

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

CAMILA SIQUEIRA PERONIO

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE/USUÁRIO
PORTADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM SÃO BORJA**

**São Borja
2018**

CAMILA SIQUEIRA PERONIO

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE/USUÁRIO
PORTADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM SÃO BORJA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof.. Dr.º Walter Cruz

**São Borja
2018**

CAMILA SIQUEIRA PERONIO

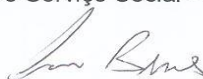
**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AO PACIENTE/USUÁRIO
PORTADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM SÃO BORJA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 04/12/2018
Banca examinadora:



Prof. Dr. Walter Cruz
Orientador
Curso De Serviço Social - UNIPAMPA



Prof. Dr. Cesar André Luiz Beras
Curso De Serviço Social - UNIPAMPA



Me. Lisiane Aparecida Pohlmann

AGRADECIMENTO

Ao finalizar essa etapa, faz-se necessário alguns agradecimentos para algumas pessoas que fizeram parte desta caminhada. Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado ânimo e coragem pra chegar até aqui, foi Ele que em todos os momentos esteve ao meu lado.

Agradecer aos meus pais Marinez e Luiz Carlos, aos meus irmãos Rennã e Rogerio e em especial à minha tia Gleide, por todo apoio, incentivo e preocupação que tiveram comigo, apesar de todas as dificuldades durante minha graduação, priorizaram meus estudos.

Ao mestre Prof. Dr. Walter Cruz, agradeço pela responsabilidade, dedicação, empenho, pelas discussões acerca da temática deste trabalho e ao caminho percorrido até aqui.

Agradeço aos profissionais da banca por aceitarem participar desta análise, as contribuições para esse estudo serão importantes.

Agradeço às minhas amigas Inaiá, Letícia e Marcela que, obviamente, fazem parte desta minha caminhada, o tempo todo contribuíram com o meu TCC, com paciência, carinho, compreensão e em momento algum descreditaram do meu potencial. Agradeço também pelo apoio da Paola, uma amiga que a Unipampa me proporcionou nesses longos anos de São Borja.

Agradeço a todos que de alguma forma me ajudaram nesse processo, a vocês dedico este trabalho e todo o meu carinho.

*“Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”*

Friedrich Nietzsche

RESUMO

O presente trabalho monográfico objetiva analisar o trabalho do Assistente Social na área da saúde. Para esse fim, foi investigado o trabalho deste profissional junto aos pacientes/usuários portadores de doença renal crônica que se encontram em tratamento na cidade de São Borja-RS, dando ênfase à aplicação da Política Nacional de Humanização na saúde. Com esse intuito, utilizou-se a pesquisa do tipo qualitativo, à luz do método dialético-crítico e suas três categorias: historicidade, totalidade e contradição para o estudo da realidade. A coleta de dados se deu pelo meio da aplicação de formulário com entrevista aos profissionais, assim como pelo uso de questionário. Para análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo da autora Bardin (2009). Inicialmente, no primeiro capítulo propõe-se uma discussão crítica acerca do sistema de saúde no Brasil, abordando seu histórico, o Serviço Social na saúde e o Serviço Social trabalhado na Clínica Renal Ivan Goulart. Subsequentemente será analisada a Política Nacional de Humanização, tratando de seus princípios norteadores, marcas e prioridades, examinando as orientações estratégicas para a sua implementação, da mesma maneira que as diretrizes gerais para a sua implementação nos diferentes níveis de atenção à saúde, sua gestão política, questão social, observando o trabalho do assistente social frente a política de humanização. Por fim, foram examinados os resultados do estudo realizado na clínica renal, analisando as reflexões feitas pelos profissionais e explicitando a forma com que estes compreendem o Serviço Social na saúde. Assim, a pesquisa realizada pretende demonstrar que a atuação do profissional de Serviço Social em trabalhos voltados para a área da saúde pode ser fundamental, refletindo diretamente no bem-estar dos pacientes.

Palavras-Chave: Saúde. Humanização. Serviço Social.

ABSTRACT

The present monographic work aims to analyze the work of the Social Worker in the health area. For this purpose, the work of this professional will be investigated in the patients / patients with chronic kidney disease who are undergoing treatment in the city of São Borja, RS, emphasizing the application of the National Humanization Policy in health. For this purpose, research of the qualitative type was used, in the light of the dialectical-critical method and its three categories: historicity, totality and contradiction for the study of reality. Data collection was done through the application of a form with interviews to professionals, as well as through the use of a questionnaire. For data analysis, we used the content analysis method of the author Bardin (2009). Initially, the first chapter proposes a critical discussion about the health system in Brazil, addressing its history, Social Work in Health and Social Work worked in the Clinic Renal Ivan Goulart. Subsequently, the National Humanization Policy will be analyzed, addressing its guiding principles, brands and priorities, examining the strategic guidelines for its implementation, as well as the general guidelines for its implementation in the different levels of health care, its political management , social question, observing the work of the social worker and studying HumanizaSUS. Finally, the results of the study performed in the renal clinic will be examined, analyzing the reflections made by the professionals and explaining how they understand Social Work in health. Thus, the research carried out intends to demonstrate that the work of the Social Work professional in works directed to the health area can be fundamental, reflecting directly on the well-being of the patients.

Keywords: Health. Humanization. Social service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CFESS - Conselho Federal de Serviço

Social FHC - Fernando Henrique

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

Social INPS – Instituto Nacional de Previdência Social MS - Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

PEP - Projeto Ético Político

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização de Assistência

Hospitalar SBN- Sociedade Brasileira de Nefrologia SUS - Sistema

Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	14
2.1	Resgate histórico do sistema de saúde no Brasil	14
2.2	Serviço Social na Saúde	19
2.3	O serviço social na Clínica Renal Ivan Goulart	21
3	POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	24
3.1	Princípios Norteadores da Política de Humanização	25
3.2	Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção à saúde	26
3.3	Questão Social com o Serviço Social na saúde humanizada	27
3.4	Trabalho do Assistente Social- Indicação do Instrumental	31
3.5	HumanizaSUS	29
4	METODOLOGIA DA PESQUISA	31
4.1	Tipo de pesquisa	31
4.2	Coleta de dados	32
4.3	Método de abordagem	32
4.4	Método dialético-crítico	32
4.5	Análise de dados	34
5	RESULTADOS DO ESTUDO: A REFLEXÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
	APÊNDICES	48

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: *A intervenção do Serviço Social junto ao paciente/usuário portador da doença renal crônica terminal em São Borja* problematiza como é realizado o trabalho do Assistente Social junto aos pacientes/usuários portadores de doença renal crônica que se encontram em tratamento.

O objetivo a que se propõe é analisar a intervenção do Serviço Social junto ao portador de doença renal crônica terminal na cidade de São Borja-RS, tendo em vista que as expressões da questão social ganham visibilidade durante os atendimentos, objetivando a importância da ação profissional frente a estas demandas. Entende-se que os resultados do presente estudo poderão contribuir para a produção de novas reflexões no âmbito acadêmico e para a sociedade, assim como intervenções a respeito do trabalho do Assistente Social ao paciente/usuário da clínica renal, fortalecendo seu reconhecimento frente aos demais profissionais da unidade. Diante disso, foi construído o seguinte problema de pesquisa: *Como é realizado o trabalho do Assistente Social junto ao paciente/usuário portador da doença renal crônica em tratamento em São Borja?*

Como estratégia metodológica para responder ao grande questionamento da pesquisa, elaborou-se o objetivo geral que é analisar o trabalho da/o Assistente Social na saúde, especificamente no acolhimento junto aos pacientes/usuários portadores da doença renal crônica terminal atendido na clínica Renal de São Borja-RS. Junto com o objetivo geral foram constituídos os objetivos específicos que buscam: Aprender como se desenvolve o trabalho do Assistente Social na saúde; Como o Assistente Social contribui para a materialização da Política Nacional de Humanização (PNH) na clínica; Analisar como se dá o trabalho do/a assistente social frente às demandas na área da doença renal crônica: desafios para a profissão.

Justifica-se a escolha do tema *“O trabalho do Serviço Social na área da saúde”* primeiramente pelo fato da aproximação com a temática na Disciplina de Seguridade Social e também pela inserção no Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social realizado na clínica renal do Município de São Borja entre os anos de

2017/2018. Tal experiência possibilitou perceber as dificuldades vivenciadas pelos pacientes/usuários na ausência do amparo familiar durante o tratamento e, principalmente, no que diz respeito à dificuldade dos pacientes/usuários ao acesso aos direitos e em entender o trabalho do/a Assistente Social na clínica.

O Assistente Social trabalha com mediações, entre o paciente/usuário e sua família na clínica, cabendo ao profissional estabelecer estratégias de inovações e enfrentamento, visando à construção de autonomia dos pacientes/usuários na singularidade do cotidiano. Segundo Martinelli, “ainda que saibamos que, para muitos dos sujeitos com quem trabalhamos no contexto hospitalar, o crepúsculo da vida se avizinha, não podemos perder o compromisso com a construção de utopias com a reinvenção da própria vida” (MARTINELLI, 2011, p. 504).

A doença renal crônica provoca várias mudanças na qualidade de vida dos pacientes/usuários, o que se pode perceber no contexto em que se dá a intervenção do serviço social (por meio dos atendimentos e entrevistas, no período do estágio), onde podemos, através deste contato, conhecer de forma mais abrangente os inúmeros aspectos envolvidos no processo de adoecimento dos portadores de doença renal crônica.

Ao analisar a insuficiência renal crônica, Hallvass(1989) apud Picanço (2006) a define como sendo uma doença caracterizada pela perturbação persistente da função renal, onde os rins não são mais capazes de exercer as suas funções. Os rins são dois órgãos localizados na parte de trás do abdômen, responsáveis por quatro funções no organismo: eliminar toxinas do sangue por um sistema de filtração; regular a formação do sangue e a produção dos glóbulos vermelhos; regular a pressão sanguínea e controlar o balanço químico e de líquidos de líquido no nosso corpo.¹

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), quando os rins estão próximos da função renal menor que 10%, a hemodiálise ou o transplante são necessários. A insuficiência renal aguda é caracterizada pela perda aguda da capacidade dos rins filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue. Quando isso acontece, os resíduos podem chegar a níveis perigosos e afetar a composição química do sangue.

Ainda, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a insuficiência

¹Disponível em www.sbn.org.br. Acesso em 09/09/2018.

pode ser fatal e requer tratamento intensivo, podendo ser reversível ou irreversível. Quando os rins deixam de funcionar, a hemodiálise² surge como uma opção de tratamento que permite limpar o sangue, de remover as toxinas e o excesso de água do seu organismo. A doença renal crônica não tem cura, e os seus portadores/usuários não têm outra opção a não ser se submeter a um desses tratamentos.

Percebe-se também que a ausência do amparo é uma das situações enfrentadas, bem como, a falta do conhecimento do trabalho do Assistente Social na clínica renal de São Borja. Para Iamamoto, “o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentarmos o presente” (IAMAMOTO, 2010, p.17). Dessa forma, possibilita-se intervenção das demandas cotidianas, dando importância aos direitos sociais de cada paciente/usuário.

“Ao se pensar a prática profissional, existe a tendência de conectá-la diretamente à prática da sociedade. Alguns qualificam a prática do Serviço Social de “práxis social”, ainda que esta se refira a prática social, isto é, ao conjunto da sociedade em seu movimento e contradições. A análise da “prática” do assistente social como trabalho, integrado em processo de trabalho permite mediatizar a interconexão entre o exercício do Serviço Social e a prática da sociedade”. (IAMAMOTO, 2010, p. 59)

Com base nesta citação, percebe-se que o Assistente Social tem como objetivo fortalecer a interação entre indivíduo e seu meio social, procurando melhorar a qualidade de vida do usuário e da sociedade. Cabe, assim, ao profissional estabelecer junto aos pacientes/usuários estratégias de enfrentamento visando à construção de autonomia dos indivíduos, reconhecendo-os como sujeitos capazes de transformar a sua realidade, assim como as demais formas de violação de seus direitos, constituindo como expressões da questão social, que é o objetivo de trabalho e de estudo do/a Assistente Social. Por ser uma demanda de trabalho, os/as profissionais devem apropriar-se destas formas de violação de direitos, partindo de suas formas imediatas de manifestação, buscando desvendar o complexo de mediações que contribuem para a produção e reprodução de tais situações.

O presente trabalho foi organizado da seguinte forma: na introdução trouxe a

²A hemodiálise (diálise peritoneal) está indicada para pacientes que apresentam quadros de insuficiência renal aguda ou crônica. Disponível em www.cbn.org.br. Acesso em 09/09/2018.

apresentação de modo breve e geral, sendo três capítulos teóricos e um capítulo para a análise de dados trazendo a reflexão dos profissionais, somam-se na estrutura do trabalho as considerações finais, e apêndices.

O primeiro capítulo apresenta-se sobre o Sistema de Saúde no Brasil, evidenciando historicamente o surgimento da Saúde no Brasil, a política de saúde no país, abordando a relação entre Serviço Social e a Saúde, e como se dá o trabalho do/a Assistente Social na clínica renal de São Borja. Este capítulo se divide nos subitens: sistema de saúde no Brasil, resgate histórico do Sistema de Saúde no Brasil, Serviço Social e saúde e o histórico da atuação do Assistente Social na instituição.

O segundo capítulo traz a inserção do Serviço Social na política Nacional de Humanização (PNH) na instituição, analisando a questão social e o serviço social na saúde humanizada. Este capítulo se desdobra em: humanização na saúde, Política de Humanização e a questão social e o serviço social na saúde humanizada.

O terceiro capítulo apresenta o processo metodológico da pesquisa, evidenciando as escolhas metodológicas, como tipo de pesquisa, método para análise da realidade, instrumentos de pesquisa bem como a técnica para a análise dos dados.

O quarto capítulo diz respeito à discussão e análise crítica dos resultados da pesquisa, trazendo os principais achados do estudo, mas, sobretudo, apontando os desafios impostos à materialização de um atendimento humanizado no âmbito do cotidiano do atendimento no âmbito da saúde. O processo de análise de dados teve como marco teórico as categorias humanização, atendimento em saúde, e exercício profissional do Serviço Social, possibilitando que as análises fossem construídas a partir de um referencial crítico-reflexivo, possibilitando além da reflexão a construção de estratégias de intervenção.

Ao final, as considerações tecidas possibilitam entender o percurso traçado pelo estudo e as análises e problematizações apresentadas no quinto capítulo, bem como as referências bibliográficas utilizadas e apêndices necessários para a realização da mesma, buscando o enriquecimento do conhecimento e o encerramento da graduação acadêmica com um estudo que possa contribuir efetivamente para a formação do profissional de Serviço Social.

2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Para se ter um entendimento do trabalho do Assistente Social na área da Saúde, é importante que haja a compreensão de como o Brasil, ao longo dos anos, desenvolveu a sua política de saúde. O primeiro item apresentará brevemente um resgate histórico da política de saúde no Brasil, desde a década de 1930 até a década atual, coma promulgação do Sistema Único de Saúde. No segundo item, será apresentada a trajetória do Serviço Social na saúde, bem como o modo com que se deu sua inserção nessa área. E, prosseguindo, no último item desta seção será apresentado o Serviço Social na instituição Clínica Ivan Goulart de São Borja-RS.

2.1 Resgate histórico do sistema de saúde no Brasil

A crise do sistema de saúde no Brasil não deixa de estar presente na vida dos cidadãos, sendo fácil constatar por meio da mídia a visão negativa dos serviços públicos de saúde. Problemas como filas de espera, pacientes/usuários sem atendimento, falta de leitos, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para o atendimento.

Ainda no período da colonização, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas, etc.) e àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros) desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. Somente a partir da instalação da família real na cidade do Rio de Janeiro criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava (POLIGNANO, 2001). Antes disso, as atividades de saúde pública eram limitadas e davam conta da delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e controle de navios e saúde dos portos. O interesse estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século.

Em meados dos anos 1970, a Saúde Pública Brasileira sofreu grandes mudanças, e assim se transformou em saúde coletiva (ASSUNÇÃO, 2007). Para Zazlowski, saúde coletiva:

“É uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referindo

a saúde como um fenômeno social e, portanto, de interesse público. Propõe um novo modo de organização do processo de trabalho de saúde que enfatiza a promoção de saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência dos doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças do modo de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde a população” (ZAZLOWSKI, 2008, p.18).

Consoante Bravo (2001), a Política de Saúde no Brasil se deu em três importantes segmentos: Assistencialista, Previdência e a Universalista. O modelo Assistencialista envolve o período que antecede 1930, onde mostra que o estado não reconhecia a questão social³ como objeto da intervenção política. Já a previdência, que se desenvolveu no período pós 1930, assumiu a política de saúde como questão social no estado. O segmento Universalista, por sua vez, foi fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira, e legitimado na Constituição Federal brasileira de 1988.

Com a reivindicação do movimento operário, a política de saúde coletiva começou a aparecer mais em meados de 1930, ressaltando que no ano de 1923 foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei denominada Eloy Chaves⁴, que estabeleceu o marco inicial da previdência social no Brasil, com a tentativa de ampliar o atendimento à política de saúde por parte do poder federal no interior da crise política que partiu dos tenentes no ano de 1922.

No período em que as questões de higiene e saúde do trabalhador começaram a ser discutidas, surgiram medidas que contribuíram para o surgimento do sistema previdenciário atual. Assim, através da Lei Eloy Chaves foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP'S), as quais tinham como objetivo atender os trabalhadores que tinham vínculo formal de trabalho. Com a criação das Caixas, as reivindicações operárias do início do século foram compreendidas como uma resposta do empresariado e do estado à crescente importância da questão social, e logo foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs), que foi um marco na medicina previdenciária.

³ Segundo Iamamoto, a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo de produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho -, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos (IAMAMOTO, 2001, p 16-17).

⁴ Lei Eloy Chaves é a base da previdência social brasileira. Da Redação (Brasília) - **A Lei Eloy Chaves**, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias.

As expressões da questão social que mais se evidenciaram nessa época, foram às precárias condições de higiene, saúde e habitação que resultaram da grande massa da classe trabalhadora. Nesse período, a saúde era organizada em saúde pública e medicina previdenciária. A partir dos anos 60, iniciou-se uma forte tendência à expansão de cobertura do sistema de saúde em relação à população brasileira.

Em 1967, os antigos IAP's foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a incorporação, para efeito de assistência médica, de todos os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, além dos autônomos que desejassem contribuir para a previdência social.

A política social entre os anos de 1974 e 1979 teve como objetivo trabalhar a questão social⁵ com mais rigor, para que não houvesse tantas reivindicações da população (BRAVO,2006). Em 1976, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), como órgão responsável por toda a assistência médica à população dependente de trabalhadores formais. Nos anos 1970 e 1980 ampliaram-se os segmentos populacionais não contribuintes incorporados ao sistema de saúde, como os rurais e os indigentes, bem como estratégias de descentralização aos programas de expansão de cobertura (GAIA, 2009).

Durante a década de 1980 o Brasil ainda vivia sob o período final da ditadura militar⁶, marcada por um movimento de transição democrática. Porém, não houveram tantos ganhos para a população, visto que ainda havia a falta de garantia e de atendimento precário. Nesse contexto, surge um movimento significativo para a saúde coletiva, representando a luta por uma saúde mais justa e de acesso universal como direito social de todo cidadão. Assim, inicia-se um processo de mudança que cria a primeira base para a formação do surgimento do Sistema Único de Saúde.

O Projeto da Reforma Sanitária nasceu no contexto da busca pelo fim da ditadura no Brasil, em meados da década de 1970, quando se tornou o resultado da mobilização da sociedade brasileira diante de um estado assistencialista, sendo fruto de lutas de movimentos sociais. A estrutura foi se transformando, de modo que se

⁵ Para Yamamoto (2004), a questão social é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais, enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas.

⁶ Ditadura Militar teve seu início com o golpe militar de 31 de março de 1964, resultando no afastamento do presidente da república, João Goulart e tomando o poder Marechal Castelo Branco.

tornou no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), o qual remodelou a rede privada de hospitais (BRAVO, 2001).

Passados mais de 30 anos, a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 continua sendo um marco histórico para o SUS, sendo a primeira vez em que a sociedade teve participação, sendo importante, também, no desenvolvimento do movimento da Reforma Sanitária. Já a constituição de 1988, outro momento muito importante na história da saúde pública brasileira, definiu a saúde como "direito de todos e dever do Estado", mantendo a realização da Conferência Nacional de Saúde de quatro em quatro anos, após a realização das Conferências Estaduais onde são apresentados os rumos para o aperfeiçoamento do SUS.

Assim, após lutas e reivindicações da sociedade brasileira, e com a realização da VIII Conferência Nacional Da Saúde, confirmou-se o projeto da Reforma Sanitária com a criação de um Sistema Único de Saúde e seus princípios e diretrizes básicas.

Destacam-se seus princípios, segundo Matos:

“Universalidade: A defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos da saúde.

Descentralização: A compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local.

Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal. Hierarquização: Que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.

Integralidade: A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade bem como a articulação entre saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa.

Regionalização: Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.

Participação Popular: A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício de controle social” ((MATOS, 2003, p. 98).

Desse modo, o principal objetivo foi a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações voltadas para a população, à ampliação de atenção especializada articulada entre si para adequar a política da saúde a vida humana, e, ampliação de direitos fundamentais e no enfrentamento das desigualdades, portanto, uma estratégia específica de

modificação.

O conteúdo constitucional do SUS⁷ é detalhado em duas leis orgânicas, sendo elas a Lei Nº. 8.080/90 e a Lei Nº. 8.142/90. A Lei Nº. 8.080/90 contém dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema. Já a Lei Nº. 8.142/90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS, o Conselho e a Conferência de Saúde e transferências intergovernamentais de recursos.

Ao considerar as Políticas Públicas de Saúde no Brasil até os dias atuais, compreendemos como e porque a Saúde chegou onde está. A prática de novas leis que favorecem e disponibilizam maiores recursos à saúde além de ser muito importante, também é um grande passo a ser percorrido para a consolidação do SUS. Porém, tão importante quanto é o comprometimento do governo com as políticas sociais, para que o Estado venha efetivamente a desempenhar seu dever de provedor de saúde (VASCONCELLOS, 2007).

Atualmente, o SUS atende milhões de pessoas, como trabalhadores inseridos nas empresas de maior porte e famílias de classes médias e altas. Em seus primeiros anos, o SUS não apresentou resultados satisfatórios para a população, de modo que seu sistema recebeu várias reformas que foram implantadas pelo Ministério da Saúde. As reformas apontam cada vez mais para a descentralização, com aumento da autonomia dos Estados e Municípios na montagem de estruturas de prestação de serviços de saúde adequadas a cada realidade (POLIGNANO, 2001).

A saúde pública apresenta muitos problemas, porém, tudo o que foi construído até hoje é de grande importância, devendo-se compreendê-la como um direito garantido constitucionalmente a todos. Diante disso, no próximo item será relatado um pouco da prática do Serviço Social na área da saúde.

⁷ O SUS tem como processo social a dimensão política, dado que vai sendo construído em ambiente democrático, em que se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados. O SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa, ao processo de implantação. Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia (MENDES, 2006, p.58).

2.2 Serviço Social na Saúde

O Serviço Social⁸ é uma profissão que está inserida na divisão sócio-técnico do trabalho, o qual luta pela equidade social. No mesmo sentido, é a construção mais humanizada no processo saúde/doença. Os profissionais que atuam no cotidiano da assistência hospitalar participam do processo de fragilização, no qual os indivíduos são marcados pela exclusão social. Nesse sentido, acolher estes sujeitos significa compreender a condição de estar doente e da vida social.

O Serviço Social, nesse contexto, tem como funções principais toda prestação de serviços assistenciais concretos e uma escuta qualificada. O trabalho é uma atividade estruturante do ser social, sendo uma ação que possibilita a organização do processo de trabalho que favorece a melhoria da política de atenção e a qualificação no atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Sendo assim:

“O objeto de trabalho como aquilo sobre o que se realiza uma ação, que, ao ser modificado, torna-se diferente do que era, ou seja, transforma-se pela ação do trabalhador. Em relação ao trabalho em saúde, o objeto de trabalho, nesta perspectiva teórica, é a pessoa ou grupos para quem se dirige a assistência, seja ela saudável ou doente, que passa por transformações com vistas a preservar a vida, promover a saúde e/ou a melhora e recuperação em situações de sofrimento ou adoecimento” (MARX, 1989, p. 1).

O processo do objeto de trabalho faz uso dos instrumentos do exercício profissional. Para Marx (1989), o trabalho é a ação humana transformadora sobre um objeto, sempre intencional, dirigida por uma finalidade que utiliza instrumentos que mediam sua relação com o objeto do trabalho, no caso no trabalho voltado para o atendimento de necessidades de saúde. A intervenção do Serviço Social na saúde é de suma importância, desde a entrada do paciente, quando se identificam os aspectos a serem trabalhados, servindo de ponte entre os usuários e a instituição: mediando o saber médico e a cultura popular, do senso comum vivenciado pelo usuário.

⁸O Serviço Social, surgindo como decorrência da divisão sociotécnica do trabalho, afirma-se como uma profissão na sociedade, dotada de uma dimensão teórico-metodológica e técnico-operativa, não se dissociando de implicações de ordem ética e política. Assim, o Serviço Social vem respaldando seu exercício, as sistematizações sobre o mesmo e os saberes que constrói, nutrindo-se do acervo intelectual e cultural herdado, fundamentalmente, do pensamento social na modernidade. Incluindo, ainda, as contribuições de pesquisas, realizadas no universo do Serviço Social, relativas ao conhecimento dos processos sociais (ABEPSS, 1996, p. 72).

Para tomar conta das demandas, o Serviço Social utiliza os instrumentos entrevista, reuniões, visitas e contatos. A percepção dos trabalhadores indica a necessária construção de novas relações, enfatizando, no contexto hospitalar, a dimensão ética na relação entre pacientes, familiares e profissionais, propondo respeito à dignidade e à garantia dos direitos fundamentais, à vida e à saúde, reconhecendo e buscando sempre a essência do profissional para com os usuários.

Todas as ações profissionais estão fundamentadas nos princípios ético-políticos que embasam o Serviço Social enquanto profissão na divisão sociotécnica do trabalho.

“[...] através da reflexão ética como instrumento, uma compreensão dos limites e possibilidades da ação profissional, que se depara constantemente com os novos desafios que traduzem no objeto do Serviço Social, isto é a Questão Social” (OLIVEIRA, 2003, p. 07).

A atuação do profissional de Serviço Social não se dá especificamente na área da saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem com competência nas diferentes dimensões da questão social e, como tal, com habilidades de elaborar, programar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde, estabelecendo como objetivos de sua ação profissional na atuação junto à área da saúde:

- “- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação

da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados”. (CFESS, 2009, p. 17).

Segundo o documento criado pelo CFESS (2009), não são atribuições do Assistente Social na área da Saúde:

- “- Marcação de consultas e exames bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- Pesagem e medição de crianças e gestantes;
- Comunicação de óbitos;
- Emissão de declaração de comparecimento na unidade.
- Quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação” (CFESS, 2009, p. 14).

Com isso, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009), juntamente com o Projeto Ético Político, contemplam a proposta de direcionar e embasar as ações profissionais na área da saúde. As competências e atribuições trazem subsídios à intervenção do Serviço Social, no entanto, algumas instituições solicitam ao profissional de Serviço Social que o mesmo as execute, cabendo a este profissional ter clareza de suas atribuições e esclarecê-las a quem solicita, seguindo o projeto ético político.

2.3 O serviço social na Clínica Renal Ivan Goulart

O Serviço Social faz parte da instituição desde que iniciaram os atendimentos aos usuários (pacientes) na Clínica, atuando o profissional como prestador de serviços no sentido de contribuir para autonomia dos pacientes frente à doença.

Não foi possível identificar as demandas para esse profissional logo após a inauguração, pois não há nenhum registro profissional que possa ser manuseado pelos próximos profissionais que atuarão na área. Se existisse um registro de informações de usuários, facilitaria o trabalho da atual profissional de Serviço Social, trazendo mais qualidade, de modo que seria possível refletir a respeito da realidade

dos pacientes e planejar ações que possibilitariam uma melhor intervenção para cada um deles.

Contudo, no ano de 2014 houve a efetivação de um Assistente Social de carteira assinada na clínica, de acordo com os direitos garantidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Os profissionais que possuem contratos de trabalho por tempo indeterminado possuem alguns direitos, como carteira assinada, férias e faltas.

A partir de 2015, ocorreu a inclusão do estágio supervisionado na instituição, passando a receber a primeira estagiária, Charlise Gonçalves Santiago, que começou a acompanhar o trabalho desenvolvido sob responsabilidade da Assistente Social Maria Ohara Vargas Almeida⁹. A parceria entre instituição e acadêmico é de extrema importância, pois dá a oportunidade de aproximação da realidade local para os estagiários da Universidade Federal do Pampa– UNIPAMPA, preparando-os para a profissão escolhida, ao mesmo tempo em que estes contribuem com a elaboração de projetos de intervenção nos estágios¹⁰.

No que tange às demandas para o Serviço Social, é possível destacar o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, de modo que o profissional atua no acolhimento e orientação dos direitos, atendendo à solicitação de pedidos de encaminhamentos para outras instituições, como o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o benefício de prestação continuada (BPC) e também encaminhamentos de pacientes para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para Martinelli, “no atendimento aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade” (MARTINELLI, 2011, p. 499).

O Assistente Social trabalha com mediações entre o usuário/paciente e sua família, competindo assim ao profissional estabelecer estratégias de inovações e enfrentamento com vista à construção de autonomia dos usuários na singularidade do cotidiano, instrumentando uma prática profissional através do processo de mediação. Para Yamamoto, “o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para

⁹Assistente Social na clínica Ivan Goulart desde 2014.

¹⁰Informações obtidas através da Análise Institucional produzida no período de estágio supervisionado, de julho de 2017 a agosto de 2018.

enfrentarmos o presente”(IAMAMOTO, 2010, p. 17). Possibilitando, dessa maneira, a intervenção das demandas cotidianas, assim como, dando respaldo aos direitos sociais de cada usuário.

“Ao se pensar a prática profissional, existe a tendência de conectá-la diretamente à prática da sociedade. Alguns qualificam a prática do Serviço Social de “práxis social”, ainda que está se refira a prática social, isto é, ao conjunto da sociedade em seu movimento e contradições. A análise da “prática” do assistente social como trabalho, integrado em processo de trabalho permite mediar a interconexão entre o exercício do Serviço Social e a prática da sociedade” (IAMAMOTO, 2010, p. 59).

O profissional do Serviço Social tem como objetivo intensificar a interação entre o indivíduo e seu meio social, procurando melhorar a qualidade de vida do usuário e da sociedade. Assim, o profissional estabelece junto aos usuários estratégias de enfrentamento, reconhecendo-os como sujeitos capazes de transformar sua realidade.

“Mais do que meramente aplicar técnicas “prontas” – como se fossem “receitas de bolo”, o diferencial de um profissional é saber adaptar um determinado instrumento às necessidades que precisa responder no seu cotidiano. E como a realidade é dinâmica, faz-se necessário compreender quais mudanças são essas para que o instrumental utilizado seja o mais eficaz possível, e, de fato, possa produzir as mudanças desejadas pelo Assistente Social – ou chegar o mais próximo possível” (SOUSA, 2008, p.124).

Conforme Iamamoto (2011, p.58), a implantação do Serviço Social dentro de uma instituição hospitalar tem como meta trabalhar junto aos pacientes, colaboradores/funcionários e seus familiares a qualidade de vida, motivação no trabalho, produtividade, possibilitando a satisfação das necessidades básicas.

O trabalho da dignidade ao usuário procura valores há muito tempo perdido, buscando na totalidade a humanização de cada um. Toda organização envolve pessoas trabalhando juntas, e sua capacidade de produção e desempenho na execução das mesmas depende da interação das pessoas. Isto é, o trabalho do Assistente Social parte da realidade local. Na Clínica, o trabalho do Assistente Social consiste em acolher os usuários, orientá-los, ouvi-los e garantir que seus direitos sejam respeitados, porém há o desafio do trabalho em conjunto, associando a interdisciplinaridade, que na área da saúde faz toda diferença, pois quando há a possibilidade de vários conhecimentos se agregarem.

3 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

O presente capítulo visa aprofundar o conhecimento acerca atuação do Assistente Social junto à Política de Humanização, para uma melhor compreensão da PNH e do serviço social com a questão social na saúde humanizada.

A Política de Humanização¹¹ nos ambientes de saúde não propõe obviamente humanizar o ser humano, mas entender, compreender e saber lidar com as relações dele com o trabalho e o afeto, e com a presença marcante dos desafios no sistema de organização na produção dessa política.

No ano de 2003, para colaborar nos princípios do SUS¹², foi criada a Política Nacional de Humanização, dando condição humana a alguma ação ou atitude, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes, familiares e profissionais. Nesse contexto, por se estar vivenciando um momento de modificação, onde o termo Humanização é a expressão utilizada para se falar da qualidade do atendimento aos usuários, olhar o outro numa relação de respeito é entender que os usuários dos serviços de saúde são, antes de tudo, seres humanos dotados de direitos, com acesso aos serviços em condições de igualdade. O desenvolvimento das ações propostas pela PNH lança mão de “ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2010, p.121).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização é compreendida como:

“A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento” (BRASIL, 2004, p.13).

A Humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos

¹¹Por Humanização, se compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010, p. 3).

¹²A Constituição brasileira de 1988 diz que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” e criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

implicada no processo de produção de saúde, devendo fortalecer a integração de usuários, trabalhadores e gestores. Nessa medida, humanizar a relação com o usuário de saúde exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar (REGIS, 2011).

Portanto, o processo de Humanização no serviço público de saúde deve ser observado como uma forma de trabalho, contribuindo com a melhoria no atendimento. A Humanização constitui-se em um todo, destacando a necessidade de assegurar atenção integral à população, criando estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos. Desse modo, torna o humanizar um modo de fazer e de produzir assistência na área da saúde, pois contém mudanças no modo de atuação da equipe, das estruturas da área hospitalar, e nem sempre os envolvidos no processo estão abertos a mudanças (REGIS, 2011).

3.1 Princípios Norteadores da Política de Humanização

Segundo o documento HumanizaçãoSUS, o valor da dimensão social em todas as práticas de atenção, impulsiona processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização

- “- Estimulando os processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a uma compreensão da complexidade e a grupalidade;
- “Atuando em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS”. (HUMANIZASUS, 2004, p.15)

Ainda conforme o documento de HumanizaSUS, destacam-se marcas e prioridades com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), especificamente quatro:

- “- Com a ampliação do acesso e atendimento, serão reduzidas as filas e o tempo de espera;
- É de suma importância que todo usuário do SUS, passa a ter conhecimento de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, junto com os serviços prestados e se responsabilizarão por sua referencia territorial;
- É necessário que as unidades de saúde garantam informações ao usuário, com o acompanhamento de pessoas de sua rede social, e os direitos dos usuários do SUS;

- “As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores”. ;(HUMANIZASUS, 2004, p.17)

A implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade (HUMANIZASUS, 2004).

3.2 Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção à saúde

O documento propõe que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (Agenda de Compromissos). Consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e nos serviços de saúde, entendidos como dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas de Humanização nas diferentes práticas e instâncias gestoras da saúde (HUMANIZASUS, 2004).

O documento HumanizaSUS propõe ampliar o diálogo entre os profissionais, entre estes e a população e entre estes e a administração, promovendo a gestão participativa. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido (HUMANIZASUS, 2004).

A dimensão transversal da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS implica necessariamente na efetivação de um construir coletivo. Isso significa processos de construção no Ministério da Saúde, assim como nas diversas instâncias do SUS (HUMANIZASUS, 2004).

Portanto, o principal objetivo da política de humanização é o caráter humanizado, com um papel funcional nas instituições de saúde, estimulando a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade. Historicamente, a prática do Serviço Social sofreu transformações, sendo que atualmente o profissional precisa estar atento à questão social para adequar as particularidades que a profissão

requer nessa área.

Para Martinelli (2011, p. 502), “ao trabalhar nessa perspectiva do cuidado ético, da Humanização da prática, estamos fazendo um uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores, na busca da qualidade do atendimento de nossos atos profissionais”. Este trabalho tem conquistado cada vez mais viabilidade e respeito dentro de uma instituição, pois, tem a colaboração multidisciplinar dos gestores, dos técnicos, dos médicos, enfermeiros e funcionários das diversas áreas na ajuda deste processo.

3.3 Questão Social com o Serviço Social na saúde humanizada

Entre 1930 a 1945 o Serviço Social era visto como uma caridade. Somente depois do ano de 1945 é que se iniciou o trabalho de reconceituação do Serviço Social como é conhecido atualmente(IAMAMOTO,1983).

Importante ressaltar que o Serviço Social no Brasil viveu décadas em um vazio sobre sua identidade profissional. O profissional de Serviço Social passou a se identificar como classe dominada pelo capitalismo, buscando a reconceituação da profissão após essa mudança, aproximando os profissionais na busca de estar reorganizando as políticas públicas e não dar assistência só para os necessitados. Já o Projeto Ético Político(PEP) da profissão está vinculado às grandes transformações de um todo da sociedade, com a exigência de atender as demandas da questão social da coletividade, expressando a particularidade de cada um, reconhecendo a liberdade como um valor central, bem como a autonomia, afirmando a defesa dos direitos sociais humanos. No que diz respeito à dimensão política do projeto,este se apresenta como democrático, considerando a democracia “como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida”(NETTO,2006, p.16).

O Serviço Social é norteado pelo Projeto Ético-Político profissional, para construção de uma sociedade justa. Ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo(CFESS, 2010, p. 18).

O trabalho do Serviço Social organiza os fatores de ordem política, social e econômica que condicionam o direito ao acesso de bens e serviços necessários. Assim, o projeto ético político da profissão de Assistente Social foi construído nos

últimos trinta anos e vem traçando na perspectiva da totalidade social, considerando a questão social como sua base de fundamentação. O Assistente Social atua no atendimento aos sujeitos de forma individual ou em grupo, buscando sempre pesquisar e relacionar ações que possam melhorar sua qualidade de vida e garantia do acesso aos seus direitos.

3.4 Trabalho do Assistente Social – indicação do instrumental

Dessa forma, a ação do profissional Assistente Social na instituição Clínica Renal Ivan Goulart de São Borja são: Visitas Domiciliares; acompanhamento de usuários/pacientes selecionados pela equipe de enfermagem dando suporte ao paciente e seus familiares na pós-alta; Encaminhamento junto aos recursos da Instituição; Atendimento em grupo e individual; Participação em Campanhas, Projetos e Programas desenvolvidos na instituição.

Para além do que faz o profissional Assistente Social, é importante saber para que ele faz, bem como cita Guerra (2009):

“Há algo que precede a discussão de instrumento e técnicas para a ação profissional, que no nosso entendimento refere-se à sua instrumentalidade, ou melhor, a dimensão que o componente instrumental ocupa na constituição da profissão. Para além das definições operacionais (o que faz como faz), necessitamos compreender “para que” (para quem, onde e como fazer) e analisar quais as consequências que no nível “imediato” as nossas ações profissionais produzem”. (GUERRA, 2009, p. 30)

Assim, o local para atendimentos deve ser de acesso facilitado a todos os usuários, sendo necessário, para isso, usar de técnicas e instrumentos que possam facilitar o atendimento de todo o acolhimento, o sigilo e a privacidade. Dessa forma, os registros e estudos sociais são permanecidos em local resguardado, com acesso somente do Assistente Social, onde essas ações visam os direitos humanos.

A partir disso, na Clínica Renal Ivan Goulart há alguns registros que são de responsabilidade do Assistente Social e que nenhum outro profissional pode elaborar. Este registro é a avaliação dos usuários, que deve passar pela avaliação da médica. Tendo em vista o trabalho em conjunto dos profissionais na área de saúde, é difícil manter sigilo nas questões da saúde física e psicológica dos usuários, porém percebe-se que quando se trata de assuntos e documentos que dizem respeito exclusivamente à Assistente Social, estes ficam trancados em uma gaveta com chave.

A Política de Humanização da Assistência à saúde oferece uma forma de diretriz de humanizar. Com espaços de comunicação, o diálogo, o respeito e a solidariedade, bem como, o uso destas ferramentas para destacar o HumanizaSUS, que será exposto a seguir.

3.5 HumanizaSUS

Para apresentar o HumanizaSUS¹³, pode-se dizer que ele é um desvio do SUS, proposta de Humanização do SUS pautada em uma tarefa desafiadora. Por Humanização entende-se como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, onde a questão da humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, acreditando-se que há um SUS que dá certo, mas que existem desafios e problemas e que é necessário sempre superá-los.

Ribeiro (2004, p. 80) cita, HumanizaSUS “está voltada para a construção de novos modelos de gestão e atenção que, rompe com o modelo tradicional, organizado em torno de uma fragmentação de procedimentos médicos”. Permitindo compreender e identificar as demandas na inserção no SUS, o HumanizaSUS opera transversalmente, sendo uma conquista de todo povo brasileiro, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano, conforme já mencionado, e com isso passa a operar uma singularidade de saberes, não apenas dos diferentes campos da saúde, mas, também de seus usuários.

As particularidades presentes na ação do profissional de Serviço Social no SUS podem ser observadas como uma ação cotidiana no processo de acesso dos usuários, onde momento em que se viabiliza os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais, a ação profissional se pauta na construção da integralidade em saúde (MIOTO & NOGUEIRA, 2006).

Portanto, é importante trazer a mediação do profissional de serviço social junto com a política de HumanizaSUS como proposta metodológica do Serviço Social. Conforme Pontes (1999), a mediação passa a ter relevância no Serviço Social a partir da década de 1980, quando estava se processando no meio uma mudança significativa nos quadros referenciais da vertente que se inspirava no

¹³O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar! Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação dos diferentes dispositivos com que operamos. (BRASIL, 2006, p. 4).

marxismo, onde podem introduzir a temática do acolhimento nesse estudo, visto que este pode ser considerado a principal ferramenta para o profissional de Serviço Social no seu trabalho na busca pela humanização no SUS.

O profissional do Serviço Social é de grande relevância, a partir do acolhimento, permitindo sempre que o usuário e a família conheçam não somente o processo da doença, mas também trabalha os fatores que auxiliam o processo de tratamento e cura da doença, buscando quando necessário auxílio nas redes de atenção à saúde. O profissional de Serviço Social realiza atendimentos aos usuários/a com o objetivo de garantir o acesso aos serviços, utilizando-se de tecnologias leves¹⁴ que venham a promover não somente este acesso, os considerando e respeitando como sujeito histórico, cultural e social, atividades estas realizadas de forma acolhedora.

Sempre que o envolvimento do Assistente Social com o usuário for maior, existirá confiabilidade, adquirido entre ambos, tratando-se de um vínculo profissional e não pessoal:

“Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal”(MERHY, 1994, p. 138).

Segundo Castro (2009), o acolhimento se dá também pelo vínculo, onde o profissional não fica limitado ao ato de receber, mas sim, de ouvir, dando a seqüência para a intervenção resolutiva, atendendo à demanda ligada ao usuário. Percebe-se que não é somente pelo acolhimento que o Assistente Social atua na humanização da saúde, mas também pelo vínculo resultante desse processo que efetiva o trabalho do Serviço Social no âmbito do atendimento da saúde pública, fazendo que este mantenha sua prática de um atendimento na busca pela totalidade dos usuários, fazendo com que o Serviço Social estabeleça um atendimento humanizado, assim sendo a humanização caminha lado a lado com o Serviço Social.

Portanto, a seguir, serão apresentados a metodologia utilizada na pesquisa, bem como os resultados da pesquisa, sendo a reflexão dos profissionais de campo que possibilitarão o aperfeiçoamento da discussão aqui proposta.

¹⁴Tecnologias leves são entendidas como: tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho;

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo será apresentado o processo metodológico utilizado na pesquisa, para que se tenha uma visão da materialização das reflexões expressas no trabalho de conclusão de curso. Inicialmente, se apresentará o tipo de pesquisa, a coleta de dados e a amostra para a análise de dados, seguido do método dialético-crítico e suas categorias para a análise da realidade, que objetivam esclarecer o processo metodológico da presente pesquisa.

4.1 Tipo de pesquisa

A realização desta fase da pesquisa se deu através dos métodos escolhidos pela acadêmica, que atenderam as necessidades e expectativas de estudo, para assim melhor alcançar o resultado esperado. Segundo Minayo, (2007, p. 16) a “metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Dessa forma, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas.

A metodologia utilizada para a construção da pesquisa está estruturada comportando o enfoque qualitativo exploratório de amostragem intencional não probabilística, e de método Dialético-crítico para a análise da realidade.

De acordo com Gil(2008), a pesquisa social permite a construção de conhecimentos da realidade social utilizando-se de metodologia. Nesse sentido, entre os meses de março de 2018 a julho de 2018 foi construído o planejamento da pesquisa, que envolveu a escolha e delimitação do tema, contendo os objetivos específicos, questões norteadoras e o objetivo geral.

O estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa qualitativa:

“Na verdade essa pesquisa tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito” (MARTINELLI,1999, p. 21).

A pesquisa possibilitou a qualidade dos resultados. Para Gil (p. 45), a “pesquisa exploratória assume, na maioria das vezes, o formato de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso”.Portanto, a presente pesquisa será exploratória bibliográfica.

4.2 Coleta de dados

Optou-se por uma investigação qualitativa, sendo a entrevista semi-estruturada, aproximando-se mais de uma conversação (diálogo), focada em determinados assuntos, do que de uma entrevista formal, na qual a entrevista como coleta de dados é a técnica mais utilizada nas pesquisas de campo(SANTOS,2008).

A entrevista semi-estruturada impõe perguntas abertas e perguntas fechadas, encontradas no apêndice A, onde as respostas e a liberdade dos entrevistados em relação ao tema proposto podem fazer surgir questões inesperadas para o entrevistador que poderão ser utilizados na sua pesquisa. Sendo assim, no apêndice B encontra-se o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos profissionais.

4.3 Método de abordagem

A amostra é não-probabilística do tipo intencional, isto é, a pesquisadora escolhe os sujeitos que contribuirão para o alcance dos objetivos propostos pela investigação. A amostra do tipo intencional também constitui um tipo de amostragem não probabilística e “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda população” (GIL, 2007, p. 104).

Tem-se como justificativa que os profissionais que atuam na equipe multiprofissional da hemodiálise, o serviço social de forma interventiva, visando a melhoria da qualidade intervindo no acolhimento do paciente/usuário com insuficiência renal e seus familiares frente a situação doença como processo social, acompanhamentos com os pacientes/usuários da doença renal crônica, como os grupos de apoio, visitas domiciliares e planejar intervenções educativas, e a profissional de psicologia é de extrema importância para melhor adaptação, aceitação e bem-esta do paciente.

4.4 Método dialético-crítico

Utilizou-se o Método Dialético-Crítico, em que Konder (2004, p. 03) descreve como “o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”. Para compreensão da realidade foram utilizadas as categorias do

método Dialético-Crítico: totalidade, historicidade e contradição.

Sobre a Totalidade Konder(2004) destaca:

“Em cada ação empreendida, o ser humano se defronta, inevitavelmente, com problemas interligados. Por isso, para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter certa visão do conjunto deles: é a partir da visão do conjunto que a gente pode avaliar a dimensão de cada elemento do quadro” (KONDER,2004, p. 36).

Possibilitando compreender as singularidades na particularidade na qual pessoa está inserida, a realidade de um todo, compreendendo, a totalidade entendeu a necessidade de analisar na rotina institucional a importância desse um todo para a intervenção com os pacientes/usuários de doença renal crônica terminal, para ser entendida cada particularidade do usuário.

Sobre a categoria historicidade, Prates (2003)declara:

“Este movimento pressupõe a historicidade dos fenômenos sociais, reconhecendo a processual idade, o movimento e dos fenômenos. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desenvolvimento deste movimento, por cortes históricos” (PRATES, 2003, p. 95-96).

Esta categoria está em constante movimento, não permite que os momentos passados sejam esquecidos. A historicidade auxiliou imensamente este trabalho, com a importância do seu uso para o entendimento das mais diversas expressões do cotidiano do paciente/usuário portador de doença renal crônica, pois, é através da historicidade que nos permite refletir ao mesmo tempo.

A última categoria a ser apresenta é contradição:

“A contradição é destruidora, mas também criadora, já que se obriga à superação, pois a contradição é intolerável. Os contrários em luta e movimento buscam a superação da contradição, superando-se a si próprios. Na superação, a solução da contradição aparece enriquecida e reconquistada em nova unidade de nível superior. Cada coisa é uma totalidade de movimentos e de momentos e elementos provenientes de suas relações, de sua gênese e de sua abertura” (CURY, 1985, p. 30).

A partir desta categoria, possibilita-se o entendimento de que as relações estão em constante movimento, é um objeto que vai estar em constantes contradições. Para Cury (1985, p. 30), a contradição “não é apenas entendida como categoria interpretativa do real, mas também como sendo ela própria existente no

movimento do real, como motor interno do movimento, já que se refere ao curso do desenvolvimento da realidade”. Pode-se assim afirmar que a contradição faz parte da realidade.

4.5 Análise de dados

A análise de dados ocorreu por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2009). A mesma busca analisar os dados qualitativos:

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens “(BARDIN, 2009, p. 31).

Diante do exposto, é importante ressaltar que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise e comunicação. É através da análise de conteúdo que o presente projeto objetivou-se fazer uma interpretação dos dados. De acordo com Bardin (2009), existem etapas para se construir uma análise, o qual se organiza em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamentos dos resultados, inferência e interpretação.

Sendo assim, a primeira fase buscou sistematizar as ideias do pesquisador, também formulando maneiras de interpretação das informações coletadas com a pesquisa. Logo após ser feita a pré-análise, inicia-se a exploração do material, nesta fase se realiza um estudo mais aprofundado do conteúdo que se pretende estudar. É uma fase de suma importância, pois, vai possibilitar uma melhor interpretação e interferência.

Na sequência, tem-se a terceira fase, no qual o foco é o tratamento dos resultados, interferência e interpretação. Aqui se faz um tratamento dos resultados obtidos, fazendo assim uma análise reflexiva crítica, “tendo a sua disposição resultados significativos fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos” (BARDIN, 2009, p.127).

Sendo assim, a análise deve ser feita a fim de atender os objetivos da pesquisa e para comparar e confrontar dados com a intenção de responder as questões norteadoras da pesquisa. A análise e a interpretação desenvolvem-se a partir das evidências observadas, de acordo com a metodologia, com relações feitas através da entrevista e complementadas com o posicionamento da pesquisadora.

5 RESULTADOS DO ESTUDO: A REFLEXÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa realizada por meio de entrevistas e questionários com os profissionais de Serviço Social e Psicologia da Clínica Renal Ivan Goulart. Desse modo, a metodologia utilizada possibilitou a percepção de uma perspectiva de totalidade, de forma que os/as demais profissionais e a instituição entendam o trabalho do Serviço Social na saúde, bem como para a materialização da Política Nacional de Humanização na instituição.

A partir da análise dos dados realizada nesta pesquisa foi possível organizar a discussão da seguinte forma: na primeira sessão serão apresentadas as percepções dos profissionais sobre o entendimento que a instituição tem sobre a política de humanização do SUS, bem como a percepção da PNH na clínica, e se envolve todos os profissionais, trazendo as sugestões e possibilidades que os profissionais junto com o Serviço Social, podem desenvolver para efetuar essa política e a intervenção do Serviço Social na Saúde.

Na segunda sessão, será abordado o impacto social da doença no cotidiano dos portadores de doença renal crônica terminal e como acontece a intervenção do serviço social junto com o profissional de psicologia na instituição, visto que o Serviço Social trabalha de forma interdisciplinar e relacionada a outros departamentos de sua área de atuação, contribuindo ativamente para a efetivação da PNH dentro da instituição.

A partir da pesquisa realizada junto aos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) foi possível entender qual o entendimento que o profissional possui sobre a humanização, responsabilizando todos os sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho, dentro da instituição. A resposta apresentada a seguir, traz o entendimento do serviço social na saúde, de como a profissional "A" percebe a atuação do Serviço Social na área da saúde, na qual foi temática desse trabalho.

“Percebo na totalidade do processo saúde/doença de cada paciente que vem ao encontro da ação profissional, tal como um aprofundamento das múltiplas expressões da questão social geradas pelas diferenças econômicas, sociais, políticas e culturais, próprias do sistema”.
(PROFISSIONAL A)

Partindo da observação dessa resposta, entendemos que a questão social começou durante o processo de industrialização onde gerou as desigualdades sociais, gerando as expressões da questão social: desemprego, fome, violência, falta de moradia, pobreza, entre outras. A questão social é o objeto de trabalho do Assistente Social:

“A questão social nasce do conflito entre capital e trabalho, das relações de produção que determina as relações sociais na sociedade capitalista. Devido à reestruturação produtiva, essas relações de produção se alteram, pois houve incremento de novas tecnologias que possibilitaram o aumento de produtividade, simultaneamente a redução dos pontos de trabalho”(FERREIRA,2008,p.14)

Durante o período da pesquisa, e junto aos questionários pôde-se observar que, na Clínica, há demandas bem significativas para a intervenção do Serviço Social e que existe no espaço um aprofundamento das múltiplas expressões da questão social citadas anteriormente; as quais se expressam através da vulnerabilidade social¹⁵, visto que, em sua maioria, os atendimentos aos usuários são feitos através do Sistema Único de Saúde (SUS), além disso, muitos precisam do auxílio do Benefício de Prestação Continuada (BPC); e necessitam também de transporte ofertado pela Secretária da Saúde para chegar até a instituição.

“A questão social na clínica ainda são desafios encontrados pela minha inserção aqui, existe pelas desigualdades econômicas, sociais as quais se dão a vulnerabilidade social, onde a maioria dos atendimentos são feitos pelo SUS, necessitando dos transportes e auxílios”. (PROFISSIONAL A)

Considerando que essas expressões são geradas pelas desigualdades, é preciso usar de instrumentos e técnicas que podem ajudar no processo de desvelamento do objeto, uma das práticas que pôde observar na instituição é a visita domiciliar que reúne três técnicas, sendo elas a observação, a entrevista e o relato oral, sendo que em consequência da entrevista é possível observar outras técnicas como o acolhimento, questionamento, reflexão, clarificação e exploração e/ou aprofundamento. Desse modo, é possível identificar a vulnerabilidade social através dos atendimentos e visitas domiciliares realizadas pela Assistente Social e pela Psicóloga entre outras demandas observadas e existentes no processo de

¹⁵Vulnerabilidade Social é o conceito que caracteriza a condição dos grupos de indivíduos que estão à margem da sociedade, ou seja, pessoas ou famílias que estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos.

tratamento.

Além disso, outra dificuldade encontrada na instituição é a questão do atendimento e reconhecimento do papel do Serviço Social frente às outras categorias profissionais e frente aos usuários. No que diz respeito à Política Nacional de Humanização, a humanização vai além de qualidade clínica dos profissionais, sendo que exige qualidade de comportamento. Segundo os dicionários da língua portuguesa, a palavra humanizar pode ser definida como: tornar humano, civilizar, dar condição humana.

Sendo questionado como se constitui a política de humanização na instituição:

*“Percebo que a instituição vem caminhando em direção a um maior entendimento com relação a humanização, existem alguns projetos desenvolvidos na clínica que dos poucos foram criando na equipe e nos usuários compreensão sobre a importância de um serviço humanizado”.
(PROFISSIONAL A)*

Portanto, é possível e concreto dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo efetivada através dos profissionais. Nesta percepção, foi identificado que a instituição aos poucos vai criando o entendimento sobre o serviço humanizado, e assim a humanização do atendimento implica em transformações necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário. Martinelli ressalta:

“Ao trabalhar nessa perspectiva do cuidado ético, da humanização da prática, estamos fazendo um uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores, na busca da qualidade do atendimento de nossos atos profissionais. Daí a importância da ética dos cuidados, pois se o trabalho é um uso de si, pressupõe na mesma medida um cuidado de si” (MARTINELLI, 2011, p. 502).

As possibilidades e aos desafios se dão no enfrentamento, colocando em prática todo conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo compete, assim, ao profissional estabelecer junto aos usuários estratégias de enfrentamento visando à construção de autonomia dos indivíduos, reconhecendo-os como sujeitos capazes de transformar sua realidade.

“Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir

do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem faz-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que se desumaniza reciprocamente”. (OLIVEIRA;COLLET; VIEIRA, 2006, p.280)

Ressalta-se aqui, a intensificação do tema humanizar e a importância do trabalho dos Assistentes Sociais, mesmo que ainda seja condicionada a certos espaços, promovendo a participação da sociedade e especialmente dos usuários e suas solicitações.

A próxima fala apresentada responde sobre o mesmo questionamento do serviço humanizado, trazendo outra visão:

“As reuniões mensais da equipe as visitas domiciliares para os usuários o grupo de apoio, e a caixa de sugestões que fica na entrada da clínica são algumas das ações desenvolvidas que fortaleceram nos últimos anos a contribuir para dar voz aos usuários.” (PROFISSIONAL B)

Considerando essa percepção, afinal, por meio da ação cotidiana dos profissionais da área de saúde, em grupos de apoio, visitas domiciliares, e ações para fortalecer a voz dos usuários, é possível construir a integralidade em saúde, com uma abordagem do indivíduo em sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e cultural. O Serviço Social, dessa forma, traz importantes contribuições para que a ampliação e garantia da autonomia dos sujeitos sejam alcançadas, intervindo no sentido de possibilitar qualidade de vida a esses usuários através do processo de humanização. No entanto, falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir e discutir como tem sido a sua prática em todos os momentos da relação com o usuário portador de doença renal crônica.

Outra questão apresentada aos profissionais foi sobre o impacto social na vida desses usuários. Dessa forma, importa observar a seguinte fala:

“Noto que o impacto da IRC é algo subjetivo para o usuário, cada sujeito no que diz respeito às suas experiências pessoais, mas ele mesmo assim existem muitos pontos comuns entre eles tipo situações como o medo da morte dificuldades em se adaptar na nova rotina, ansiedades e resistência que ocorrem no decorrer do processo entre outras . Penso que a IRC não é uma doença amplamente conhecida, o que pode dificultar a compreensão e aceitação do cuidado”.(PROFISSIONAL B)

Acerca dessa percepção, é imprescindível ressaltar que o profissional relata que *“a insuficiência renal crônica não é uma doença amplamente conhecida, e dificulta a aceitação” (PROFISSIONAL B)*. No que se refere às dificuldades do processo de aceitação, nota-se certa resistência dos usuários em realizarem o tratamento sem faltar as sessões, isso acontece porque eles passam por momentos desafiadores ao longo do tratamento, como o sofrimento, a tristeza e a não aceitação de estar doente. Grande parte dos usuários/pacientes do programas e fragiliza ao decorrer das sessões, pois acabam vendo o estado de outros pacientes que já estão em tratamento há muitos anos e não conseguem melhorar sua condição de saúde, ou até mesmo assistem um deles vir à óbito, o que os leva, muitas vezes, à depressão. Para que essa evasão não aconteça, são realizadas as visitas domiciliares, conforme já mencionado, sempre que a Assistente Social e a Psicóloga julgarem necessário. Além disso, o grupo de apoio realizado uma vez por mês ajuda os usuários a se sentirem acolhidos e informados a respeito da doença.

Em meio às dificuldades encontradas, pode-se incluir a comunicação com a rede, *“Eu já vejo como desafio enfrentado é na condição dos serviços de rede” (PROFISSIONAL A)*, pois a ação profissional depende de outros órgãos públicos como a secretaria da saúde que no sentido acabam burocratizando os processos internos da Clínica Renal. Essa dependência resulta na demora do processo de encaminhamento dos remédios que são indispensáveis para o tratamento, em consequência disso, os remédios demoram a chegar na Clínica. Considerando essa dificuldade, é muito importante que haja um meio pela qual essa comunicação possa realmente existir, pois para que o trabalho em rede aconteça é preciso que todos possam trabalhar juntos, falar uns com os outros e ouvir uns aos outros, no entanto uma reunião feita com a rede uma vez ao mês pelo menos ajudaria melhorar tal comunicação.

Ainda:

“Sem dúvidas o impacto social da doença na vida é além do adoecimento do corpo, é tempo perdido de estar na máquina de diálise por quatro horas, três vezes por semana, modifica seu bem estar, impactando uma mudança total em sua vida em quanto portador de insuficiência renal” (PROFISSIONAL A)

Nessa visão, salienta-se que o impacto da doença renal crônica atinge a todos ao seu redor, ocorrendo muitas mudanças na vida dos usuários, fazendo com que

se depararem com perdas e limitações, necessitando se reorganizar junto a família. Ressalta-se aqui a importância do acolhimento do profissional de serviço social junto aos usuários, interessando a visão de Simões (2007), o qual afirma que o Assistente Social que trabalha em uma equipe de saúde deve dispor de uma visão diferenciada que possa promover uma observação das condições de saúde do usuário, dominando o meio de atendimento e daquela situação que se está no momento.

As respostas aos questionamentos promoveram o conhecimento acerca da realidade vivida pelo profissional de Serviço Social, junto com o profissional de Psicologia, bem como suas visões a frente da PNH na instituição, e o trabalho junto aos portadores de doença renal crônica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso se propôs, como objetivo geral, a pesquisar o trabalho do profissional de Serviço Social na área da saúde a partir da investigação do acolhimento dos portadores/usuários de doença renal crônica terminal atendidos na Clínica Renal da cidade de São Borja-RS. Para isso, questionou-se como é realizado o trabalho do Assistente Social junto a esses pacientes. Logo, buscou-se analisar o sistema de saúde no Brasil e a Política de Humanização para, finalmente, ponderar os resultados do estudo.

Destarte, inicialmente demonstrou-se que o sistema de saúde no Brasil evoluiu significativamente com o passar dos anos, progredindo do uso de apenas recursos naturais para um sistema de saúde coletiva no Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde. No mesmo seguimento, expôs-se a necessidade do Serviço Social na área da saúde, analisando que a falta de condições básicas de sobrevivência implica aparecimento de doenças que, por consequência, afetam a capacidade do indivíduo em lidar com o cotidiano. Observou-se, ainda, a necessidade da intervenção do Serviço Social na área da saúde, desde a entrada do paciente para tratamento ambulatorial ou internação, na forma do acolhimento do Assistente Social, para desvelar as expressões da questão social presentes, e suas particularidades,.

Por conseguinte, trabalhou-se sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), observando a ênfase na dimensão ética na relação entre pacientes, familiares e profissionais. Da mesma forma, buscou-se demonstrar que o processo de humanização no serviço público de saúde deve ser observado como uma postura cotidiana nesse serviço, contribuindo para a melhoria no atendimento e buscando o entendimento de que os usuários dos serviços de saúde são, antes de tudo, seres humanos dotados de direitos.

Por fim, apresentou-se os resultados do estudo realizado e as conclusões dos profissionais envolvidos. Foram analisadas respostas das profissionais de Serviço Social e Psicologia. Conclui-se que a humanização deve ser um processo de construção gradativa, realizada por meio do compartilhamento de conhecimentos e sentimentos, além da necessária disposição dos envolvidos em colaborar nesse processo. Sem ter essa disposição, há dificuldade na efetivação da humanização, visto que o ato ou efeito de humanizar é tarefa de todos. Assim, as respostas

apontam para uma lacuna na comunicação entre todos os setores de atendimento da instituição.

Sob essa ótica, demonstrou-se com o presente trabalho que o profissional do Serviço Social tem como objetivo intensificar a interação entre o indivíduo e o seu meio social, procurando melhorar a qualidade de vida do usuário junto à sociedade. Com o impacto da doença renal crônica na vida dos usuários e de seus familiares, pode-se observar a importância da visita domiciliar para a assistência aos usuários da clínica renal, promovendo uma visão mais abrangente, procurando identificar a questão social e, além disso, ajudando a promover uma melhor compreensão da família junto aos portadores de doença renal.

No que tange às demandas para o Serviço Social, é possível destacar o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, estando o profissional atuando no acolhimento e orientação quanto aos direitos, junto à política de humanização na instituição. O trabalho do serviço social na saúde, especificamente na instituição de atendimento aos portadores da doença renal crônica, tem vista em aprimorar a assistência aos usuários.

Isso posto, obteve-se, além de maior conhecimento acerca do tema pesquisado, notável engrandecimento pessoal com a presente pesquisa, de modo que se compreendeu as diversas formas da Questão Social expressas na vida dos usuários/pacientes do sistema de saúde e de suas famílias. Ainda, serviu para articular o conhecimento teórico com a atuação profissional no cotidiano da instituição e com isso instituir estratégias de enfrentamento junto ao usuário, visando a construção de sua autonomia.

Dessa forma, durante o acompanhamento do profissional Assistente Social juntamente com a psicóloga nas visitas domiciliares, presenciou-se a preocupação dos pacientes com o rumo de uma nova vida, a dor e dificuldade do tratamento, as vivências de ir e vir da hemodiálise e o desgaste causado, na esperança e espera por transplante. Percebeu-se a importância de ver cada portador da doença renal crônica como um ser único, apresentando a sua maneira de conviver com a doença. Reconheceu-se a situação das famílias, da relação familiar, das necessidades de emergência e autoestima para continuarem o tratamento.

Nesse sentido, conclui-se que há a necessidade de mais profissionais na instituição, visando contribuir para a efetivação da PNH. Entre a atuação do Serviço Social junto aos profissionais da saúde na instituição, fica visível que eles

conseguem entender seu papel e a contribuição no trabalho humanizado no atendimento à saúde, uma vez que relatam conhecer as atividades e saber a respeito do programa de humanização que está sendo implantado, mas afirmam não ter acesso ao mesmo. Faz-se necessário um olhar mais atento às dificuldades que os profissionais vêm enfrentando nos hospitais, sendo um local da área da saúde, mas campo fértil para o Serviço Social.

REFERÊNCIAS

A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

ASSUMPÇÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. Dissertação de mestrado em serviço social. Florianópolis: UFSC, CSE, PGSS, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Edições 70, Lda. 2009.

BLOG JUSBRASIL; **87 anos**: A lei Eloy Chaves é a base da previdência social brasileira. Disponível em: <<https://mps.jusbrasil.com.br/noticias/2063032/87-anos-lei-eloy-chaves-e-a-base-da-previdencia-social-brasileira>>. Acesso em: 23/09/2018.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde. Ana Elizabete Mota (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CFESS. **Parâmetro para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar). Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, Março de 2009.

CONSELHO Federal de Serviço Social – CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, CFESS: Brasília, 2010.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e Contradição elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Cortez Editora, 1985. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, CSE, PGSS, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. – 7. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983.

_____. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 29 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. – 19 ed. – São Paulo, Cortez, 2010.

_____. **Serviço Social em tempo de capital e fetiche**: Capital Financeiro, trabalho e questão social. 6. ed – São Paulo: Cortez 2011.

In: **Revista Emancipação**.v. 8, n.1. Ponta Grossa/PR: UEPG, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 09/06/2018.

KAZLOWSKI, S. Z. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde**: o papel dos acompanhantes. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2008.

KONDER, Leandro. 1936. **O que é dialética** / Leandro Konderee. – São Paulo: Brasiliense, 2004. – (Coleção Primeiros Passos; 23).

MARCOS GAIA. **APOSTILA DE SAÚDE PÚBLICA**. CUBATÃO, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. In: **Serviço Social & Sociedade**. Nº 107. jul/set. Cortez: São Paulo, 2011.

_____. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social**. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras editora, 1999.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. N. 74, jul./2003, p. 84-117.

MELO, Luciana.: **Saúde pública e SUS**. Disponível em: <[https://53748h.ha.azioncdn.net/images/d/\[RESID%C3%8ANCIA\]%20PSICOLOGIA%20\(1\).pdf](https://53748h.ha.azioncdn.net/images/d/[RESID%C3%8ANCIA]%20PSICOLOGIA%20(1).pdf)>. Acesso em 23/09/2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.

6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

_____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

Ministério da Saúde – **Política Nacional de Humanização – 2004.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.pdf>> Acesso em: 28/09/2018

_____. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília. Publicação oficial; 1990.

_____. **Política de Humanização da Assistência da Saúde.** – 1. ed. 1ª reimpresão – Brasília. 2010.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 3ª edição ampliada. São Paulo: Cortez, 2009. p. 151 –162 cinco notas a propósito da “questão social”.

_____. **Razão, ontologia e práxis.** Revista Serviço Social e Sociedade, 44, ano XV, São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria R. MIOTO, Regina Célia T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: **Serviço Social e saúde.** Ana Elizabete Mota (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. **A humanização na assistência à saúde.** Rev. Latino-americana de enfermagem, 2006 março – abril; 14 (2): 277-84.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social.** 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

PRATES, Jane Cruz. **O planejamento da pesquisa social.** Temporalis, n. 7, ano IV, jan./jun. Porto Alegre: ABEPSS, 2003

REGIS, Maria Figueredo de Araújo. O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a Política Nacional de Humanização. In: **Serviço Social & Sociedade.** Nº 107. jul/set. Cortez: São Paulo, 2011

RESOLUÇÃO CFESS Nº 845, de 26 de fevereiro de 2018.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. **HumanizaSUS: um projeto coletivo.** Boletim da Saúde. Volume 18. Número 2. Jul/Dez. 2004.

SANTOS, Mario. **Características de uma pesquisa semi-estruturada**; Disponível em: <http://mariosantos700904.blogspot.com/2008/05/caractersticas-da-entrevista-semi.html>. Acesso em 17/10/2018.

SBN. Disponível em: <WWW.sbn.or.br>. Acesso em 09/09/2018.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. **Humanização na Saúde enfoque na atenção primária**. Revista Textos & Contextos. 2007.

Sistema Único de Saúde (SUS). Lei nº. 8.142/ 90. Coletânea de Leis. Porto Alegre: CRESS 10ª Região, 2009.

SOUSA, Charles Toniolo. **A prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde Trabalho e Desenvolvimento Sustentável**: Apontamentos para uma Política de Estado. Rio de Janeiro: s.n., 2007. XVIII, 421 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A: instrumento de coleta de dados da assistente social;

APÊNDICE B: instrumento de coleta de dados da psicóloga;

APÊNDICE C: termo de consentimento livre e esclarecido;

APÊNDICE D: termo de consentimento livre e esclarecido.

APÊNDICE A: instrumento de coleta de dados da assistente social

Apêndice A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ASSISTENTE SOCIAL

Tempo de serviço no hospital:

Carga horária de atividade:

1- Como percebe a intervenção do serviço social na saúde?

2- Aponte possibilidades que o Serviço Social pode desenvolver para materializar a Política Nacional de Humanização, na instituição? E a questão social evidenciada pelo profissional?

3- Como avalia o trabalho do/a Assistente Social na Instituição voltada para os portadores de doença renal crônica?

4- Qual impacto social da doença renal crônica na vida cotidiana dos portadores da doença renal crônica terminal?

5- Como se dá o acolhimento na instituição, e como a intervenção do profissional frente às demandas na área da doença renal crônica? Os desafios enfrentados?

APÊNDICE B: instrumento de coleta de dados da psicóloga

Apêndice B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PSICÓLOGA

Tempo de serviço:

Carga horária:

- 1- O entendimento que a instituição possui sobre humanização do SUS?
- 2- Como percebe a PNH no hospital? Envolve todos os profissionais?
- 3-Quais as sugestões e/ou possibilidades que os profissionais e juntamente com Serviço Social pode desenvolver para efetivar essa política?
- 4-Qual impacto social da doença renal crônica na vida cotidiana dos portadores da doença renal crônica terminal?
- 5- Como se dá a intervenção junto com o profissional de serviço social? Quais os desafios enfrentados?

APÊNDICE C: termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: A Intervenção do Serviço Social junto ao paciente/usuário da doença renal crônica terminal em São Borja.

Pesquisador responsável: Prof.Dr. Walter Cruz

Pesquisadores participantes: Camila Siqueira Perônio

Instituição: Universidade Federal do Pampa – Unipampa

Telefone celular do pesquisador para contato (inclusive a cobrar): Acadêmica Camila Siqueira Perônio (55) 999343361- e Prof.Dr. Walter Cruz (55) 981263838

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa, relacionado ao trabalho do Assistente Social na saúde e em particular no atendimento ao paciente/usuário com doença renal crônica e seus familiares, sua justificativa é contribuir com a construção de estratégias, com a produção de novas reflexões no âmbito acadêmico e para a sociedade, assim como intervenções a respeito do trabalho do Assistente Social ao paciente/usuário da clínica renal. Por meio deste documento e a qualquer tempo você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável.

As entrevistas serão realizadas com profissional Assistente Social e Psicóloga, a partir da aplicação de formulário contendo questões abertas sobre como os profissionais, de Serviço Social e Psicologia vem buscando efetivar em seu cotidiano de trabalho a humanização da saúde e de que forma tais profissionais percebem a atuação do Serviço Social na saúde, na Política Nacional de Humanização da clínica Renal Ivan Goulart, como se dá a intervenção do Serviço Social frente às demandas na área da doença renal crônica. É importante ressaltar que a acadêmica, vai avaliar a partir das questões obtidas sobre o trabalho do Serviço Social na saúde no trabalho de conclusão de curso.

As entrevistas acontecerão através de visita à instituição, de forma sigilosa, sem a interferência de terceiros, sendo as mesmas gravadas (somente áudio). Também serão retiradas quaisquer informações identificatórias do sujeito pesquisado. As entrevistas terão a duração aproximada de uma hora e você poderá interromper a qualquer momento se sentir constrangimento a responder alguma pergunta, não sendo obrigado(a) a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores (a entrevista será na instituição sem necessitar de transporte).

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, que apenas mostrará os resultados obtidos como um todo, sem revelar o seu nome, instituição a qual pertence, ou qualquer informação que esteja relacionada a sua identidade. Durante a pesquisa será possível esclarecimento de dúvidas das questões realizadas. Os resultados poderão ser divulgados e utilizados para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso, publicação de artigos, apresentação em seminários e similares, respeitando o seu anonimato.

Nome do Participante da Pesquisa / ou responsável: Diviane Aquino Machado

DM

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável: Bonilo Giguera Peronio

Bonilo Peronio

Assinatura do Pesquisador Responsável

Local e data São Borja 03/10/2018.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Unipampa – Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592, Prédio Administrativo – Sala 23, CEP: 97500-970, Uruguaiana – RS. Telefones: (55) 3911 0200 – Ramal: 2289, (55) 3911 0202. E-mail: cep@unipampa.edu.br

APÊNDICE D: termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: A Intervenção do Serviço Social junto ao paciente/usuário da doença renal crônica terminal em São Borja.

Pesquisador responsável: Prof.Dr. Walter Cruz

Pesquisadores participantes: Camila Siqueira Perônio

Instituição: Universidade Federal do Pampa – Unipampa

Telefone celular do pesquisador para contato (inclusive a cobrar): Acadêmica Camila Siqueira Perônio (55) 999343361- e Prof.Dr. Walter Cruz (55) 981263838

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa, relacionado ao trabalho do Assistente Social na saúde e em particular no atendimento ao paciente/usuário com doença renal crônica e seus familiares, sua justificativa é contribuir com a construção de estratégias, com a produção de novas reflexões no âmbito acadêmico e para a sociedade, assim como intervenções a respeito do trabalho do Assistente Social ao paciente/usuário da clínica renal. Por meio deste documento e a qualquer tempo você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável.

As entrevistas serão realizadas com profissional Assistente Social e Psicóloga, a partir da aplicação de formulário contendo questões abertas sobre como os profissionais, de Serviço Social e Psicologia vem buscando efetivar em seu cotidiano de trabalho a humanização da saúde e de que forma tais profissionais percebem a atuação do Serviço Social na saúde, na Política Nacional de Humanização da clínica Renal Ivan Goulart, como se dá a intervenção do Serviço Social frente às demandas na área da doença renal crônica. É importante ressaltar que a acadêmica, vai avaliar a partir das questões obtidas sobre o trabalho do Serviço Social na saúde no trabalho de conclusão de curso.

As entrevistas acontecerão através de visita à instituição, de forma sigilosa, sem a interferência de terceiros, sendo as mesmas gravadas (somente áudio). Também serão retiradas quaisquer informações identificatórias do sujeito pesquisado. As entrevistas terão a duração aproximada de uma hora e você poderá interromper a qualquer momento se sentir constrangimento a responder alguma pergunta, não sendo obrigado(a) a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores (a entrevista será na instituição sem necessitar de transporte).

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, que apenas mostrará os resultados obtidos como um todo, sem revelar o seu nome, instituição a qual pertence, ou qualquer informação que esteja relacionada a sua identidade. Durante a pesquisa será possível esclarecimento de dúvidas das questões realizadas. Os resultados poderão ser divulgados e utilizados para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso, publicação de artigos, apresentação em seminários e similares, respeitando o seu anonimato.

Nome do Participante da Pesquisa / ou responsável: Maria Olívia Vargas Almeida

M. Almeida
Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável: Janilo Stáquio Peres

Janilo Peres
Assinatura do Pesquisador Responsável

Local e data Soop Boija 03/10/2018

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Unipampa – Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592, Prédio Administrativo – Sala 23, CEP: 97500-970, Uruguaiana – RS. Telefones: (55) 3911 0200 – Ramal: 2289, (55) 3911 0202. E-mail: cep@unipampa.edu.br