujeito, sua realidade, as contradições e relações que estabelecem, com base no contexto social e familiar.

Oliveira et al (2006) descreve que o assistente social atua nas seguintes ações: facilitar a adaptação e integração de pacientes e familiares à rotina hospitalar; socializar informações com pacientes e familiares quanto aos serviços prestados pela instituição facilitando o acesso aos instrumentos necessários e adesão ao tratamento; sensibilizar o paciente e a família quanto à importância da adesão ao tratamento, através de um trabalho de integração que viabilize um aprendizado pelas experiências vividas; propiciar ao paciente/família um relacionamento de confiança na equipe.

Vasconcelos (2012) defende que essas ações têm pouco impacto na qualidade do atendimento prestado aos usuários como um todo. Mas compreende que é importante que o assistente social discuta com os usuários e/ou responsáveis à situação problema, que estimule a estes a participar do seu tratamento de saúde; que discuta e envolva os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, e que procure interpretar a situação social do usuário, para impulsioná-lo a reivindicar seus direitos sociais; que o assistente social participe de reuniões técnicas da equipe multiprofissional, para que munido de informação possa desempenhar o seu papel, orientando aos familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente.

Condição essencial para o êxito do tratamento e adesão este; prevenir e detectar problemas sociais, que possam interferir no tratamento do paciente, interpretando e partilhando-os com a equipe; acompanhamento diário da equipe ao paciente com longa permanência e seus familiares; participar de pesquisas médico-sociais fomentando também pesquisa na área específica procurando refletir sobre as causas sociais que interferem no processo tratamento do paciente. Portanto, um dos objetivos do Serviço Social no setor de transplantes de órgãos é de contribuir para o aumento da captação de órgãos, seja de forma direta, através da abordagem familiar, ou indiretamente, através de ação socioeducativas em grupos.

Segundo Iamamoto (2014) afirma não ser somente o mero conjunto de técnicas que se amplia para abranger o conhecimento como um meio de trabalho, sem o que esse trabalhador particularizado não consegue efetuar suas tarefas ou trabalho. Mas as bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social, se utiliza para exercer o seu trabalho, estas contribuem para iluminar a leitura da realidade, ao mesmo tempo em que moldam e fixa rumos à ação.

3.3 A Política Nacional de Transplantes de órgãos

O transplante de órgão é um procedimento cirúrgico que consiste na substituição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão ou tecido saudável, de um indivíduo em vida ou por morte (doador). Além disso, requer uma avaliação completa do paciente e de cuidados intensivos durante e depois da cirurgia, correspondendo muitas vezes à última esperança de vida saudável para indivíduos com incapacidades orgânicas terminais e que não obtiveram sucesso com outros tratamentos (ALENCAR, 2006).

A história referente a realização de transplantes de órgãos nos viabiliza a compreender a circunstância do surgimento de leis e políticas públicas, que podem dar aparato legal e legitimar a doação e transplantes de órgãos e tecidos no mundo e no Brasil, como estabelece a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, onde todos possam desfrutar das condições básicas socioeconômicas que influenciam a saúde do ser humano (EVANGELISTA ET AL., 2010).

Como dizem certas lendas os transplantes em seres humanos podem ser datados de 300 anos a.C. Destacam ainda que recorreram a outros autores, e que estes descrevem que os primeiros transplantes em humanos foram realizados em torno de 1880 com córneas. E que o primeiro transplante de rins a obter sucesso, ocorreu em 1954, nos Estados Unidos. Já o primeiro transplante de coração bem sucedido foi realizado em um hospital sul-africano, em 1967 (LIMA et al., 1997).

No Brasil, os primeiros transplantes de órgãos e tecidos, tiveram início na década de 1960, primeiramente no Rio de Janeiro, em 1964 e em seguida em São Paulo, em 1965. Podemos dizer que da década de 1960 até os dias atuais, houve significativos avanços na ampliação e efetivação dos procedimentos realizados, criando assim novas perspectivas de vida para os pacientes que aguardam em uma longa fila de espera por um transplante. (ABTO, 2010).

A Política Nacional de Transplantes Órgãos é fundamentada e estabelecida pela Lei 9.434/97, que tem como diretrizes a gratuidade da doação, o rigoroso repúdio e combate ao comércio de órgãos e tecidos, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. A normatização traz também garantias e direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos, bem como regula toda a rede assistencial, em consonância com as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que regem o funcionamento do SUS.

O Brasil é referência mundial em transplantes e, segundo a ABTO (2015), o país só fica atrás dos Estados Unidos. No primeiro semestre de 2014, o país realizou 11,4 mil transplantes. Desse total, foram 6,6 cirurgias de córneas, 3,7 mil de órgãos sólidos (coração, fígado, rim, pâncreas, rim/pâncreas e pulmão) e 965 de medula óssea. Em 2013 o país fechou o ano com 23.457 transplantes realizados, 11,5% a mais do que em 2010.

Segundo o SNT, o Brasil possui um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, tendo apresentado um crescente desempenho desde sua criação. Garcia (2009) menciona que as medidas financeiras foram tomadas decisivas para a idealização de uma política de transplantes para o país, quando financiamento recebeu atenção especial sob a forma de incentivo à atividade transplantadora, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), incluindo novos procedimentos relacionados a transplantes na Tabela SUS, compreendendo o pagamento de todos os procedimentos de transplantes pelo MS, inclusive o ressarcimento dos procedimentos em todas as etapas do processo, até mesmo a captação de órgãos e também o acompanhamento no pós-transplante.

A criação deste fundo teve uma grande importância, pois pela primeira vez na história de transplante no Brasil passou-se a trabalhar com dados reais de financiamento público para todos os transplantes, e ainda com probabilidade para atualizar estes valores conforme os procedimentos realizados como: quantidade de transplantes, de potenciais doadores hábeis ou de novas medicações imunossupressoras mais efetivas que introduzam no comércio. Assim, este fundo traz uma nova perspectiva de melhoria no sistema, se continuar e for reajustado de caráter apropriado provavelmente acabará com a falta de recursos que são entraves ao desenvolvimento dos transplantes no país.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional do SNT, exerce funções de órgão central dessa instituição. As Secretarias de Saúde devem realizar a implantação e credenciamento das Centrais de Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), os quais formam a base operacional do sistema e recebem todas as informações relacionadas a transplantes de órgãos.

As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) constituem-se em 25 unidades que dão cobertura ao território brasileiro, criadas a partir da lei nº 9.434/1997 e regulamentadas pelo decreto nº 2268. São unidades executivas das atividades do SNT, competindo-lhes:

coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual; promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite; classificar os receptores e agrupá-los segundo as indicações, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante (...) (Decreto 2.268/ 1997).

Tais instituições são responsáveis também, pela aplicação de sanções cabíveis a quem proceder em contrariedade ao disposto na legislação. Em agosto de 1998, foi publicado o regulamento técnico sobre atividades de transplantes (Portaria 3407/98), que estabelece normas técnicas para realização de transplantes, estabeleceu a forma de distribuição dos órgãos e tecidos através das listas de espera regionalizadas e ainda, instala a lista única em conformidade com o Decreto 2268/97, segundo critérios específicos para cada órgão e tecido.

O SNT tem alcançado, por meio das CNCDOs, a quase totalidade dos estados brasileiros, com exceção de Tocantins e Roraima. A integração das ações interestaduais, o atendimento sobre questões de articulação e logística, e a melhoria no aproveitamento de órgãos captados é realizada pela Central Nacional de Transplantes, que foi criada em 2000, funcionando ininterruptamente no aeroporto de Brasília. Para complementar mais ainda todo o sistema, o Ministério da Saúde firmou termo de cooperação com quinze empresas aéreas que realizam o transporte gratuito de órgãos e se necessário, os profissionais médicos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2009), cresce o número de transplantes realizados em todo o país. 56% das famílias entrevistadas, com um familiar em situação de morte encefálica, aceitam e autorizam a retirada de órgãos para doação. Assim, o Brasil é o país latino- americano com maior percentual de aceitação de doação por parte de familiar, ficando no perfil a frente da Argentina (52%), Uruguai (52,6%) e Chile (51,1%).

O relatório da ABTO (2015) aponta dados relativos aos transplantes de fígado no Brasil e no Ceará: no período de 2007 a 2014 houve um aumento em mais de 700 transplantes de fígado no País, passando de 1.008, em 2007, para 1.755, em 2014. Em números absolutos, os transplantes de fígado no Ceará passaram de 64, no ano de 2007, para 195, no ano passado. O transplante hepático, com crescimento anual desde 2008, aumentou 1,9% em 2014, sendo o

acréscimo de 1,1% com doador falecido e de 10,3% com doador vivo. Apenas Ceará e o Distrito Federal apresentaram taxa de transplante superior a 20 por milhão de pessoas.

No primeiro trimestre do ano de 2015, o número de doadores notificados caiu 1,4% e o de doadores efetivos, 0,8%. As doações também caíram: rins de 7,6%; fígado: 0,7%; coração 1% e pâncreas: 24%, queda significativa. Comprometendo assim a meta para este ano de 2015, que foi revista. Antes era de 17 doadores por milhão de habitantes. O único transplante que teve maior índice de crescimento foi o de pulmão com 19%. Porém, a ABTO acredita que a média nacional de cirurgias de transplantes possa dobrar nos próximos anos dependendo do número de órgãos doados.

Com essa queda no percentual total de transplantes o Ministério da Saúde lançou recentemente, em setembro de 2014, em conjunto com a ABTO, a campanha de estímulo à doação, com o lema: Seja doador de órgão e avise sua família. Sua família é a sua voz. Com o objetivo de sensibilizar as famílias sobre a importância da autorização familiar, para a retirada de órgãos para a realização de transplantes, após a confirmação da morte de seu ente familiar.

3.3.1 A regulamentação e a legislação brasileira de transplantes.

No Brasil, a primeira lei estabelecida a tratar de transplante de órgãos foi a Lei n. 4.280/1963, criada em de 1963, que posteriormente, foi reformulada pela lei 5.479 de 1968. Está permaneceu em vigor durante vinte e quatro anos, quando foi criada a lei de n. 8.489/1992, cuja regulamentação ocorreu a partir do decreto 879/1993, que dispunha sobre retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica. Porém, a legislação vigente não era suficiente para atender aos anseios da sociedade. Havia algumas poucas regulamentações regionais, sem existir um marco regulatório em âmbito nacional.

A Lei 8489/92, regulamentada pelo Decreto 879/93, precisou de uma reformulação adicional. Segundo Garcia (2009), com a iniciativa do Legislativo em fevereiro de 1997, foi criada a Lei 9434/97, de Transplantes de órgãos. A legislação estabelece normas para retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento e de transplantes, tanto em vida como *post-mortem*¹. Os procedimentos realizados *post-mortem* devem apresentar o diagnóstico de morte encefálica, realizado por dois médicos que não sejam participantes das equipes de remoção de transplantes.

¹ Posterior à morte; póstumo.

Como na maioria de outros países, o Brasil possui uma legislação rigorosa que controla o transplante de órgãos e tecidos, os princípios teóricos dessa lei atendem as condições mínimas para o credenciamento de hospitais e equipes para permissão na retirada de órgãos de doadores falecidos, critérios de diagnósticos de morte, a permissão o uso de órgãos de doador vivo – familiar, a restrição de doador vivo não parente, a proibição de comercialização de órgãos e penalidades para quem cometer infrações.

A Lei 9434/97, criada pelo Decreto 2268/97, foi designada para suprir as necessidades regulatórias e normalizadoras de transplantes de órgãos, foi instituindo pelo MS, o Sistema Nacional de Transplantes por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). A Lei determina, também, a previsão de penas e sanções administrativas àqueles que desrespeitarem a lei, via comercialização de órgãos, procedimentos realizados sem autorização. A punição estende-se às instituições e aos profissionais envolvidos com os crimes e com punição severa a quem descumprir a lei. (BRASIL, 2006)

O SNT é um sistema integrado por organizações dos três entes federais: o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde Municipais e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, Município ou órgãos equivalentes, estabelecimentos hospitalares autorizados, além da rede de serviços auxiliares à execução da atividade de transplantes. É a instância responsável pelo controle, monitoramento e distribuição dos transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins terapêuticos realizados no Brasil. E ainda ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento das equipes e hospitais (centros) para a realização de transplantes, definição do financiamento e elaboração de portarias que regulamentem todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados. (BRASIL, 2006).

Apesar de os primeiros transplantes terem sido realizados no Brasil durante a década de 1960, a ocorrência de significativos avanços tecnológicos, especificamente no campo da Medicina, resultou em alterações na demanda da sociedade na quantidade e qualidade dos procedimentos relativos aos transplantes. Assim, o Brasil precisou de uma legislação mais apropriada às políticas públicas de saúde em face aos avanços de doação de órgãos e transplantes no país.

Nos anos de 1997 e 1998, de acordo com Garcia (2009), foram de significativas alterações no campo dos transplantes com a participação de todos os seguimentos da sociedade, com destaque para a ação da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos que definiu uma proposta de Política de transplante para o país. Antes dessa época havia muitos aspectos negativos com relação a eventual ocorrência de transplantes no Brasil.

A Constituição Federal brasileira de 1988 apresentou diretrizes sobre transplantes em âmbito nacional e estabelece a Lei 9.434/1997 que dispõe 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 vetado todo tipo de comercialização de qualquer órgão, tecido ou parte do corpo humano. (BRASIL, 2009).

A Carta Magna (CF-88) estabeleceu a seguridade social no em um conjunto: assistência social, previdência social e saúde, como dever do Estado e direito de todos e assim, instituiu o SUS, integrante da seguridade social e de uma das propostas do Projeto de Reforma Sanitária, regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

3.4 O paciente no processo de transplante

O transplante é um procedimento cirúrgico regulado pela Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001, no qual um órgão ou tecido doente é substituído por outro saudável. Para tanto, é necessário que haja doação desses órgãos, tanto de pessoas vivas ou por morte. Qualquer indivíduo pode ser doador, exceto de quem possuem doenças infecciosas ativas ou câncer. Os fumantes, na maioria dos casos, não são doadores de pulmões, mas podem doar outros órgãos e tecidos. Na atualidade mais de 80% dos transplantes são realizados com sucesso.

No âmbito da saúde especificamente ocorreram grandes conquistas e avanços principalmente após a proposta da Reforma Sanitária e a Constituição Federal de 1988, o que deu um novo rumo ao Serviço Social, desde então, vem se desenvolvendo a cada dia e se tornado uma atividade necessária a análise e identificação dos fatores interventivos no processo saúde/doença, nos fenômenos socioculturais e econômicos da sociedade de modo geral.

Quando nos referimos à saúde do indivíduo, como resultante da qualidade de vida, vinculada às condições econômica, política, social e cultural, podemos ampliar uma análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença desse indivíduo. E não somente no fator doença aparentemente visível, há também as doenças emocionais decorrentes de alguns outros fatores ou episódios como: a internação, o afastamento desse paciente do meio familiar, o diagnóstico e mais uma série de acontecimentos que causam tensões tanto pela doença como pelo processo de internação desse paciente. (VASCONCELOS, 2012).

A inscrição na lista de espera necessita ser por indicação médica e também por vontade própria do pacientes, os quais podem se tornar ansiosos, angustiados ou medo por não poder contar com um quadro clínico estável e, assim, poder fazer projetos a médio e longo prazos, o que permite dar outra perspectiva na sua vida pessoal e familiar.

Há casos em que a fila de espera para transplante é priorizada como é o fato do paciente hepático que foi acometido por hepatite C - doença crônica, grave que evolui outras complicações e, portanto, necessita a realização urgente do transplante, já tendo o paciente se submetido a uma avaliação pelo sistema de pontuação de 6 a 40 pontos. O paciente que tiver acima dessa média é considerado um caso mais grave e conseqüentemente fica em primeiro lugar. Esse processo foi criado para beneficiar os pacientes considerados mais graves. (HUWC, 2015)

O paciente no processo de transplante necessita obrigatoriamente estar cadastrado no Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT), obedecendo este a todo um critério de leis específicas que normatiza os transplantes, controlado pelo Ministério da Saúde (MS) e a Procuradoria do Estado. O processo de transplante é todo o período antes da cirurgia (que abarca os atendimentos ambulatoriais com a equipe multiprofissional e realização de exames), a cirurgia em si e o período pós-transplante (que vai durar do momento recente pós-cirurgia até o final da vida dos pacientes, tendo em vista o necessário acompanhamento ambulatorial pela equipe multiprofissional, a realização de exames e o uso contínuo de medicações específicas).

Ao ser chamado para a realização do transplante o paciente passa por uma avaliação médica que consta de exames para constatar se o mesmo tem condição para se submeter a um delicado procedimento cirúrgico. Os transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e ou partes do corpo humano só poderá ser concretizada após a realização de todos os testes de triagem no possível doador, para diagnóstico de infecção exigido em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. Diante da aprovação para receber o órgão/tecido, o médico irá esclarecer todas as dúvidas que o paciente possa ter em relação ao procedimento cirúrgico, as complicações e resultados esperados. Assim, o paciente assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ABTO 2015).

Após o paciente ser avaliado e receber indicação para o transplante, o mesmo é encaminhado para a equipe multiprofissional a fim de que sejam esclarecidos todos os aspectos sobre o procedimento, seus benefícios, os riscos, as possíveis intercorrências e também informar sobre as condições mínimas socioeconômicas para a sua efetivação. Em algumas situações são realizadas visitas domiciliares para verificação da situação quanto à

infraestrutura da residência, ver se a mesma tem possibilidades para receber o paciente transplantado, não tendo a esta condição de higiene e um acompanhante confiável, o transplante poderá ser contra indicado ao paciente.

Segundo Garcia (2006), na maioria dos pacientes urêmicos crônicos, o transplante apresenta a melhor oportunidade de sobrevida em longo prazo e de reabilitação, com menor custo social do que a diálise. Já para os pacientes com cardiopatia, hepatopatia ou pneumopatia grave, o transplante é a única opção terapêutica adequada de prevenção que poderá evitar que o paciente venha a óbito em poucos tempos, oferecendo uma expectativa de vida nova.

Com os avanços e aperfeiçoamentos dos métodos cirúrgicos, e melhor manipulação das drogas imunossupressoras, o progresso nos cuidados intensivos e a descoberta de recursos mais eficientes para preservação contribuíram para a melhoria dos procedimentos pré-transplantes e concretização de bons resultados dos transplantes realizados. Nesse sentido essa prática tem tido grande êxito, cada vez mais estão sendo mais liberais as indicações para transplantes de órgãos sólidos, acolhendo-se pacientes idosos e com doenças sistêmicas agregadas, levando a um acréscimo significativo na ampliação do número de potenciais receptores de órgãos. (GARCIA, 2006).

Também a inclusão de novas medicações de comprovada eficácia, tanto na redução de ocorrência de rejeição aguda, quanto na redução de efeitos colaterais dos imunossupressores ou no acrescentamento da sobrevida do enxerto, na relação de tratamentos custeados pelo fundo.

No pós-transplante recente, o paciente é acompanhado pela equipe multiprofissional que se amplia neste momento trabalhando em conjunto para dar suporte necessário ao paciente. Esse poderá preferir ser acompanhado sistematicamente por familiares e/ou médicos de ser alvo constante de cuidados. O pós-transplante se inicia na cirurgia e dura o resto da vida do paciente, que fará usos de medicamentos contínuos e permanentemente durante toda sua vida.

Após o transplante o paciente necessita de cuidados constantes, seja pela equipe transplantadora ou familiar, é necessário evitar lugares públicos fechados; procurar manter seu peso ideal; tomar banho e trocar suas roupas diariamente; escovar os dentes após cada refeição; não ingerir bebidas alcoólicas; evitar exposição ao sol; atividade física somente com autorização médica; evitar refrigerantes e produtos industrializados; evitar cigarros para não ocasionar complicações pós-cirúrgico; evitar temperos industrializados, embutidos, óleos, sal, açúcares, adoçantes e massas brancas. (RBTO, 2010).

4 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

Neste terceiro capítulo trazemos uma abordagem a construção metodológica da pesquisa de campo; o interesse pela temática; as estratégias metodológicas: a natureza, tipo de pesquisa, as técnicas e os instrumentos de coletas de dados; a apresentação do campo de pesquisa; e a atuação do assistente social no atendimento em transplante no HUWC.

Os assistentes sociais inseridos na unidade de atendimento aos pacientes no processo de transplante no HUWC estão constituídos em equipe de 04 (quatro) profissionais por plantão, sendo considerada uma quantidade insuficiente para atender a demanda. Nesse sentido houve, portanto, a impossibilidade destes profissionais se ausentasse de suas funções laborais para conceder a entrevista para a pesquisa. E assim, a entrevista foi realizada fora da unidade hospitalar, e com apenas 01 (uma) assistente social.

4.1 Interesse pela temática.

Peço licença ao leitor para escrever na primeira pessoa, a fim de apresentar a motivação, a aproximação e o interesse do pesquisador por esse objeto de pesquisa.

O interesse pela temática relacionado ao transplante de órgãos sempre foi uma questão latente desde o ensino médio, quando essa temática me chamou a atenção por ser um fato que gera grandes expectativas sendo muitas vezes a única alternativa de esperança de vida que surge ao paciente que se encontra em uma fila de espera por um órgão para realização de transplante. Na academia tive uma profunda inquietação por perceber que mesmo com a grande quantidade de pessoas que vão a óbito todos os dias, ainda assim, a quantidade de órgãos disponíveis para não preenche a necessidade de todos que esperam incansavelmente por órgãos para a realização tal procedimento.

A motivação da escolha do tema trata-se de uma problemática que considero de grande relevância social e pessoal, a mesma surgiu do desejo de chamar a atenção da sociedade de modo geral, com o intento de sensibilizar o máximo possível dessa massa quanto à doação de órgãos, para que possa um maior número plausível de pessoas possam realizar as cirurgias de transplantes. Assim, havendo mais doações, possibilitará também um maior número de transplantes e maior chance de sobrevivência e melhoria na qualidade de vida daqueles que precisam apenas de um “sim”, uma vez que a doação por morte, no Brasil,

depende exclusivamente da permissão familiar, e ainda sem nenhum custo e/ou dano ao possível doador vivo.

A pesquisa teve a pretensão de contribuir com o tem em estudo, servindo assim, de suporte para outros pesquisadores, gerando assim uma motivação à reflexão, principalmente aos pesquisadores que tenham interesse pela temática em evidência. Já que se trata de uma questão no momento pouco abordada, as fontes de pesquisa são escassas. O estudo aponta para estimular o debate, o interesse e o incentivo ao acesso à pesquisa no universo acadêmico, pretendendo assim, poder oferecer uma possível parcela contribuição para a melhoria na prática do assistente social em transplantes de órgãos.

A importância da pesquisa para a academia surgiu não apenas como um requisito para fazer jus a uma titulação acadêmica, mas compreender um universo de reflexões acerca da formação profissional, e na prática cotidiana nos desafios no processo de descortinar a realidade dentro de uma visão lógica possibilitando influenciar na conscientização e transformação dos sujeitos, através de articulação das informações relevantes sobre como se dá todo o processo de transplante de órgãos.

A aproximação com a temática se deu na disciplina de Pesquisa em Serviço Social I no quarto semestre quando à professora dessa disciplina requisitou um Projeto de Pesquisa que foi desenvolvido em equipe, no semestre seguinte dei continuidade ao projeto, desta feita na disciplina de Pesquisa em Serviço Social II, foi quando surgiram inúmeros questionamentos e ao aprofundar-me nos estudos, houve maior aproximação com objeto de pesquisa. No sétimo semestre na disciplina de TCC I, decidi continuar pesquisando o mesmo tema. Já que tinha a pretensão de realizar o estágio obrigatório no setor de transplante, só que para minha surpresa não consegui estágio no campo em que pretendia realizar a pesquisa que seria na Unidade de Atendimento em Transplantes no HUWC/UFC. No momento pensei em desistir, mas, no entanto, a paixão por essa temática era gritante, a qual me impulsionou a partir então, para conhecer o campo de estudo mesmo sabendo que seria um grande desafio pela frente e que não seria fácil adentrar nesse campo de pesquisa, e não foi nada fácil e sim, extremamente difícil.

4.2 As estratégias metodológicas

No sentido de buscar novos conhecimentos mais criteriosos, que os providos de conhecimentos filosóficos propagaram-se a ciência, a qual institui um aprofundado espaço intelectual da atualidade, compreendendo que a ciência tem como objetivo principal

aproximar-se da verdade dos fatos. Nessa acepção com o objetivo de compreender a atuação profissional do assistente social junto aos pacientes transplantados no Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC, em Fortaleza, as visitas ao campo de pesquisa foram realizadas no período da manhã, nos meses de outubro e novembro de 2015.

A pesquisa foi realizada através de um extenso percurso que ultrapassou o conhecimento empírico. Iniciou-se com a pesquisa bibliográfica através da coleta de literaturas peculiares a temática em estudo, o que nos permitiu uma fundamentação teórica do objeto da pesquisa. “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. (GIL, 2009).

Utilizamos também a pesquisa documental, por meio de documentos e relatos sobre transplantes nos arquivos eletrônicos, entrevistas, documentários, site do HUW/UFC e na biblioteca da Faculdade de Medicina. Em geral, toda a base de material disponibilizada de dados escritos é chamada de documento. (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Em seguida, foi realizada a pesquisa de campo junto as assistentes sociais que atendem a uma grande demanda e desenvolvem suas ações interventivas, em equipe constituída de quatro profissionais na unidade de atendimento em transplante de órgãos no HUWC. No estudo de campo Estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação de seus componentes. Assim, o estudo de campo tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação. (GIL, 2009).

Na presente pesquisa, foram realizadas as técnicas de observação não-participativa, em que foram observadas as ações realizadas pelas assistentes sociais em atendimento às demandas espontâneas, adesão ao tratamento; no ambulatório pré-transplante onde são atendidos os pacientes em avaliação e também o familiar ou cuidador, onde são realizadas Entrevista; Acompanhamento Social; Parecer Social; Avaliação Social; Visitas a beira do leito dos pacientes e Acompanhantes durante a internação.

Após incomodas visitas ao campo de pesquisa, fomos informadas que a amostragem dos sujeitos da pesquisa não seria possível no preciso espaço institucional, por uma série de dificuldades, principalmente de natureza estrutural, por falta de recursos físico e humano, pois devido a equipe de assistentes sociais ser considerada insuficiente para atender a grande demanda que além de ser vinda da capital, também uma grande maioria é proveniente do interior do estado.

No entanto, apesar de todas as dificuldades não nos atenuamos, mas persistimos tentando outros caminhos e assim, depois de diversas tentativas, finalmente, conseguimos um

retorno positivo vindo de uma das profissionais assistentes sociais, que finalmente, aceitou participar da entrevista, colaborando assim para a realização da pesquisa.

A entrevista semiestruturada foi outra técnica utilizada para a coleta de dados. A partir do seu consentimento verbal e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), onde fizemos juntas a leitura em que esclarecemos com relação a garantia da ética profissional e do sigilo quanto a sua identificação pessoal e profissional.

Também foi informada que a pesquisa tem por objetivo principal compreender a atuação do assistente social junto aos pacientes transplantados no HUWC. Além dos objetivos específicos que são: investigar a atuação do assistente social na viabilização das Políticas de Transplantes de Órgãos; verificar como se dá a atuação do assistente social junto à equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes transplantados; e descrever de que forma se efetivam a Política Nacional de Transplantes junto ao HUWC.

Como instrumento para a coleta de dados utilizamos o roteiro da entrevista semiestruturada, que se encontra dividido em quatro etapas: identificação pessoal e profissional da assistente social; dados específicos sobre a sua atuação profissional do assistente social no processo de transplantes; as competências do assistente social na equipe multiprofissional; e na efetivação da Política Nacional de Transplantes no HUWC. E também fizemos uso de outro instrumento de coleta de dados, o gravador de voz, a partir da permissão da assistente social interlocutora da pesquisa.

4.3 Apresentação do campo de pesquisa

Segundo o (Link: A história do Walter Cantídio confunde-se com a história da Faculdade de Medicina no Ceará. No site do HUWC/UFC em: www.huwc.ufc.br/site.php%3Fpag%3D17), o qual firma que em 1952, iniciou-se a construção da primeira Unidade do Hospital de Clínicas destinada à área de Medicina Interna e Doenças Infectocontagiosas (isolamento) em convênio com o Departamento Estadual da Saúde. Essa unidade constituiu-se o núcleo embrionário do atual Hospital Universitário e foi inaugurada em 1954. Passando a ser integrada à Universidade Federal do Ceará (UFC), onde a Faculdade de Medicina assumiu a direção e transferindo em 1957, a Faculdade de Medicina para o Hospital (HUWC/UFC, 2015).

Foi inaugurado oficialmente em 1959, com o nome de Hospital das Clínicas com a presença do Presidente da República Juscelino Kubitschek. A Faculdade de Medicina assumiu

também a direção do Hospital. Em 1967, a Faculdade de Medicina foi transferida para outro prédio ao lado. Nesse período o Hospital teve a sua estrutura administrativa melhor definida, estando hierarquicamente subordinado à Faculdade de Medicina/UFC.

O HUWC está integrado ao SUS, sendo referência para a formação de recursos humanos para esse sistema, no desenvolvimento de pesquisas e na atenção à Saúde no estado do Ceará. Sendo também campo de extensão para estudantes de graduação e pós-graduação dos cursos de Saúde da UFC, assim, como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia, da UFC, também recebe alunos da área de saúde de outras faculdades do estado. (HUWC, 2015).

Em 1974, foi assinado um convênio entre a Universidade Federal do Ceará e a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), a gerência do Hospital passou a ser responsabilidade desta Sociedade, o que permitiu maior flexibilidade técnico-administrativa. No início de 1980, passou a ser chamado Hospital Universitário Walter Cantídio em homenagem ao professor Dr. Walter de Moura Cantídio um de seus fundadores.

O HUWC está situado à Rua Capitão Francisco Pedro, 1290, no bairro Rodolfo Teófilo, CEP: 60430-37 telefone de contato: (85) 3366.8167, em Fortaleza-Ceará. A estrutura organizacional assistencial hospitalar de médio porte está composta de 04 divisões, 04 setores e 29 unidades, entre estas: a Unidade de Transplantes. Tem perfil assistencial de média e alta complexidade.

Os estudos pioneiros em transplante no HUWC/UFC, em Fortaleza- CE, datam do início de 1976, quando foi fundado o Centro de Pesquisa em Doenças Hepato-Renais do Ceará (CEPHRECE). Em 1988, com os avanços obtidos e com os aperfeiçoamentos técnicos e nos estudos clínicos, o HUWC realizou o primeiro transplante com doador falecido.

Em 2002 foi criado o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). Vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e ao Ministério da Educação (MEC), através da Portaria 2.117 de novembro de 2005, tem o objetivo de capacitar profissionais reforçando o empenho nos serviço de saúde, possibilitando o aperfeiçoamento na formação profissional solidificando a integração entre a teoria e prática na vivência do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HUWC/UFC tem como missão: promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. Seus valores são: Ética, Legalidade, Moralidade, Impessoalidade, Publicidade, Eficiência, Equidade, Humanização, Segurança do Paciente, Valorização

Profissional, Profissionalismo. Por suas características de natureza pública e integrante do SUS, dispõe de atendimento 100% pelo SUS, tendo como objetivo a prestação de assistência à saúde de qualidade à população.

Possui habilitação pelo Ministério da Saúde em transplante: renal; transplante de medula óssea - autogênico e alogênico; pâncreas isolado; conjugado rim e pâncreas; córnea/esclera; rim; fígado; medula óssea, retirada de órgãos e tecidos. Cada equipe de transplante faz a retirada de um órgão de acordo com a Portaria 368/2010 do MS. Ao longo dos anos, o Hospital das Clínicas passa por consecutivas reformas e ampliações na área física com acréscimos do número de leitos e a criação de novos serviços. Atualmente tornou-se um hospital de referência não só para as demandas da capital cearense, mas também para a grande demanda vinda do interior do estado.

Em 2014, a partir do gerenciamento do HUWC e da MEAC pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), ocorreu uma reorganização institucional, e os setores de Serviço Social dos hospitais, por concurso público, iniciam o processo de ampliação do quadro de assistentes sociais, com o objetivo de ampliar a sua inserção, aprimorando e qualificando cada vez mais a atuação profissional.

O dimensionamento de serviços assistenciais tem a finalidade de mapear todas as áreas do hospital, sua complexidade, identificando cada serviço, instalações física (salas, nº de leitos e outros.) e profissionais/especialidades, para subsidiar o processo de dimensionamento de pessoas, bem como a revisão de contratualização com a Gestão do SUS. Para fins metodológicos o documento está estruturado pelos eixos ambulatorial, urgência e emergência, internação apoio diagnóstico apoio terapêutico, regulação e avaliação em saúde e vigilância em saúde.

4.4 A atuação do assistente social no HUWC - Setor de transplantes

Os assistentes sociais no HUWC apesar trabalharem em grupo de 4 (quatro) profissionais por plantões, apenas uma profissional disponibilizou-se a participar da entrevista, na condição de que a esta fosse concedida na parte externa da unidade hospitalar, podendo a mesma ser gravada, na condição de que a sua identificação pessoal e profissional não fosse revelada. Dessa forma, foi deixado livre para que a mesma fizesse a escolha quanto ao seu pseudônimo. Então, a mesma optou por ser chamada pelo nome fictício Esmeralda. Assim, foi realizada a entrevista respeitando os aspectos éticos da pesquisa.

A criação do Serviço Social do HUWC se deu em 1974, campo em que são desenvolvidas ações de planejamento e assessoria, de educação e informação em saúde de caráter emergencial, assistencial, e acompanhamento nos Ambulatórios de Transplante (Renal, Hepático e de Medula Óssea/Hematologia), Ambulatório de Saúde Mental e Unidades de Internação, através do acompanhamento social aos pacientes internados nas Clínicas Médicas (I, IIA, II B, e IV (Pediatria), Clínicas Cirúrgicas I e II e III (transplante) e UTIs Clínica e Cirúrgica). Além da MEAC que foi criada em 1985.

O Serviço Social dos Hospitais Universitários (HUWC e MEAC) tem por missão a realização de ações de caráter articulador, educativo, informativo e preventivo, objetivando favorecer o exercício da cidadania, viabilizando o acesso dos usuários aos serviços de saúde de qualidade, estimular as relações interdisciplinares, bem como, contribuir para o desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão.

A equipe de assistente social no HUWC teve um aumento significativo em 2010, quando foi implantado o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI), o mesmo compõe-se de seis áreas distintas, são elas: a Assistência em Transplante; Terapia Intensiva; o Diabetes; a Saúde da Mulher e da Criança; o oncohematologia; a Saúde Mental. Os assistentes sociais estão inseridos em diversas áreas do Hospital Universitário, fazendo parte de comitês de pesquisa, comissões e colegiados institucionais, fomentando ainda espaços de formação profissional por meio do estágio supervisionado.

Os assistentes sociais inseridos na equipe multiprofissional, a qual constitui práticas interdisciplinares que visam formar recursos humanos para atuar apoiando nos princípios do SUS com a modalidade de ensino de Curso de Especialização contribuindo com a formação dos profissionais da saúde nas dimensões teórico-metodológica, ético-profissional e técnico-operativo.

Estes profissionais de Serviço Social trabalham em equipe de 4 (quatro) profissionais por plantão, diurno e também noturno. Até julho deste ano, a quantidade destes profissionais era insuficiente para completar a escala. Agora o Hospital conta com 20 (vinte) destes profissionais, distribuídos em toda a instituição, 10 (dez) destes profissionais são contratados por meio do concurso realizado pela EBSEH, e os outros 10 (dez) são os (as) assistentes sociais residentes.

Os profissionais assistentes sociais realizam seus atendimentos em uma pequena sala, sem possibilidade de que haja sigilo sobre a conversa com os usuários, conforme Resolução 493/2006, onde sua rotina profissional é mais direcionada para o acompanhamento aos

pacientes que ficam por conta das equipes de cada modalidade de transplante, estas compõem a equipe multiprofissional de assistência em transplante que somam o total de 6 (seis) categorias de profissionais por cada equipe, sendo: 3 (três) enfermeiros , 2 (duas) nutricionistas, 3 (três) fisioterapeutas, 2 (dois) psicólogos , 5 (cinco) farmacêuticos, 4 (quatro) assistentes sociais.

Os assistentes sociais adotam uma rotina cotidiana institucional direcionada aos pacientes no processo transplante, no pré e no pós-transplante, onde são atendidas as demandas espontâneas, adesão ao tratamento; no ambulatório pré-transplante onde são atendidos pacientes em avaliação e também o familiar ou cuidador; são realizadas Entrevista; Acompanhamento Social; Parecer Social; e Avaliação Social com ênfase no contexto social e familiar.

No atendimento ambulatorial, os profissionais assistentes sociais atuam junto à equipe multiprofissional no sentido de prevenir a saúde, a adesão ao tratamento e recuperação da saúde. Esse é um processo realizado por meio de entrevista social com paciente e acompanhante, buscando perceber os aspectos socioeconômicos e familiares dos usuários indicados ao transplante, observando questões que possam interferir no momento do pré e/ou pós-transplante.

Nas sessões clínicas dos Programas de Transplante, onde acontece troca de informações entre a equipe médica, e os demais profissionais que compõem e que acompanha os pacientes na internação e ambulatório de transplantes com funcionamento de 24 horas com profissionais altamente capacitados e habilitados pelo SUS.

A entrevista de acompanhamento social é direcionada por critérios avaliativos, que abordam aspectos como a identificação do paciente, o nível de escolaridade, a condição de renda e moradia, se há acompanhante disponível para o paciente durante todo o processo de transplante, se o paciente é acompanhado por algum equipamento social, entre outras ações. Na entrevista o assistente social avalia, de acordo com os dados obtidos, se o paciente apresenta as condições para a realização do transplante, identificando se há a necessidade de acompanhamento social ou de discussão com a equipe multiprofissional, para que sejam apresentadas estratégias de superação das questões sociais e familiares, visando a realização do tratamento do usuário.

A atuação profissional do assistente social contribui para qualificar a atenção à saúde do paciente, buscando garantir os direitos e a realização do tratamento, realizando as orientações e canalizações, nos casos em que houver contribuição ao INSS, deve-se identificar se há carência para a solicitação do auxílio-doença foi cumprida, se ainda há

condição de segurado ou não e então prossegue explicando o caráter contributivo da previdência social e os procedimentos necessários para iniciar o atendimento junto ao INSS.

No procedimento do transplante, predominam os pacientes inseridos nos critérios de renda para o BPC, os quais são orientados acerca do direito de acessar esse benefício; também, busca-se contato com outras instituições (secretarias municipais e/ou estaduais de saúde; promotoria de defesa da saúde; defensoria pública da união) no intuito de viabilizar outras garantias sociais importantes para a recuperação da saúde do paciente.

Mesmo diante de tantos desafios que se apresentam no cotidiano da atuação profissional do assistente social, este realiza suas ações junto aos usuários do SUS, efetivando o acesso à política de saúde, face de um contexto de serviços de saúde precarizados e fragilizados pela insuficiência de recursos físico, financeiro, humano, e material como a falta de medicamentos, dentre outros.

Ainda assim, são realizadas ações socioeducativas, individuais e coletivas, no sentido de prestar orientações aos usuários, tendo em vista promover um atendimento de qualidade em busca de consolidar a cidadania, os direitos sociais, o controle social e garantir as políticas sociais públicas com o objetivo de formar uma rede de apoio ao paciente levando as ações também para a comunidade local; essas ações se iniciam desde os primeiros atendimentos do paciente na unidade de transplante.

A assistente social interlocutora desta pesquisa é solteira, residente em Fortaleza, graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará-UECE há 4 (quatro) anos, trabalha no HUWC há 2 (dois) anos na Unidade de Atendimento em Transplante. A mesma optou ser chamada pelo nome fictício “Esmeralda²”, a fim de manter em sigilo a sua identificação pessoal e profissional.

Com relação à atuação do assistente social na equipe multiprofissional de atendimento ao paciente transplantado no HUWC, a assistente social Esmeralda respondeu:

“De acordo com Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, os quais apresentam instrumentos que fundamentam e caracterizam a especificidade da atuação profissional do assistente social, mas isso não é compreendido pela grande maioria dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde. O assistente social desenvolve ações que não são pertinentes à competência do Serviço Social e assim, acaba prejudicando o desenvolvimento no atendimento”. (Esmeralda, 2015).

É de fundamental importância o trabalho do assistente social na equipe de saúde, para a integração das ações entre os demais profissionais sobre as condições e evolução do

² Esmeralda é o nome fictício utilizado pela assistente social interlocutora da pesquisa

paciente e ainda, o fortalecimento da existência de uma rede de apoio às demandas. Porém, é imprescindível que este, articule através de reuniões, palestras, debates entre os demais profissionais que constituem a equipe multiprofissional quanto ao esclarecimento sobre as competências e atribuições dos profissionais do Serviço Social.

Vasconcelos (2012) menciona em sua pesquisa que: vale observar que os (as) assistentes sociais só apontam a existência do trabalho em equipe quando instigados por questões especiais sobre esta temática. Quando estes não deixam de introduzir as reuniões em equipe como parte de sua rotina de trabalho, a menos que poucos assistentes sociais que trabalham nos Postos de Atendimento Médicos (PAMs).

Quando lhe foi perguntado, como está constituída a equipe multiprofissional de atendimento ao paciente no processo de transplante do HUWC, Esmeralda respondeu:

“A equipe multiprofissional de assistência em transplante é muito bem estruturada, ela é constituída de profissionais altamente capacitados pela RESMULTI que são: os assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas e médicos, cirurgiões, hepatologistas, intensivistas e instrumentadores. Há uma interdisciplinaridade entre os profissionais na equipe de saúde, com destaque na prática cotidiana dos assistentes sociais que demanda adotar ações difundidas de manipulação de variáveis de resolução imediatas com base nos referenciais teórico-metodológicos e princípios ético-políticos. Partindo da compreensão das particularidades do exercício profissional e das singularidades do cotidiano profissional”. (Esmeralda, 2015).

Os assistentes sociais ao participar da equipe de saúde possuem aspectos próprios de análise interpretativa quanto às condições de saúde do usuário, conduzidos por competências e atribuições distintas que dimensionam as suas ações. Estas vão demandar desse profissional a expressão dos seus princípios éticos-político, os quais estão explícitos na Lei de Regulamentação Profissão e no Código de Ética Profissional de 1993. Isso é o que de fato torna sua prática diferente dos demais profissionais que constituem a equipe multiprofissional de saúde.

Conforme Vasconcelos (2012) confere que ao relatar sobre as competências e atribuições dos assistentes sociais, sobre a Lei de Regulamentação da Profissão - 8.662/1993, a qual requisita do profissional as seguintes atribuições: reprodução das relações sociais numa concepção de totalidade; apreensão crítica dos métodos sociais de produção; percebendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; crítica do movimento histórico da sociedade brasileira; identificando as demandas presentes na sociedade, propondo formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social. Nessa perspectiva,

Ao ser indagada com relação à atuação do assistente social na saúde, Esmeralda relatou:

“Realizamos atendimento a uma demanda espontânea de usuários, durante o processo de transplante. Por meio de gerenciamento da prestação da assistência social e os direitos de cidadania aos usuários do SUS, oferecendo suporte a equipe multiprofissional de saúde, através de ações articuladas junto as organizações governamentais e não-governamentais que formam a rede de proteção social; prestando informações sobre benefícios, programas, projetos e serviços de acordo com as necessidades de cada usuário; elaboração de parecer social, visita domiciliar; avaliação social com ênfase no contexto social e familiar de cada usuário. E no pós-transplante realizamos atendimento ambulatorial, clínico e cirúrgico; visita ao leito; transferência de medicamentos para outros estados” . (Esmeralda, 2015).

De acordo com a fala de Esmeralda constatamos que o atendimento aos usuários não tem de fato se efetivado como estabelece a Constituição Federal de (1988) no seu Artigo 126, onde garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas de acesso universal e igualitário nos serviços oferecidos. Diante das dificuldades vivenciadas no cotidiano profissional, os (as) assistentes sociais ficam limitados a realização de suas intervenções e de democratizar os atendimentos.

Iamamoto (2014) afirma que o assistente social vive na contemporaneidade um dos maiores desafios que é estender sua capacidade de decifrar a realidade e levantar propostas de trabalhos criadoras e capazes de conservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano profissional.

Quando perguntada sobre a atuação do assistente social na viabilização da Política de Transplante de Órgãos no HUWC, Esmeralda relatou:

“O Assistente Social presta atendimento ambulatorial, clínico e cirúrgico na assistência em transplantes de órgãos, buscando garantir apoio no diagnóstico e tratamento aos usuários no estágio pré e pós-transplante, aos familiares ou cuidador na prevenção do adoecimento, visando à promoção, a proteção e a recuperação da saúde do paciente, a medida do possível. Nesse processo, deve-se primar pelo diálogo com as Políticas de Saúde, e de Assistência social que contribuem para qualificar a atenção à saúde do paciente, buscando garantir os direitos e a realização do tratamento considerando a singularidade de cada paciente, e da Previdência, em situações em que o usuário não possuir condições de custear os gastos decorrentes do tratamento, são orientados sobre os seus direitos. Tudo isso é realizado com algumas limitações”. (Esmeralda, 2015).

A partir da análise realizada, é admirável a luta dos profissionais assistentes sociais na reivindicação dos direitos sociais e de cidadania da população usuárias, as questões do seu compromisso ético-político e a qualidade de seus serviços, mesmo sendo visíveis as

dificuldades vivenciadas em sua prática cotidiana, de natureza física, financeiro, humano e principalmente material, que são reflexo da política neoliberal adotada no país.

Ainda assim, o assistente social busca a efetivação da garantia dos direitos dos usuários no processo de transplante através de acompanhamento nas equipes especializadas de acordo com os princípios do Código de Ética e da Lei 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão, apesar da existência de uma Política organizada e com resultados positivos.

Ainda de acordo com a entrevistada, a mesma relatou o seguinte, com relação à efetivação da Política Nacional de Transplantes junto ao HUWC:

“É importante ressaltar que O HUWC é uma instituição pública de saúde responsável pela realização de um relevante número de transplantes nos últimos anos no estado do Ceará. A PNT estabelece garantias de direitos aos usuários que necessitam de tratamento ou procedimentos referentes a transplantes de órgãos, condicionando toda a rede assistencial direcionando resoluções através de acompanhamento e fiscalização em equipes especializadas de acordo com a normatização vigente de transplante e em conformidade com as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que regula o SUS. A atuação dos profissionais assistentes sociais na Política de Transplante é orientada pela normatização da Lei 8.662/1993 que Regulamenta a Profissão; pelo Código de Ética Profissional do Assistente Social; os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS e a Carta dos Usuários do SUS”. (Esmeralda, 2015).

A Política Nacional de Transplantes Órgãos é fundamentada e estabelecida pela Lei 9.434/97, que tem como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. A normatização traz também garantias e direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos, bem como regula toda a rede assistencial, em conjunto com as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que regem o SUS.

Constatamos no relato da assistente social Esmeralda as limitações que norteiam o seu desempenho profissional, pois tem enfrentado muitos desafios nas suas ações e intervenções, na busca de garantia de direitos. Visto que o projeto neoliberal tem favorecido impulsos expressivos para o campo da saúde, distorcendo os princípios da Lei Orgânica da Saúde estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, na efetivação da Política de Saúde, pois esta faz referência as relações de força e de poder entre os projetos de Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal Privatista, tendo em vista que as demandas surgem deste confronto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assistente social é um profissional habilitado ao exercício da profissão registrado no Conselho Regional de Serviço Social - CRESS, que o torna credenciado a assumir as competências e atuações. É uma profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente e, sua práxis profissional é orientada pelo Código de Ética Profissional. É uma profissão liberal de nível superior, regulamentada pela Lei 8.662 de 07 de junho de 1993. Podendo desenvolver suas atribuições e competências em diferentes áreas de atuação.

Dessa forma, os assistentes sociais vêm se inserido nas mais diversas áreas de intervenção do Serviço Social como assistente técnico, inclusive na Saúde, sendo necessário estar preparado, conhecer com profundidade a realidade, ter um olhar crítico para fazer a leitura da realidade das mais diversas circunstâncias ou expressões da Questão Social.

O assistente social na saúde dispõe de atribuições e competências que podem contribuir com a atuação profissional em defesa das políticas de saúde, na garantia dos direitos sociais e na viabilização de acesso aos direitos sociais e assim, responder as demandas, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar, e ainda para o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

Os profissionais assistentes sociais atuam nas múltiplas expressões da questão social, sobretudo, nas demandas provenientes de pacientes em processo de transplante, os quais necessitam de um contexto social e familiar que contribua para a realização do procedimento. Assim, demanda repensar a prática profissional, no sentido de atuar nessa realidade, buscando uma abordagem que contemple as interfaces entre a saúde, e a assistência, objetivando contribuir para a promoção da saúde e da ampliação dos direitos dos usuários.

É imprescindível que no processo de transplantes o assistente social compreenda as questões das singularidades percebendo cada usuário com a sua história, as suas dificuldades, os seus enfrentamentos, sendo este sujeito entendido numa visão de totalidade, apreendendo cada demanda, como singular, no contexto histórico e cultural em que cada usuário está inserido.

Mesmo sendo este um campo ainda novo com relação à profissão, mas que ocupa um espaço essencial no desempenho da função, tanto no atendimento à demanda, quanto na efetivação da Política de Transplantes no HUWC, por se tratar de um profissional que busca priorizar e possibilitar serviços e atendimentos humanizados e qualificados, utilizando-se de

estratégias de ações imediatas, e de médio e longo prazo para suprir as necessidades de cada usuário.

Embora o assistente social desempenhe um papel importante junto à equipe multidisciplinar de saúde no HUWC, este também enfrenta desafios quanto à sua atuação profissional junto aos demais profissionais que compõe a equipe, havendo certas dificuldades de compreensão quanto às especificidades das atribuições e competências do assistente social face às demandas que lhes são postas. Inseridos num contexto de serviços fragmentados pela precarização e insuficiência de recursos financeiros e materiais. Além da ausência de política educativa de informação em saúde, e restrições no acesso aos direitos sociais.

Verificou-se a amplitude de possibilidades na atuação dos assistentes sociais na Saúde. Isso nos leva a entender que a pluralidade de campos de trabalho para este profissional é proveniente das mudanças na divisão sócio técnica do trabalho em nossa sociedade, ao passo que se amplia os desafios postos à profissão e os acessos de luta pela viabilização dos direitos sociais.

Tendo em visto que as ações dos profissionais estão orientadas pelos princípios do Código de Ética Profissional e pela Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. Assim sendo, mais do que observar é preciso agir de forma competente, crítico, qualificando-se teoricamente. É também preciso ter coragem para superar as limitações que surgem como entraves na prática da garantia dos direitos sociais.

Deste modo, na tentativa de superar os diversos desafios na busca pela efetivação de direitos em favor dos usuários, apesar dos limites institucionais e da própria organização da sociedade, os assistentes sociais enfrentam inúmeras dificuldades no cotidiano profissional, provocadas pela precarização dos serviços público, a falta de estrutura física, recursos materiais, financeiros e humanos.

Compreende-se, que mesmo diante de tantos desafios os assistentes sociais busca a efetivação da Política Nacional de Transplantes (PNT) junto ao HUWC, na garantia de direitos aos usuários que necessitam de atendimento e serviços para realizar procedimentos e tratamentos de transplante de órgãos, através de acompanhamento nas equipes especializadas. É importante ressaltar que a Política de Transplante está em conformidade com as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que regula o SUS.

O assistente social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista, relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que surgem na realidade social, para que possa ter clareza da direção social

da sua prática. Isso implica em assumir valores éticos-morais que sustentam a sua prática, valores esses, que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFAS nº 273/93) e que assumem claramente uma postura profissional de articular as informações entre os demais profissionais que compõem a equipe de saúde.

Evidenciou-se o comprometimento do trabalho dos assistentes sociais no atendimento aos pacientes no processo de transplante, à luz dos direitos sociais destes usuários, na perspectiva de assegurá-los, com real eficácia a todos (a) em sua dignidade de ser humanos, realizando as devidas intervenções com valores éticos e políticos expressos, sobretudo, na vivência cotidiana e no contexto social em que estão inseridos estes sujeitos e que é de responsabilidade dos profissionais assistentes sociais no atendimento em transplantes.

Os profissionais assistentes sociais que atuam neste cenário contribuem no sentido da legitimidade dos direitos sociais, principalmente, com vistas a incentivar o exercício político possibilitando o acesso e a reflexão para a garantia dos direitos à saúde e a cidadania. De modo em geral, é possível sim, desenvolver ações profissionais baseadas na ética e na instrumentalidade do Serviço Social, no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, na ampliação e efetivação dos direitos dos usuários e dos serviços sociais.

Por fim, ressaltamos que os profissionais de Serviço Social tem tentado manter o seu projeto profissional pautado na defesa de valores humano-genéricos, valores esses que caminham na contramão de tudo o quanto geram as desigualdades sociais, as quais o assistentes sociais são chamados a intervir cotidianamente. A manutenção desse projeto na sociedade contemporânea é um fato admirável pela luta desses profissionais na busca incansável pela garantia de direitos.

No entanto, o que percebemos é que o direito à saúde é de fato deficiente, devido as condições de precarização em que se encontra a rede pública de serviços de saúde. Ótica percebida através das consideráveis filas e listas de espera praticamente estagnadas e pela precária eficiência da rede de atenção básica, o que vem se refletir no atendimento de média e alta complexidade em todo Sistema de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABTO e o Transplante Órgãos e Tecidos no Brasil: Uma visão pessoal. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspxmn=512&c=958&s=0&friendly=a-abto-e-o-transplante-de-orgaos-e-tecidos-no-brasil-uma-visao-pessoal>. Acesso em: 21 nov. 2015.

ABTO - Brasil tem queda de transplantes de órgãos em 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2015/05/brasil-tem-queda-no-numero-de-transplantes-de-orgaos-em-2015.html>. Acesso em: 11 dez. 2015.

ABTO - Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplante – ABTO News. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/ABTO_News/2010/3.pdf. Acesso em: 16 set. 2015.

ALENCAR, Silvia Cristina Sprengel de. Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. 148 f. Curitiba, Paraná, 2006.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos. 7. Ed. – São Paulo, Cortez, 2008.

BARROCO, Maria Lúcia S; TERRA, Sylvia Helena; CFESS (Org.). Código de Ética do/a Assistente Social Comentado. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988 – Brasília, 2009.

BRASIL, Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 e cria o SNT. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação sobre transplantes no Brasil, Brasília, 2006.

BRASIL, Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação sobre transplantes no Brasil, Brasília, 2006.

BRASIL, Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação sobre transplantes no Brasil, Brasília, 2006.

BRASIL, Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>. Acesso em: 19 nov. 2015.

BRASIL, Portaria GM n. 3.407, de 05 de agosto de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação sobre transplantes no Brasil. Brasília, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. “**Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate”. Serviço Social e Saúde / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs). – 4ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CRESS/ABEPS - Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CRESS/ABEPS, 2009.

CFESS - Código de Ética do Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 3 ed. rer. e atual. (Brasília): CFESS, 1997, 52 p.

CRESS - O trabalho do Assistente Social no SUAS-CFESS. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO_SS_no_SUAS%282009%29.pdf. Acesso em: 17 dez. 2015.

CFESS - Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília: 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_versao_preliminar.pdf. Acesso em: 16 out.2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde**. In: Ana Elizabete Mota [et al.] (orgs), Serviço Social e saúde. - 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 131-132- 135.

DIEHL, Astor Antonio. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

FERNANDES, M.^a Dolores G. **A prática do Assistente Social em Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes**. Revista Serviço Social - H.C. Faculdade de Medicina de São Paulo, 1995.

GARCIA, V. D; **FILHO**, M. A; **NEUMAM**, J; **PESTANA**, J. O. M. **Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 2ª ed. São Paulo: Segmento; 2006.

GARCIA, Valter Duro. **A Política de Transplantes no Brasil**. – Artigo Especial: Revista da AMRIGS, Porto Alegre: 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HUWC/UFC - A história do Walter Cantídio confunde-se com a história da Faculdade de Medicina no Ceará. Disponível em: <http://www.huwc.ufc.br/site.php%3Fpag%3D17>. Acesso em: 17 dez. 2015.

HUWC/UFC - HUWC de Fortaleza supera São Paulo e lidera transplante de fígado. Disponível em: <https://dialogos politicos.wordpress.com/2015/02/25/hospital-walter-cantidio-de-fortaleza-supera-sao-paulo-e-lidera-transplantes-de-figado-no-brasil/>. Acesso em: 17 dez. 2015.

HUWC/UFC - Se mantém como o maior centro transplantes de órgãos do Norte – Nordeste. Disponível em: <http://vidaarteedireitonoticias.blogspot.com.br/2013/02/huwc-ufc-se-mantem-como-maior-centro-de.html>. Acesso em: 11 dez. 2015.

HUWC/UFC - Serviços de transplantes de fígado do HUWC/UFC. Disponível em: http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/File/DIM/PROTOCOLOS%20CLINICOS%20HUWC/transplantepancreas.pdf. Acesso em: 16 de nov. 2015.

HUWC/PREQUAVI - HUWC alcança a marca de 1000 transplantes de fígado realizados. Disponível em: <http://prequavihuwc.webnode.com.br/news/huwc-alcan%20c3%a7a-a-marca-de-1000-transplantes>. Acesso em: 15 dez. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional. 25. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IPEA - Aponta desigualdade nos transplantes de órgãos. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1629.pdf. Publicado em junho de 2011. Acesso em: 18. set. 2015.

IPEA - Um estudo sobre as filas para as internações e para transplantes no sistema único de saúde brasileiro. Rio de Janeiro, nov. 2004 (Texto para discussão, n. 1.055). 32. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1055.pdf. Acesso em: 18 set. 2015.

LIMA, E.D.R.P.; MAGALHÃES, M.B.; NAKAMAE, D.D. Aspectos ético-legais da retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Rev. latino em enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 5-12, outubro 1997.

MANRIQUE, Castro Manoel: História do Serviço Social na América Latina. Tradução de José Paulo Netto; Balkys Villalobos. 12. ed. São Paulo: Cortex, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In MINAYO, Maria Cecília de Sousa. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Transplantes de órgãos no Brasil. Brasília 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Sistema nacional de Transplantes. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004. Acesso em: 05. nov. 2015.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. - 5. ed. - São Paulo: Cortez, 2001.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. A Humanização na Assistência a Saúde. Rev. Latino-americana de enfermagem, 2006 março - abril; 14 (2): 277-84.

PAIM, J.S. O QUE É SUS. Col. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p.

PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010.

PORTAL BRASIL - O aumento de transplantes realizados pelo SUS no norte-nordeste. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/02/aumenta-o-numero-de-transplantes-realizadas-pelo-sus-no-norte-e-no-nordeste>. Publicado em 01 de Fevereiro de 2013. Acesso em: 16. mai. 2015.

REVISTA DESAFIOS DO DESENVOLVIMENTO, 2010. Ano7. Edição 63. Transplantes - Brasil dispara em transplantes de órgãos e cresce também em número de doadores. Disponível em: http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1297. Acesso em: 16.mai. 2015.

RODRIGUES, Thais Kuhn; JÚNIOR, Antônio Alves. Estimativa do número de possíveis doadores de Órgãos no estado de Sergipe no ano de 2007. jbt j bras. transpl. 2010.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Previdência Social Um direito conquistado: resgate histórico, quadro atual e propostas de mudanças. 2. Ed. – rev. ampl. e atual- Brasília,1997.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

UFC - Hospital Walter Cantídio é destaque em Transplantes. Disponível em: <http://ufc.br/noticias/noticias-de-2014/4817-hospital-universitario-walter-cantidio-e-destaque-nos-transplantes-de-figado-na-america-latina-em-2013>. Acesso em: mai. 2015.

VARANDAS, Fernanda Varandas. Análise da direção ético política do assistente social na perspectiva do projeto hegemônico profissional. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2011. 100 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A Prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Identificação Pessoal/Profissional

- 1- Qual seu nome? Idade? Estado civil?
- 2- Quanto tempo de formada? E qual o seu trabalho atualmente no HUWC?
- 3- Qual seu cargo/função? Quanto tempo nessa função?
- 4- Tempo de trabalho na saúde, por quais funções já passou ou exerceu?

2- A atuação do Assistente Social na Saúde

- 5- Quais são as atividades do assistente social definida pelas normatizações atuais?
- 6- Como se dá a capacitação profissional para o exercício no cotidiano?
- 7- A autonomia profissional é respeitada/garantida?
- 8- Quais os principais desafios enfrentados pelo assistente social na contemporaneidade? E como você responde a esses desafios?
- 9- O que significa para você o compromisso ético-político no trabalho do assistente social na Saúde?

3- A atuação do assistente social junto à equipe multiprofissional no HUWC

- 10- Como está constituída a equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes no processo de transplantes?
- 11- Como está inserido o assistente social na equipe multiprofissional?
- 12- Como se dão as relações institucionais junto à equipe multiprofissional?
- 13- Qual a natureza de tensões e conflitos, se existentes?

4- A Política Nacional de Transplantes

- 14- De que forma o assistente social busca a efetivação da Política Nacional de Transplantes (PNT) junto ao HUWC?
- 15- Qual o impacto de questões políticas no quadro de transplantes no HUWC?
- 16- Quais são as maiores dificuldades no desempenho de sua função?

APRÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: **Atuação do Assistente Social Junto aos Pacientes Transplantados no Hospital Universitário Walter Cantídio**, desenvolvida por **Maria Salete Mendes Lima**. Fui informado, ainda, de que a pesquisa é orientada por **Kelly Maria Gomes Menezes** a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº _____. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é **Compreender a atuação do assistente social junto aos pacientes transplantados no HUWC**. Fui também esclarecido de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e/ou seu (sua) orientador. Fui ainda informado de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, 27 de Novembro de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura da testemunha