SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: as contribuições do assistente social no acesso dos usuários ao direito à saúde

Reila Alves Pio[1]
Tereza Cristina Pires Favaro[2]

RESUMO: O estudo versa sobre as contribuições do trabalho do assistente social no acesso dos usuários aos bens e serviços necessários à concretização do Transplante de Médula Óssea (TMO). O lócus de realização do estudo é o Hospital Universitário da UFG, referência no estado de Goiás. A sua fundamentação teórica é o materialismo histórico-dialético, pela possibilidade de ir além da aparência imediata do fenômeno estudado e apreender suas contradições. O estudo é qualitativo e verificou os desafios para a intervenção do assistente social consciente do Projeto Ético-Político-Profissional diante da conjuntura de avanço do neoliberalismo e sua programática de redução dos investimentos em políticas públicas, sobremaneira no campo social, com a precarização dos serviços sob a lógica seletiva e fragmentada. Também contrapõe o princípio da universalidade de acesso ao direito à saúde dos usuários que recorrem ao programa de Tratamento Fora do Domicilio (TFD), com deslocamento a outros locais para realizar o transplante garantido por lei.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde; Direitos Sociais;TMO; TFD.

ABSTRACT: The study is about the contributions of the social worker's work in the access of users to goods and services needed to accomplish the Bone Marrow Transplantation. The locus for conducting the study was a reference University Hospital in the state of Goiás. Its theoretical basis is the dialectical historical materialism for the possibility of going beyond the immediate appearance of the phenomenon studied and seize its contradictions. The study is quantitative and verified the challenges for the intervention of the social worker conscious of the Professional Ethical and Political Project in face of the neoliberal advance conjuncture and its programmatic reduction of investments in public policies, especially in the social field, with precariousness of the services under the selective and fragmented logic. It also opposes the principle of universality of access to the right to health of users who use the program of out-of-home treatment, with travel to other locations to perform the transplant guaranteed by law.

Keywords: Social Service; Health; Social Rights; TMO; TFD.

[1]Assistente social, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Goiás - HC- UFG. reilaalvespio@gmail.com
[2] Assistente social, professora do Curso de Serviço Social/Universidade Federal de Goiás – Câmpus Goiás - favaro@ufg.br

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo, ancorado na teoria social crítica, tem como objeto os usuários atendidos no Serviço de Hematologia e Hemoterapia do Hospital Universitário da UFG, hospital de referência na região centro-oeste, e o seu direito de acesso aos bens e serviços necessários para lhes garantir o Transplante de Medula Óssea efetivado por meio do Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), numa ação interdisciplinar em que ganha relevo o trabalho do assistente social na aproximação desses usuários ao seu direito à saúde.

O interesse em aprofundar o conhecimento do objeto adveio das inquietações e indagações surgidas durante a experiência profissional vivenciada como assistente social residente do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde, no eixo de hematologia e hemoterapia.Tal formação possibilitou empreender reflexões sobre a construção do conhecimento, o trabalho do assistente social na saúde, além da aproximação com a realidade sócio-familiar dos usuários atendidos no hospital do estudo. Posto isso, o caminho escolhido para apreender o movimento do objeto foi o da pesquisa bibliográfica, documental e de campo, tendo como participantes usuários indicados ao Transplante de Medúla Óssea (TMO) que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada. A relevância do estudo encontra-se na possibilidade de produzir dados inéditos, contribuir com a área do estudo, dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelo assistente social e empreender uma reflexão sobre o acesso ao direito à saúde dos usuários indicados para transplante. Os resultados obtidos devem ser interpretados como possibilidades para novas reflexões e estudos, não como afirmações conclusivas.

Ressalte-se ainda que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFG/Ebserh, por meio da Plataforma Brasil, aprovada conforme Parecer Consubstanciado n. 4.605.283, de 22 de março de 2021.

2 SAÚDE COMO DIREITO: TRAJETÓRIA DE LUTA E RESISTÊNCIA

No Brasil, a trajetória histórica da política de saúde registra significativos avanços com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que resultou na criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando a organização da saúde pública brasileira. Tal conquista se inseriu na luta pela redemocratização da sociedade brasileira, expressão da luta dos trabalhadores organizados, com destaque para o Movimento de Reforma Sanitária (MRS)[3], deflagrado em meados da década de 1970, e que teve, como marco histórico, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) – sob o lema "saúde é democracia" –, que reuniu cerca de 4.500 participantes para discutir os rumos da saúde no país.

Destaque-se que parcela do Relatório Final dessa conferência foi incorporada à Constituição Federal de 1988, no capítulo que trata da saúde, e deu base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma estratégia do Movimento de Reforma Sanitária. Na Carta Magna, a saúde é direito de todos e responsabilidade do Estado, integra o Sistema da Seguridade Social brasileiro, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, de caráter universal, não contributiva, consolidada a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8080/1990, que avança ao tratar do conceito ampliado - formulado em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde - conforme o seu Art. 3º:

> Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

[3] Processo de lutas e mobilização dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular, iniciado em meados de 1970 com a distensão política e ampliado na década de 1980. A proposta central era assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO,2015, p.14).

O SUS está estruturado em princípios basilares de universalidade, contendo a regionalização/hierarquização da rede e a participação da comunidade na gestão do sistema (BRASIL, 1990). Em um cenário adverso, com a redução dos investimentos em saúde provocados pela PEC-95 e a onda privatista das políticas públicas, o SUS tem contribuído para mudanças na atenção à saúde, com atuação fundamental no enfrentamento da pandemia da Covid 19.

Importa observar que a construção do SUS coincide com a adesão do Estado brasileiro à agenda neoliberal, que, orientada pelo Consenso de Whashington (1989), vem impulsionando a redução do papel do Estado na área social, com pífia presença tanto na economia como na prestação de serviços públicos, desencadeando intenso processo de privatização e tercerização de serviços aliado à precarização de contratos de trabalho e à retirada de direitos trabalhistas. Nos moldes neoliberais, a efetiva presença do Estado na economia, na oferta de serviços públicos e na garantia de direitos sociais é vista como nociva aos interesses capitalistas, causando instabilidade e desconfiança nos investidores (BEHRING E BOSCHETTI, 2011). Essas são orientações diametralmente opostas aos princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, que são associados à concepção de saúde como direito universal e com participação popular.

Desses princípios, apreende-se que a atuação do Serviço Social na saúde está afinada com o Projeto de Reforma Sanitária e com o conceito ampliado de saúde, que pressupõem condições dignas de vida e trabalho, integralidade, equidade, universalidade e participação popular. Portanto, também em sintonia com o Projeto Ético-Político-Profissional, orientador da formação e do exercício profissional articulado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela efetivação do SUS dentro dos princípios constitucionais. Desde a sua emergência, em 1936, como estratégia do Estado brasileiro para executar as ações de políticas sociais e responder à questão social para conter a ofensiva operária diante das precárias condições de vida e trabalho, o assistente social tem, na área da saúde, um dos seus principais campos de atuação: “na saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação.” (KRUGER, 2010, p.123).

3 TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFG

Com a criação do SUS e a crescente ampliação do mercado de trabalho para as profissões ligadas à saúde, entre elas o Serviço Social, novas possibilidades foram colocadas ao assistente social no âmbito da gestão, planejamento, controle social e promoção da saúde, rompendo o viés de executor terminal de política social para o de presente em sua emergência (BRAVO, 2015), contribuindo nas discussões e no fortalecimento do sistema universal. Assim, o assistente social vincula-se à luta pelos direitos de acesso aos serviços, equidade, participação social, em conformidade com as determinações mais abrangentes da política de saúde em nosso país (MARSIGLIA, CARREIRA, AMARAL, 2016).

Desde sempre, um dos instrumentos técnico-operacionais utilizados pelos assistentes sociais é a entrevista social, que possibilita conhecer a realidade dos sujeitos, a sua condição de vida, no que se refere a moradia, relações familiares, trabalho/desemprego, educação, ou seja, aspectos que interferem no processo de saúde/doença vivenciado pelos usuários.

Essas informações coletadas na entrevista social, no caso de usuários do Hospital Universitário (HU), são registradas tanto em um banco eletrônico de dados específico do Serviço Social quanto no prontuário físico do paciente. Constituem, assim, um importante acervo para subsidiar o trabalho profissional na defesa e no reconhecimento dos direitos dos usuários, bem como subsidiar reflexões e estudos. E é a partir do conhecimento e da apropriação dessa realidade que o assistente social constrói as suas estratégias de ação, pautadas no projeto ético-político-profissional que possui.

Diante da atual realidade, de exponenciação da questão social[4] e suas expressões, do avanço do conservadorismo, da politica neoliberal que impõe limites às politicas sociais para atender a demandas crescentes, é fundamental a " [...] formação profissional do assistente social enquanto espaço de

[4] Este estudo utiliza o conceito clássico cunhado por Iamamoto (1998, p.27): "A Questão Social é apreendida como um 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".

reafirmação do compromisso com os interesses da população usuária dos serviços prestados. Portanto, uma formação" (CASTRO, 2013, p.11) não restrita à dimensão técnico-operativa da prática profissional, mas articulada às suas dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas. Então, a prática não se faz neutra, como um ato tecnocrático e burocratizado, reprodutor de normas institucionais e de padrões sociais, mas se faz crítica e reflexiva, embasada por uma teoria social crítica e por procedimentos metodológicos em concordância com os valores expressos no código de ética profissional. Com isso, o profissional passa a ser capaz de analisar o movimento da realidade e propor estratégias e táticas para o seu enfrentamento, sem perder de vista a intencionalidade, as possibilidades de inserir-se nos movimentos sociais e realizar construções coletivas (CARDOSO, 2013), para responder à questão social e suas expressões materializadas no desemprego, na fome, no analfabetismo, na violência, na falta de moradia, de transportes, de leitos em hospitais, de vagas em UTI, de creche etc. Tal exige do assistente social ir além das rotinas institucionais, decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas, capazes de preservar e efetivar direitos assim como comprometidas com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do assistente social (IAMAMOTO, 2001).

Com efeito, para Vasconcelos (2000), é no contato direto com a população que o assistente social pode disponibilizar e socializar os conhecimentos adquiridos no seu processo de formação. Portanto, nesta pesquisa, os instrumentos de intervenção utilizados durante os atendimentos foram: acolhimento dos pacientes, orientações relacionadas aos seus direitos sociais e e/ou de seus familiares, realização de entrevista social, registro dos dados coletados no prontuário eletrônico, busca ativa por familiares, contato com a rede socioassistencial e de saúde, discussão de casos com a equipe multiprofissional, entre outros. O trabalho do assistente social tem como norte o compromisso ético com a qualidade dos serviços prestados à população, o acesso e a ampliação dos direitos sociais.

O lócus do estudo, isto é, o HU de referência no estado de Goiás, fundado em 1962, para atender à demanda de estágio da primeira turma da Faculdade de Medicina da UFG creditou à instituição um papel importante de assistência em procedimentos de média e alta complexidade, indispensável à

formação de profissionais da área de saúde (FAVARO, 2019). De lá pra cá, o hospital passou por muitas mudanças, sempre *pari passu* com a Política de Saúde brasileira. Ao integrar a rede SUS, aumentou sua capacidade de atendimento a serviços já existentes e criou novos serviços. Destaque-se que esse processo ampliou o espaço de atuação do Serviço Social, presente no hospital desde a sua fundação.

Cotidianamente, milhares de usuários chegam ao hospital de diferentes lugares: região metropolitana, municípios goianos, outros estados, como Bahia, Tocantins, Maranhão além do Distrito Federal - em busca de atendimento em diversas especialidades.

Vale ressaltar que o Hospital Universitário é ainda unidade de referência para casos de internação pela COVID 19, doença infecciosa causada pelo novo coronavirús (SARS-CoV-2) que tem produzido números expressivos de infectados e de óbitos pelo mundo.

Nesse espaço, o Serviço Social conduziu uma organização que perdura até os dias de hoje, assegurando assistentes sociais em diferentes ambulatórios, enfermarias, banco de sangue, atendimento individual e com famílias, em que a prática profissional “refere-se às condições reais de vida dos usuários que se apresentam como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário” (CFESS, 2010, p.43).

Ou seja, por assim compreender, o assistente social de formação generalista deve estar atento às questões que emergem no cotidiano profissional, pois são requisições expressivas, aspectos que reforçam a importância de domínio de “suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas” (CFESS, 2010, p. 43).

No cotidiano do hospital assim como nos diferentes espaços ocupacionais do assistente social, é bom lembrar que o trabalho profissional está sustentado por suas diretrizes curriculares (1996), pelo Código de Ética (1993) e pela Lei de Regulamentação da Profissão de n.8.662/93, através do documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (2010), e para além dos princípios e diretrizes contidos na Constituição de

1988, na Lei n. 8080/90 e na Lei n. 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

3.1 Tratamento Fora do Domicilio (TFD) : a luta pelo direito de ter direito

Diante dessas considerações, a inserção do Serviço Social no Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia do Hospital Universitário, requisitado para intervir nas expressões da questão social provocadas pelo processo saúde/doença, busca assegurar o acesso dos usuários ao direito à saude. Por meio do atendimento ambulatorial e com realização de entrevista social, o assistente social apreende as dimensões socioeconômicos e familiares dos indicados ao transplante de medula óssea, identificando os determinantes sociais que influenciam no momento do pré e/ou pós-transplante. Ou seja, o trabalho no ambulatório cumpre com o

> [...] conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos (CFESS, 2010).

Posto que o desafio colocado ao assistente social na atual conjuntura de avanço da política neoliberal, do conservadorismo e do desmonte das políticas públicas e dos direitos sociais é identificar as possibilidades de atuação e fugir do imediatismo, das práticas rotineiras e acríticas, das barreiras institucionais que tanto fragilizam o trabalho profissional e a efetivação dos direitos sociais, é importante que ele problematize, com os usuários, as situações enfrentadas, apreendendo a realidade social que se materializa em suas vidas, os desafios alí existentes, buscando a possibilidade de alterá-los (VASCONCELOS, 1993).

Mensalmente, neste Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia, são atendidos pelo Serviço Social cerca de 100 usuários. É daí que o assistente social realiza orientações e encaminhamentos à rede de proteção social garantidora do direito à saúde, no caso, dos direitos inerentes ao Transplante

de Medula Óssea (TMO), como medicação de alto custo, direito previsto ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD)[5], dentre outros. Importa observar que o principal instrumental técnico-operativo utilizado para se aproximar da realidade do usuário é a entrevista social. Sem dúvida, é um trabalho complexo e requer do assistente social conhecimento da rede socioassistencial, dos beneficios previdenciários bem como domínio das informações necessárias à orientação nas diferentes situações por que passam os usuários. Para Iamamoto (2014), a socialização das informações, como uma das estratégias para a ação profissional do assistente social, não sucumbe ao repasse de dados sobre a burocracia da instituição, mas se firma na possibilidade de acesso ao direito, pois

> [...]. Por meio da socialização de informações, procura-se tornar transparente ao sujeito que busca os serviços as reais implicações de suas demandas – para além das aparências e dos dados imediatos –, assim como os meios e condições de ter acesso aos direitos (IAMAMOTO, 2014, p. 427).

Em vista disso, a relevância do trabalho do assistente social no Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia é reconhecida por 100% dos participantes do estudo. Isso se traduz no atendimento prestado em consonância com suas atribuições e competências profissionais, em um momento de desafio para o usuário diante da inseguração do tratamento, requisitando do assistente social informações, orientações e encaminhamentos para acesso aos bens e serviços necessários ao transplante.

Observou-se ainda que, nesse espaço ocupado pelo Serviço Social, é importante também a articulação entre a equipe de origem, a equipe destinatária e a rede socioassistencial no processo de realização do TMO. Essa articulação tem possibilitado aos usuários indicados para o Transplante de Medula Óssea enfrentar os agravantes do tratamento. Parcela significativa é encaminhada pela instituição de origem para hospitais de outros estados, vez que o hospital do

---

[5] Trata-se de um direito garantido pelo SUS, amparado na Portaria n. 055/1999/Ministério da Saúde. Sua destinação é custear despesas fora do hospital de tratamento do usuário, quando esgotadas as possibilidades para determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico no local de origem e desde que tal procedimento seja caracterizado como essencial para reverter à condição patológica e para a recuperação do paciente, mesmo que parcial (SES-GO, 2020).

estudo, diante do subfinanciamento da saúde, não dispõe de meios para manter o serviço de TMO, considerado de alta complexidade - embora seja sonho acalentado por diferentes gestões.

Assim, o estudo buscou conhecer a realidade dos usuários atendidos e transplantados em 2019.

O período de recorte identificou que doze usuários[6] realizaram o transplante de medula óssea. Os resultados preliminares apontam que 100% dos casos foram encaminhados para serviços localizados fora do estado de Goiás. Logo, a necessidade de acessar transporte aéreo e/ou terrestre para deslocar até a instituição indicada, bem como hospedagem, alimentação, transporte para locomoção na cidade. Entretanto, nem sempre o acesso a esses serviços foi garantido dentro dos preceitos constitucionais, consideranto o atual cenário de políticas sociais focalizadas, seletivas, levando os usuários a recorrer à judicialização para ter garantido o seu acesso ao direito à saude.

Nessa linha, é possível identificar que os usuários se deparam com desafios de toda ordem para a efetivação do transplante, além de um quadro clínico instável e de um processo prolongado, que demanda consultas pré-transplante e pós-transplante. A lei assegura aos usuários em tratamento oncológico o direito a acompanhante, geralmente um familiar mais próximo. Isso implica que essas pessoas se desdobram para acompanhar o tratamento, exigindo deslocamento fora do domicilio, acompanhamento à internação, quimioterapia, consultas. A condição de acompanhante é desafiadora e não menos estressante, porque impõe distanciamento da família, afastamento do trabalho, impactos na situação socioeconômica familiar.

Outro desafio colocado aos usuários está no acesso ao TFD requisitado junto a Secretaria de Saúde, pois o requerimento esbarra na burocracia das instituições responsáveis pela liberação do benefício, que, muitas vezes, lançam mão de restrições sem amparo da Portaria nº55, de 1999. Por exemplo, a exigência do prazo mínimo de 30 dias de antecedência da viagem para requerer o TFD a fim de realizar o transplante. Ressalte-se que nem sempre isso é

[6] Quatro vieram a óbito antes do início desta pesquisa; com outros dois usuários, a pesquisadora fez algumas tentativas de contato, sem sucesso; uma usuária não manifestou interesse em participar do estudo. Assim, a amostra é composta por cinco participantes – dois do sexo feminino e três do sexo masculio – na faixa etária entre 22 e a 58 anos.

possível, tendo em vista os imprevistos que ocorrem durante o planejamento da equipe para encaminhamento do usuário, condicionado a condições físicas. O acesso à medicação oncológica de alto custo é outra barreira. Diante disso, tem crescido o número de ações judiciais movidas por usuários encaminhados ao TMO. Todavia, a tramitação do processo até a decisão judicial é morosa, causando sofrimento e, muitas vezes, agravamento clínico do paciente, vez que o acesso ao medicamento requer agilidade.

Há ainda outros constrangimentos. Os participantes mencionaram a defasagem dos valores repassados pelo Tratamento Fora do Domicílio para custear as despesas do usuário e acompanhante e, a depender do tipo de transplante, as do doador. Tal repasse é insuficiente para as despesas básicas com alimentação, transporte, hospedagem, medicação e outras despesas pessoais. Ressalta-se que é assegurado aos usuários encaminhados ao transplante, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) conforme critérios estabelecidos, portanto o acesso não é universal. Isso leva os usuários a buscar outras estratégias para driblar a insuficiência dos recursos, como a “vaquinha” entre amigos e familiares. Essa condição confronta o princípio da universalidade de acesso à saúde, contrapondo-se também aos princípios do Projeto Ético-Político do assistente social, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição de 1988.

Nota-se também uma situação não menos importante: a casa de apoio voltada à hospedagem do usuário e de seu acompanhante durante o tratamento fora do domicilio. A maioria dos participantes do estudo recorre a esse apoio. Parcela significativa das casas de apoio é filantrópica e emerge como resposta alternativa à questão social, sem abrir mão da cobrança de pequenas taxas sob o argumento de manutenção da casa. Na verdade, tem-se a despolitização da questão social, dado que o direito é orientado pela lógica do favor, da caridade e do voluntariado. Iamamoto (2009) ensina ser essa uma tentativa de escamotear conflitos, de criar um clima favorável de coesão social e de conciliação entre capital e trabalho. Na verdade, ainda reforça a conservação da ordem do capital e tudo que ela representa.

Para o estudo, a avaliação do SUS foi importante. Resultados preliminares indicam que há reconhecimento da qualidade do atendimento prestado, desde que a maioria (60%) dos participantes afirmou estar satisfeita

com o Sistema. É inconteste que o SUS é um avanço, reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, presente em todo o território brasileiro. Seu atendimento se dá desde a atenção básica até os tratamentos de média e alta complexidade. Por sua vez, 40% dos participantes destacaram a morosidade no acesso aos serviços de saúde. Esse resultado já está associado ao desmonte do SUS, causando estragulamento dos serviços com demandas além da disponibilidade. A intensificação da agenda neoliberal e seu projeto privatista para as políticas públicas desmantelam os serviços públicos, sendo responsáveis, no cotidiano do SUS, pelas demandas reprimidas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, precariedade das instituições de saúde, equipamentos obsoletos, insuficiência de recursos humanos especializados, medicamentos e insumos insuficientes para atender às demandas crescentes, para além da terceirização da gestão entre organizações sociais e da precarização dos vínculos trabalhistas. Por tudo, limita o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde, efetivando uma universalidade excludente.

4 CONCLUSÃO

Esse cenário contraditório em que o assistente social do Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia do Hospital Universitário da UFG se insere instigou o estudo no sentido de conhecer as demandas que vêm sendo colocadas ao assistente social com vistas a atender às necessidades dos usuários encaminhados ao TMO.

Com isso, evidenciou-se a importância de o assistente social apreender a realidade em sua totalidade, para além da sua aparência, mediada pelas contradições engendradas pela sociabilidade do capital e da luta de classes. Isso exigiu domínio teórico-metodológico, leitura crítica da realidade para fugir das armadilhas contidas no imediatismo, nas práticas rotineiras, nas amarras institucionais. Diante da retirada dos direitos sociais, é necessário que o assistente social se aproxime da população usuária em seu contexto sócio-histórico no sentido de construir propostas de trabalho criativas, que fortaleçam a democratização do acesso e das informações para responder às expressões da questão social que perpassam a realidade na direção do acesso ao direito à saude.

Entende-se, nesse sentido, conforme Bravo (2015), a importância de buscar, no processo de ruptura e continuidade dos acontecimentos que compõem a historicidade do objeto, os elementos para a análise do que ocorre hoje na política de saúde com as contradições nesse processo de negação do direito universal à saúde.

Na medida em que a ofensiva neoliberal vem se fortalecendo, com o avanço do projeto privatista e o desmonte do SUS, criam-se constrangimentos aos usuários no acesso ao direito à saúde. O TFD é parte disso, com valores insuficientes para atender às demandas dos usuários indicados ao transplante – uma condição que fragiliza um dos pilares do SUS, a universalidade, e contraria o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Politico do Serviço Social e suas concepções coletivas e universais de saúde, assim como reforça os limites à efetivação da Seguridade Social dentro dos preceitos constitucionais.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: **fundamentos e história**. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica do serviço social; v.2).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL**. [*S. l.*: *s. n.*], 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria, Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 01 mar, 1999.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2015.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. et al.(orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. MATOS Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e

projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês de Souza. et al. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: **lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves**. Ética e projetos profissionais:** os diferentes caminhos do Serviço Social no Brasil. Campinas: Papel Social, 2013.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 349 - 360, jul./dez. 2013.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CONSTITUIÇÃO (1990). **Lei no 8080**, **de 19 de julho de 1990**. **Política Nacional de Saúde**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 20/11/2020.

FAVARO. Tereza Cristina Pires. **HCEANDO** ...**pelas lentes do Serviço Social** (EV202-2019). Ação de extensão. Curso de Serviço Social. Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas. UFG/Regional Cidade de Goiás, 2009.

GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**. Manual de regulação do tratamento fora de domicílio Interestadual.**Goiás, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A Questão Social no capitalismo. In: **Temporalis-ABEPSS**. Ano 2, n.3, jan./jun. 2001. Brasília: ABEPSS, 2001.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde.** UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010, p. 123-145, 2010.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffioni *et al***.** Do Serviço Social médico ao Serviço Social na saúde: meio século de história em São Paulo. **Serv.Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v.15, n. 1 (21), p.37-50, jan/jun. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria de. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. CFESS. **Capacitação em Serviço Social e**

Política Social. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. **Em Pauta – Revista de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 1, UERJ, 1993.