

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE ADULTO CIRÚRGICO

ELISA LEIVAS WAQUIL

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL EM PROGRAMAS DE
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS: As Percepções dos Profissionais da
Equipe Multiprofissional**

Porto Alegre

2020

ELISA LEIVAS WAQUIL

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL EM PROGRAMAS DE
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS: As Percepções dos Profissionais da
Equipe Multiprofissional**

Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação Lato-Sensu com ênfase no Programa Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Maria Panozzo Brandão

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Waquil, Elisa Leivas

O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL EM PROGRAMAS DE
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS: As Percepções dos
Profissionais da Equipe Multiprofissional / Elisa
Leivas Waquil. -- 2020.

42 f.

Orientador: Vanessa Maria Panozzo.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. TRANSPLANTE. 2. SERVIÇO SOCIAL. 3. EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL. I. Panozzo, Vanessa Maria, orient.
II. Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 PROGRAMAS DE TRANSPLANTE.....	5
2.2 INTEGRALIDADE E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE.....	6
3 OBJETIVOS	8
3.1 OBJETIVO GERAL.....	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
4 MÉTODO	9
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	9
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	9
4.3 PARTICIPANTES.....	9
4.3.1 Critérios de inclusão.....	9
4.3.2 Critérios para exclusão.....	10
4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES.....	10
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	10
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	10
4.7 RISCOS.....	11
4.8 BENEFÍCIOS.....	11
5 RESULTADO	12
5.1 INTRODUÇÃO.....	12
5.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS PROGRAMAS DE TRANSPLANTE E O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	13
5.3 REFLEXÕES EM RELAÇÃO AO TRABALHO DA (O)S ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE TRANSPLANTE.....	21
5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência é fruto do processo de formação na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no programa Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, no período de março de 2019 a fevereiro de 2021. Para tanto se constituiu uma pesquisa que objetivou possibilitar a compreensão do trabalho do(a) assistente social em programas de transplante de órgãos sólidos a partir da percepção dos profissionais da equipe multiprofissional.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição onde a pesquisa foi realizada, possui quatro equipes de transplantes de órgãos sólidos em adultos, sendo eles: rim, pulmão, fígado e coração e, na composição dessas equipes, incluem-se assistentes sociais. A imersão da residente de Serviço Social nas equipes de transplante pulmonar e hepático durante a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, no programa Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, suscitou indagações que culminaram na elaboração deste projeto.

A inquietação com o tema também foi despertada frente a ausência de publicações relacionadas à inserção de assistentes sociais em programas de transplante após buscas em revistas eletrônicas da área de Serviço Social. Percebe-se, portanto, a relevância de registrar e compreender a execução do trabalho do(a) assistente social dentro das equipes visando enfatizar a integralidade como perspectiva. A seguinte pesquisa é do tipo qualitativa exploratória na perspectiva dialético crítica, e para a análise dos dados se utilizará a técnica de análise de conteúdo, sendo a coleta dos dados realizada através de envio de formulário eletrônico a partir da plataforma *googleforms* com perguntas abertas e fechadas. Neste sentido, se constituiu o problema de pesquisa: Qual a visão dos profissionais das equipes de transplantes de órgãos sólidos sobre o trabalho do assistente social a partir da perspectiva de atenção integral em saúde em um hospital escola do estado do Rio Grande do Sul?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROGRAMAS DE TRANSPLANTE

A regulação a respeito dos transplantes no Brasil tem como legislação inaugural a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver, com finalidade terapêutica e científica. Mas, conforme caracteriza Garcia et al (2013), o processo dos transplantes no Brasil teve três fases de acordo com o conhecimento médico, a estrutura e organização dos hospitais e a organização do sistema.

O autor define a primeira fase, período compreendido entre o primeiro transplante em 1964 e o final de 1986, como fase heróica dos transplantes no Brasil, justificada porque, além da falta de conhecimento e estrutura hospitalar da época, não havia nenhum controle, fiscalização ou financiamento, pelo governo ou do Ministério da Saúde, no credenciamento de equipes, bem como a procura e a alocação dos órgãos, que ficava a cargo das próprias instituições. A segunda fase é intitulada fase romântica e, segundo Garcia et al (2013), inicia em 1987 com a fundação da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), com o crescimento do conhecimento da base imunológica dos transplantes, e com os hospitais tornando-se equipados.

A fase profissional dos transplantes é considerada a partir de 1997, data que entra em vigor a lei dos transplantes e o decreto que a regulamenta, mudando a forma de consentimento, mas, principalmente, criando o Sistema Nacional de Transplante, cujo órgão central tem sede em Brasília, e as centrais estaduais de transplante.

A Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes e em que constam as Normas para Autorização de Equipes Especializadas e Estabelecimentos de Saúde traz muitas exigências, mas não explicita a necessidade de assistente social nas equipes, assim como profissionais psicólogos. Frente a esse dado, busca-se apreender o trabalho realizado pelas assistentes sociais nas equipes de transplante que, ainda que não sejam obrigatórias nas constituições, integram todas as equipes de transplantes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2.2 INTEGRALIDADE E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), referida na Lei 8.080 de 1990 como: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Gelbcke (2012) pontua que a integralidade é um conceito que evoca uma diversidade de sentidos e pode, também, ser vista como um conjunto de atributos presente na prática dos profissionais de saúde que se observa pela não redução do paciente ao órgão ou sistema que produziu a doença.

Portanto, uma análise não fragmentária, que supere o isolamento dos saberes, reconhecendo que os sujeitos que acessam os serviços de saúde são além de um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, pode ser compreendida como integralidade, ainda que apenas o alargamento do olhar com a visão do contexto e a soma de diferentes conhecimentos não seja suficiente para ser efetivada a perspectiva da integralidade:

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. (MATTOS, 2009, p. 61)

A comunicação, a interação e a construção de um projeto assistencial comum e compartilhado entre os profissionais são requeridos para a concretização de um trabalho integral. Peduzzi (2001) construiu uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes; e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes

Visa-se compreender a assimilação dos profissionais integrantes das equipes sobre a perspectiva da integralidade e identificar a estruturação, ou não, de um trabalho integrado.

2.3 O TRABALHO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Conforme pontuado e defendido por Iamamoto (2014), a prática do (a) assistente social deve ser tratada como um tipo de trabalho especializado que se realiza no âmbito de processos e relações de trabalho. A autora enfatiza que o que o assistente social “faz” deve ser compreendido com condicionantes externos e internos. A política de saúde deve ser lida como um condicionante externo que interfere nos processos de trabalho do(a) assistente social.

A saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais; entretanto, por esses profissionais não atuarem somente nessa política, têm sido sistematicamente questionados sobre sua competência no campo do trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada. (MATOS, 2017, p. 57)

A elaboração dos Parâmetros para os Assistentes Sociais na Política de Saúde, publicado em 2010 pelo Conselho Federal de Serviço Social, tem orientado e respaldado o trabalho dentro dos espaços sócio ocupacionais. O trecho abaixo fundamenta e corrobora para o objetivo da presente pesquisa:

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. (CFESS, 2010, p.46)

Dentro das equipes de transplantes de órgãos sólidos os assistentes sociais têm, por parte dos demais profissionais, exigências e expectativas referentes as respostas do seu trabalho. Os resultados do trabalho do(a) assistente social, dentro deste contexto, podem ter uma vinculação com objetivos institucionais, assim como com o projeto ético político.

[...] ações profissionais e institucionais caminham juntas, embora não se confundam, pois têm naturezas distintas, porém complementares. O caráter institucional coloca um relativo limite ao recorte do objeto da ação profissional, na apreensão das demandas e definição de objetivos, condicionando, ainda, os resultados do trabalho. Por sua vez, as ações profissionais moldam comportamentos institucionais em uma relação dialética, assimétrica e determinada pelo jogo de interesses e forças condensadas em espaços sócio-ocupacionais. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.16)

A reflexão proposta é apreender o lugar que o(a) assistente social ocupa dentro das equipes, sendo a organização e a estruturação dos processos de trabalhos o balizador.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a visão dos profissionais em relação ao trabalho do(a)s assistentes sociais nos programas de transplantes de órgãos sólidos

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicitar o entendimento dos profissionais integrantes das equipes de transplante de órgãos sólidos sobre o trabalho do(a) assistente social
- Identificar as expectativas dos profissionais integrantes das equipes de transplante de órgãos sólidos sobre o trabalho dos assistentes sociais.
- Discutir a contribuição do trabalho do (a) assistente social nos programas de transplante de órgãos sólidos.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa é do tipo qualitativa exploratória, na perspectiva dialético-crítica. A pesquisa qualitativa permite atribuir significado a indagações que permeiam os processos de trabalho no cotidiano de atuação profissional. Ao mesmo tempo, a pesquisa também se coloca de maneira exploratória, já que apresenta como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses (GIL, 2002). Além disso, também pode ser classificada como exploratória pois busca definir como é um determinado cenário para ampliar a compreensão da realidade vivida pelos pesquisados, visando aprofundar a questão de como as pessoas percebem os fenômenos estudados, para em seguida definir pontos mais específicos.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Instituição Pública Federal de Atenção Terciária destinada à assistência, ensino, pesquisa e extensão, no Estado do Rio Grande do Sul, localizado na rua Ramiro Barcellos, nº 2350, no Município de Porto Alegre.

4.3 PARTICIPANTES

Foram pesquisados os trabalhadores dos seguintes núcleos profissionais: nutrição, enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia, medicina e medicina cirúrgica, podendo atuar nos seguintes campos: equipes de transplante cardíaco, transplante renal, transplante hepático e transplante pulmonar, sendo a amostra aproximada de 28 participantes.

4.3.1 Critérios de inclusão

Com vistas a atender aos seus objetivos, a pesquisa buscou profissionais de saúde contratados que compõem os diferentes núcleos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre integrantes das equipes de transplante de órgão sólidos há, no mínimo, 2 anos.

4.3.2 Critérios para exclusão

A pesquisa não incluiu os profissionais residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre integrantes das equipes de transplante de órgãos sólidos, compreendendo que são profissionais que ainda estão no período de formação e não tem contrato consolidado com a instituição.

4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta de dados foi realizada com o envio de um questionário digital por meio eletrônico através da ferramenta do *Google Forms*, para o endereço institucional de cada profissional identificado das equipes de transplantes. Ao abrir o link enviado por email, o sujeito pesquisado foi direcionado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, ao aceitar participar, foram apresentadas as perguntas. O tempo de respostas dos questionários foi estimado em torno de 5 minutos, sendo questões fechadas e abertas. Foi aguardado o tempo de dois (2) meses para as respostas dos profissionais, para após iniciar a análise dos dados.

4.5 ANALISE DAS INFORMAÇÕES

A análise dos dados da pesquisa se deu a partir da análise de conteúdo. A análise de conteúdo organiza-se em três etapas, de maneira sistemática e cronológica: a primeira é a codificação dos dados, por meio de uma leitura flutuante, organizando o material para ser analisado, formulando questões norteadoras e elaborando indicadores que irão fundamentar a interpretação final; o segundo momento é a exploração do material: realização das decisões tomadas na pré-análise e onde os dados brutos são organizados; a terceira etapa se trata da análise realizada, momento que compreende a interpretação dos dados, sendo a interpretação teórica o que dará sentido à interpretação (BARDIN, 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa assegurou total segurança aos participantes, atendendo a todas as exigências éticas como preconiza a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde na garantia do total anonimato e sigilo das informações coletadas, respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de

contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação livre e esclarecida. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme modelos do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, anexos no final desse relatório.

4.7 RISCOS

De acordo com a resolução 466/12, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (2012) toda pesquisa oferece riscos. Assim sendo, é possível que durante a pesquisa possa ocorrer algum tipo de acanhamento e/ou incomodidade em responder a entrevista.

4.8 BENEFÍCIOS

A pesquisa pode ter proporcionado reflexão sobre o trabalho dos profissionais assistentes sociais nos programas de transplante com vistas a fortalecer a perspectiva de integralidade.

5. RESULTADO

O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL EM PROGRAMAS DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS: AS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Elisa Leivas Waquil

Vanessa Maria Panozzo Brandão

Maria da Graça Faraco Grossini

5.1 INTRODUÇÃO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um dos principais centros transplantadores de órgãos sólidos do Estado do Rio Grande do Sul, possuindo equipes de transplante de rins, coração, fígado e pulmão. Cada equipe possui uma trajetória na relação com a multiprofissionalidade, e também na relação com o trabalho do assistente social.

O presente artigo expõe os resultados da pesquisa realizada com os profissionais integrantes das quatro equipes de transplante de órgãos sólidos¹ de pacientes adultos que, através de envio de questionário eletrônico², objetivou, de forma principal, compreender a visão dos profissionais em relação ao trabalho do(a)s assistentes sociais nos programas de transplantes de órgãos sólidos, possibilitando discutir a contribuição e expectativas sobre o trabalho realizado.

O interesse no tema surgiu a partir da vivência da autora nas equipes de transplante hepático e pulmonar durante o percurso do primeiro ano da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no Programa Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico. A inserção nas equipes somou-se à verificação da ausência de publicações sobre o trabalho realizado por assistentes sociais nos programas de

¹A exclusão do programa de Transplantes de Células Tronco Hematopoéticas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na participação na pesquisa, restringindo a pesquisa realizada apenas às equipes de transplantes de órgãos sólidos explica-se pelo fato de que os transplantes de medula óssea e de células-tronco hematopoéticas diferem-se dos demais por terem uma organização particular, operacionalizados pelo REDOME (Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea) e ligados ao INCA (Instituto Nacional do Câncer), tratamento vinculado à uma linha de cuidado de pacientes oncológicos.

²As questões eram abertas e fechadas e contemplaram a caracterização dos profissionais, a organização da equipe multiprofissional e a percepção do trabalho das assistentes sociais nas equipes.

transplantes de órgãos sólidos após buscas nas revistas da área de Serviço Social. Ao pesquisar em repositórios acadêmicos e outras plataformas foi possível achar relatos de experiência de assistentes sociais. Entretanto, constatou-se que estes registros, dedicam-se à participação de assistentes sociais nas equipes de captação de órgãos e/ou atuando nas abordagens com as famílias dos potenciais doadores, e nos processos educativos sobre doação de órgãos e tecidos. Desta forma, a partir desta pesquisa bibliográfica, pode-se perceber que os assistentes sociais não relatam o trabalho realizado nos processos de transplante, o que envolve um longo e complexo acompanhamento do paciente receptor do órgão. Avaliou-se, portanto, pertinente documentar a organização destes processos de trabalho na área da saúde e como o a(o) assistente social é percebido pelos demais profissionais envolvidos.

Assim, este ensaio ora apresentado a partir da pesquisa se propõe a, num primeiro momento, contextualizar os Programas de Transplantes dentro do SUS e a particularidade da operacionalização das equipes e, após, situar o trabalho da(o) assistente social nesta dinâmica.

5.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS PROGRAMAS DE TRANSPLANTE E O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

O Brasil é referência mundial na área de transplantes e possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Atualmente, cerca de 96% dos procedimentos de todo o País são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, em números absolutos, o Brasil é o 2º maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos da América (BRASIL, 2020).

A política nacional de transplantes está fundamentada nas Leis nº 9434/1997 e nº10.211/2001. A primeira dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento; a segunda altera dispositivos da Lei de 1997, sobretudo ao outorgar para a família a decisão sobre a doação de órgãos de doadores falecidos. O ano de 1997 é significativo porque entra em vigor a lei dos transplantes e o decreto que a regulamenta, mudando a forma de consentimento, mas, principalmente, cria o Sistema Nacional de Transplante (SNT), com o objetivo de desenvolver nacionalmente o processo de captação e distribuição de órgãos e tecidos, sob a responsabilidade das três esferas de governo – nas suas competências específicas –, e formado pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO); os centros de transplantes; e as equipes especializadas credenciadas para a realização dos transplantes.

O transplante é um procedimento complexo e de alto custo. As indicações variam de acordo com a doença: aguda ou crônica, graves, progressivas, irreversíveis e que não respondem a nenhum outro tipo de tratamento, quando a mesma já está suficientemente evoluída para compensar os riscos de mortalidade precoce associados ao transplante. Envolve um complexo conjunto de medidas que associam conhecimentos teóricos práticos, cirurgia, avançada tecnologia e um intenso esforço e dedicação de inúmeros profissionais de várias especialidades. Ressalta-se que o transplante não inicia e nem termina na cirurgia, não é um evento pontual, exige um acompanhamento sistemático sem prazo de encerramento (ANTON, 2011).

Os programas de transplantes vêm atendendo a população, através dos seus processos de trabalho, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)³ que

³ As diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) estão referidas na Lei 8.080 de 1990 Art. 7º: Integralidade: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

constam na Lei 8.080/90. Mesmo com tantas dificuldades que o Sistema vem enfrentando, como o processo de precarização da política pública e os baixos investimentos, entre outros, o modelo instituído no Brasil, atinge os diferentes segmentos. Destaca-se a universalidade do acesso como um dos princípios mais efetivos no processo de execução do transplantes de órgãos sólidos, constituindo-se este através de lista única de espera. Deste modo, os programas de transplante atendem diferentes públicos e classes sociais na materialização de direitos de saúde.

No caso do Brasil – em que a legislação estabelece um sistema de distribuição de órgãos baseada na doação e na universalização do direito à atenção à saúde – todo potencial beneficiário do transplante tem direito aos dois recursos necessários para sua execução, obedecidos os critérios e mecanismos estabelecidos pela legislação: o órgão, que após ser doado constitui um bem público, e o sistema público de saúde responsável por realizar todos os procedimentos do transplante. (RIBEIRO; SCHRAM, 2006, p.1950)

É necessário enfatizar que, embora seja um tratamento de alcance universal, o acesso para a realização do transplante ainda enfrenta desafios em relação às características sócio-territoriais dos serviços. A disponibilidade deste tratamento *não* contempla a maioria dos 27 Estados do Brasil, com exceção do transplante renal que está mais disseminado e abrange 21 Estados e Distrito Federal. A oferta de programas de transplantes dos demais órgãos sólidos se constitui da seguinte forma: o transplante pulmonar é realizado em 4 Estados (São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Ceará); o transplante cardíaco é realizado em 13 Estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Paraná, Pernambuco, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro); e o transplante hepático é realizado em 14 estados (Acre, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo), segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO, 2020). O Estado do Rio Grande do Sul é contemplado com programas de transplante de todos os órgãos sólidos, destacamos especialmente a referência da capital Porto Alegre, não sendo a mesma realidade no restante do Brasil.

Diante desta disparidade regional, o Estado constituiu no ano de 1999 o Tratamento Fora de Domicílio (TFD)- regulamentado pela Portaria nº 55, de 24 de

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

fevereiro de 1999. Esse dispositivo permite o acesso de usuários de um município e/ou Estado da Federação a serviços de saúde de outro município⁴ e/ou Estado, cuja responsabilidade é do gestor do SUS.

[...] O TFD, seja ele consulta, exame, tratamento ambulatorial, hospitalar e/ou cirúrgico previamente agendados para pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de residência e/ou que necessitem de assistência médico-hospitalar com procedimentos considerados de alta complexidade eletiva. Também cabe a esse programa oferecer passagens de ida e volta para que o paciente possa deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar à sua cidade de origem e ajuda de custo para alimentação e hospedagem. (BRASIL,1999)

Não é possível, entretanto, afirmar que o TFD consiga garantir a permanência dos pacientes que necessitem deslocar-se do seu município ou Estado de origem. Pesquisa realizada recentemente por Machado (2019), tanto com pacientes em lista de espera como com os que já haviam realizado transplante de pulmão, revela que a ajuda de custo fornecida pelo TFD é insuficiente para a manutenção da vida diária, o que se soma às outras adversidades impostas pela mudança de residência, sendo elas principalmente culturais, econômicas, climáticas e referentes à dinâmica familiar. Segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

Entre as muitas causas apontadas para a presença de desigualdades no acesso aos transplantes sobressaem: os fatores biológicos – como gênero, idade, etnia, compatibilidade e tipo sanguíneo; as condições de saúde dos pacientes – como severidade dos casos, presença de comorbidades e tempo em hemodiálise; as próprias características socioeconômicas – incluindo renda e emprego; o estilo de vida; os níveis de escolaridade; a cultura – incluindo a disposição para doar órgãos ou receber transplantes; a atuação e a estrutura dos sistemas de saúde lato sensu; a atuação e a estrutura – incluindo a proximidade – das instituições de procura de órgãos e dos centros transplantadores; a posse de planos e seguros de saúde privados; a relativa escassez de pesquisas destinadas às minorias e, de modo não conclusivo, procedimentos ou sentimentos discriminatórios e racismo (MARINHO et al 2011, p. 08)

A partir da citação do autor pode-se considerar que o processo de transplante tem reconhecido os determinantes sociais em saúde, uma vez que desde a década de 1990, se propõe este conceito ampliado. Neste sentido, também a relação do atendimento para esses casos prevê, necessariamente, uma equipe multiprofissional para o acolhimento do paciente.

O primeiro transplante realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi em

⁴ Cabe ressaltar que é vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores que 50 km de distância e em região metropolitana, como estabelece o Art. 1º da Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999.

1974, dois anos após a inauguração da instituição hospitalar, e foi um transplante renal (HCPA, 2020). Conforme dados institucionais, no ano de 2019 foram realizados 160 transplantes de órgãos sólidos em pacientes adultos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A tabela abaixo ilustra os números referentes a cada órgão e evidencia a representatividade do volume de procedimentos realizados na instituição.

Tabela 1: Dados de transplantes realizados

Órgão	Número de transplantes realizados em 2019
Coração	11
Fígado	18
Rim	123
Pulmão	8
TOTAL	160

Fonte: Serviço de Transplantes HCPA 2020

Para a discussão em relação à participação do processo de acompanhamento dos pacientes indicados para o transplante, identificou-se áreas profissionais diversas. A amostra da presente pesquisa constituiu-se de 12 participantes, que responderam o formulário eletrônico. As categorias dos profissionais que participaram foram as seguintes: enfermeiras (4), farmacêuticos (2), fisioterapeuta (1), psicóloga(o) (1) e médicos (3).

Dentre os 12 participantes da pesquisa, 7 afirmaram trabalhar há mais de 10 anos na instituição, 3 deles há mais de 5 anos, 1 profissional trabalha há 4 anos na instituição e 1 trabalha há 2 anos, indicando que a inserção dos profissionais no ambiente hospitalar não é recente. Quase a totalidade dos profissionais, 10 de 12, já haviam integrado uma equipe multiprofissional de saúde antes de compor a equipe de transplante e apenas 2 profissionais afirmaram que a equipe de transplante foi a primeira experiência de trabalho com profissionais de outras áreas. A legislação do transplante prevê uma equipe multiprofissional para atendimentos das diferentes demandas dos pacientes através da Portaria nº 3407 de 05 de agosto de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes.

As equipes de transplante, conforme dados coletados pela pesquisa, realizam reuniões semanais para discutir as necessidades dos pacientes, prevendo um processo de acompanhamento ambulatorial, fazendo avaliação pré-transplante, acompanhamento ambulatorial pós-transplante, e no caso de pacientes internados, pré ou pós-transplante.

No processo de condução dos casos, percebe-se a forte presença do saber médico, seja o profissional contratado do hospital ou professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Com relação aos assuntos abordados nas reuniões de equipes, 8 pesquisados afirmaram que os assuntos são sempre clínicos e com a participação de outros profissionais mediante questionamento, enquanto 4 pesquisados informam que os assuntos são sempre clínicos e também outros levados pelos demais profissionais.

É importante indicar que perante a Central Estadual de Transplantes os integrantes da equipe médica assumem o papel de técnicos de referência para os pacientes listados, justificando a condução das reuniões por estes profissionais. Torna-se oportuno pontuar também a centralidade da Faculdade de Medicina da UFRGS na estruturação e desenvolvimento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, 2020). Essa construção histórica institucional se revela nos processos de acompanhamento, em que prevalece a compreensão da atenção ao paciente estar concentrada na prática médica em vez do entendimento de um enfrentamento coletivo das situações.

Pesquisa realizada por Wagner (1999)⁵, debruçando-se no perfil assistencial de Hospitais Universitários do Brasil demonstra que a utilização de onerosos arsenais diagnósticos e terapêuticos nem sempre implica uma responsabilidade integral com a reabilitação dos pacientes. O autor aponta que devido à necessidade de os Hospitais Universitários operarem com alta incorporação de tecnologia e ainda com certo processo de fragmentação do trabalho devido a própria precarização da política pública e das condições concretas do mundo do trabalho, o ensino da Clínica Ampliada, que envolveria saberes biológicos, subjetivos e sociais, estaria preterida a procedimentos altamente complexos. Deve-se, neste sentido, aproximar

⁵ A pesquisa de Wagner realizou um levantamento em 14 faculdades de medicina, selecionadas entre as 80 existentes em 1995, objetivando esclarecer em que modalidades de serviço de saúde a formação dos estudantes ocorria. Ao constatar que 86% se passava em Hospitais Universitários, foi analisado o perfil assistencial destes hospitais a fim de discutir qual responsabilidade assistencial estariam assumindo e a que lógica assistencial obedeceriam.

conceitos relacionados à Clínica Ampliada para atingir-se a compreensão do cuidado em saúde.

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença; ampliação do “objeto de trabalho” e construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. O trecho “Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito” (BRASIL, 2006, p. 12), que consta no documento elaborado pelo Ministério da Saúde com vistas a capacitar os profissionais, mostra o quanto o enfoque da Clínica Ampliada, ainda que seja mais facilmente visualizada nos serviços de atenção primária em saúde, é cabível ao processo de transplante e pode contribuir para a operacionalização do trabalho.

É pertinente salientar que os profissionais da equipe atendem os mesmos pacientes, e o espaço de reunião da equipe deve ser um local importante a ser considerado para o processo de cuidado dos pacientes em situação de transplante. Ainda, têm-se a clareza que esse processo prevê a disponibilidade dos profissionais desde o médico até as áreas multiprofissionais, superando os processos burocráticos no que diz respeito à distribuição de tarefas ou a centralidade de algum profissional. Peduzzi (2001), ao abordar essa discussão do trabalho em saúde, contribuiu no que se refere a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes; e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. A comunicação, a interação e a construção de um projeto assistencial comum e compartilhado entre os profissionais são requeridas para a concretização do olhar ampliado ao sujeito:

Um mesmo fenômeno só pode ser compreendido, e ainda relativamente, quando abordado pela integração de diferentes informações e conhecimentos de áreas distintas, com metodologias variadas. O desafio parece ser o da integração do heterogêneo, não mais na perspectiva da unidade integral nem de simples somatório, mas transcodificada, apesar da manutenção dos significados originais e transformadas em novas sínteses peculiares (MENDES et al, 2008, p.29)

Gelbcke (2012) afirma que a integralidade é um conceito que evoca uma diversidade de sentidos e pode, também, ser vista como um conjunto de atributos presente na prática dos profissionais de saúde que se observa pela não redução do

paciente ao órgão ou ao sistema que produziu a doença. Portanto, uma análise não fragmentária, que supere o isolamento dos saberes, reconhecendo que os sujeitos que acessam os serviços de saúde são além de um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, pode ser compreendida como integralidade, ainda que apenas o alargamento do olhar com a visão do contexto e a soma de diferentes conhecimentos não seja suficiente para ser efetivada a perspectiva da integralidade. Sobre isso, diz Mattos (2009):

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. (MATTOS, 2006 p. 61)

Neste sentido, ressaltamos que para atingir o sentido de integralidade, a inserção de residentes do Programa Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nas equipes de transplantes hepático e pulmonar, possibilita uma aproximação daquilo que é compreendido como saúde, pós-constituição do SUS, em 1990, enfatizando aquilo que é previsto para a garantia da saúde como direito social. Para tanto, a proposta das residências

Apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os **princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde**. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação multiprofissional ou integrada adequada às necessidades locais, constituindo de um processo de educação permanente em saúde que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive (CECCIM, 2010, p.20)

Segundo Davini (2009), a incorporação do ensino e da aprendizagem ao cotidiano das organizações:

[...] modifica substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; envolve a equipe ou o grupo de trabalho num processo interativo que visa à troca de experiências multiprofissionais e perspectivas interdisciplinares; amplia os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações. (DAVINI, 2009, p.44)

A entrada de residentes multiprofissionais nas equipes de transplantes hepático e pulmonar no Hospital de Clínicas de Porto Alegre é indicativo de uma abertura a indagações sobre o trabalho realizado. Ao assumirem a função de preceptores de residentes, os profissionais contratados fortalecem-se no sentido da representatividade dentro das equipes e da produção do conhecimento e não somente pela vinculação institucional com a Universidade. O envolvimento no desenvolvimento da dimensão teórico-prática que permeia a residência através de aulas ministradas e de participações nas apresentações de estudos de casos, tem convocado os profissionais para além dos que exercem a preceptoria aos residentes, compondo o processo educativo.

Esse modelo de formação, que integra diferentes profissões nos serviços e questiona paradigmas de formação em saúde ao propor o trabalho em equipe interprofissional, possibilita uma formação política, de desenvolvimento de competências e habilidades de negociação, mediação, tolerância, vivência de conflitos e relações de poder nos serviços de saúde (MESQUITA et al, 2018).

5.3 REFLEXÕES EM RELAÇÃO AO TRABALHO DA(O)S ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE TRANSPLANTE

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil a partir da década de 1940. Nessa área, a atuação dos Assistentes Sociais se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais (BRAVO, 1991 apud CORREIA, 2005). O Serviço Social visava o atendimento individual e no modelo biomédico, resultando na atuação em questões burocráticas dentro da instituição (BRAVO; MATOS, 2004). As autoras afirmam que o trabalho era realizado numa perspectiva de educação em saúde em seus moldes conservadores e higienistas, considerando o indivíduo a principal causa da sua condição de saúde.

Sodré (2010) pontua que a diferença de aproximadamente 11 anos entre o Congresso da Virada⁶ em 1979 e a existência do Sistema Único de Saúde, em 1990, não é simples coincidência histórica. A autora destaca que o nascimento do SUS é verdadeiramente um produto das lutas sociais, nas quais os assistentes sociais tiveram importante contribuição e trouxeram para si a afirmação de um referencial teórico até então hegemônico, pautado nas reflexões de uma teoria social crítica e comprometida com um projeto de sociedade que determinou toda a história subsequente desta profissão.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), criada pela Portaria n 3.390, de dezembro de 2013, que deve balizar os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS, define hospital como:

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

A estruturação do hospital enquanto instituição, a inserção dos assistentes sociais e a resposta dada à dinâmica a qual a categoria foi imersa é problematizada:

⁶ O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, que ocorreu de 23 a 28 de setembro de 1979 em São Paulo, é conhecido como Congresso da Virada porque demarca uma ruptura com o conservadorismo profissional ao ser assumido pela categoria a defesa dos interesses históricos da classe trabalhadora.

O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. Desta forma, aos poucos molda-se uma rotina também para aquele trabalho que não deveria ser considerado rotineiro. O Serviço Social criou e reproduziu normas institucionais de forma mecanizada para todos aqueles que o procuravam. Mas como não ter um texto pronto se a proposta institucional é seriada, dividida por especialidades? Em cada clínica, enfermaria ou ambulatório “apertam-se parafusos” em partes diferentes do corpo humano. (SODRÉ, 2010, p. 457)

Silva (2016), no intuito de situar a atuação do Serviço Social, principalmente no que diz respeito às demandas a ele dirigidas e à relação com os objetivos do trabalho do assistente social na área da saúde, salienta que o lugar que o hospital ocupa na cadeia de serviços que compõem o sistema de saúde permanece como central no SUS, ainda que os princípios e diretrizes do Sistema versem o contrário, assumindo a Atenção Primária em Saúde como central. É necessário, também, entender que a complexidade crescente das doenças e tratamentos podem ser explicados pela busca e acesso a atendimentos nos momentos de agudização e não de forma sistemática (BARATA, 2008).

Os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Área da Saúde, construído a partir de ampla participação da categoria profissional e publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010, orienta que os profissionais que trabalham nesta política dispõem de atribuições e atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional⁷. A publicação do CFESS também sinaliza que:

O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuários e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes

⁷ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS: se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidades e compreende três subeixos denominados: “ações socioassistenciais”; “ações de articulação com a equipe de saúde” e “ações socioeducativas” (CFESS, 2010, p.41). MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. (CFESS, 2010, p.57) INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. (CFESS, 2010, p. 60) ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes. (CFESS, 2010, p.63)

sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas áreas médicas e distintas patologias, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada. (CFESS, 2010)

A reflexão aqui proposta não pretende colocar como “especialistas em transplantes” as/os assistentes sociais que trabalham dentro dessas equipes nem defender que exista um protocolo de Serviço Social que seja aplicável unicamente nessa área. Entende-se, na verdade, que as expressões da questão social, objeto de trabalho das/os assistentes sociais, adquirem diferentes roupagens de acordo com o lugar de análise e é necessário lançar luz sobre o acúmulo de conhecimento em relação ao objeto de trabalho e sobre a experiência histórica das assistentes sociais nesta área. Cabe salientar também a autonomia relativa à qual Iamamoto (2014) se refere e que é reiterado pelas autoras do trecho abaixo:

[...] ações profissionais e institucionais caminham juntas, embora não se confundam, pois têm naturezas distintas, porém complementares. O caráter institucional coloca um relativo limite ao recorte do objeto da ação profissional, na apreensão das demandas e definição de objetivos, condicionando, ainda, os resultados do trabalho. Por sua vez, as ações profissionais moldam comportamentos institucionais em uma relação dialética, assimétrica e determinada pelo jogo de interesses e forças condensadas em espaços sócio-ocupacionais. (MIOTO; NOGUEIRA, 2010, p.16)

A avaliação social realizada pelas assistentes sociais nas equipes de transplante objetiva entender a repercussão do processo saúde-doença na vida do paciente, as necessidades do paciente e família, o contexto em que estão localizados e o que vai ser alterado a partir do processo de transplante. A avaliação social é prevista nas ações sócio-assistenciais dos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde:

[...]construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde (CFESS, 2010)

A publicação do Conselho Federal de Serviço Social, todavia, problematiza o objetivo da avaliação social, discutindo a intencionalidade da sua utilização:

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um

instrumento que impeça o acesso aos serviços, ou seja, deve-se buscar evitar que a avaliação socioeconômica funcione como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais. (CFESS, 2010)

Os elementos da dimensão técnico-operativa do Serviço Social mais salientes utilizados pelas assistentes sociais na avaliação social do processo de transplante é a utilização da entrevista, ancorada nas reflexões propostas por Lewgoy e Silveira (2007) que envolvem as etapas da entrevista: o planejamento, a execução e registro e as técnicas de desenvolvimento da entrevista: acolhimento, questionamento, clarificação, reflexão, exploração e aprofundamento, silêncio sensível, apropriação do conhecimento e síntese integrativa. Utiliza-se também, de acordo com a situação, a visita domiciliar, instrumental que Closs e Scherer (2017) colocam como “uma dimensão investigativa que possibilita apreender os processos sociais singulares em conexão com a dinâmica societária, juntamente com uma postura ético-política comprometida com o atendimento das necessidades sociais” (CLOSS; SCHERER, 2017, p.45) e ressaltada também nos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde:

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Nesse sentido, não pode ser utilizada como meio de verificação de dados fornecidos pelo usuário. Deve-se superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas. (CFESS, 2010)

É fundamental sinalizar, como refere Iamamoto (2014), que os instrumentos, no âmbito dos processos de trabalho em que se inserem assistentes sociais, não se constituem em mero “arsenal de técnicas”, mas abrangem o conhecimento como um meio de trabalho. O conhecimento acumulado sobre a realidade dos pacientes que necessitam de transplante e os rebatimentos desse processo a partir da vivência de trabalho das assistentes sociais permite que sejam elencados elementos de análise na avaliação social que é realizada. A definição destes aspectos que exigem atenção na avaliação social surgem tanto através da aproximação sucessiva dos assistentes sociais ao contexto dos usuários, quanto através de solicitações dos demais profissionais que identificam que é necessário envolvimento e auxílio do Serviço Social em determinadas questões. Entre os aspectos a serem considerados

na avaliação social, iremos discorrer sobre os principais pontos que norteiam a avaliação social:

É imprescindível visualizar a rede de apoio existencial dos pacientes, visto que o impacto do transplante não é exclusivo ao paciente que tem a indicação de receber um órgão sadio, já que a rede apoio do paciente também é afetada. Ainda que seja estimulada a apropriação do tratamento ao paciente, a dedicação exigida por vezes não será restrita ao paciente, sendo fundamental visualizar integrantes da rede de apoio. Esta rede de apoio são referências para auxiliar nas muitas situações onde o paciente não conseguirá dar conta das demandas do tratamento que envolvem: uso de medicações com controle rígido de horários; recorrentes internações, principalmente no primeiro ano após a cirurgia; restrito convívio social nos primeiros meses pós-transplante; comparecimento às consultas e exames periodicamente. É abordado na avaliação social, então, a necessidade de comprometimento da rede de apoio familiar para acompanhar o paciente, tanto durante o período de internação hospitalar, quanto nos cuidados no pós-transplante, na adaptação no domicílio e na continuidade do acompanhamento e como se sucederá essa organização.

É pertinente, entretanto, não responsabilizar em excesso a família e sobrecarregar o familiar-referência no processo, compreendendo também as dificuldades do contexto familiar em relação à essa nova etapa da vida. Pesquisa da área de Psicologia realizada com pacientes vinculados ao Centro de Transplante de Fígado do Ceará relata as influências do processo de transplante na família:

Por gerar uma situação de crise, o adoecimento possibilita essa reestruturação, uma vez que esse acontecimento é vivenciado coletivamente pelos membros da família. Esta precisa buscar estratégias para restaurar o equilíbrio perdido. Diante dessa situação, diversas repercussões emocionais podem ser desencadeadas como a exacerbação de ansiedade, inseguranças, medos por conta da situação de risco e separação física de outros familiares, grupos de amigos e cidade. A reorganização familiar por conta do tratamento geralmente é necessária, como a mudança de membros da família, fato que repercute nos que permanecem em outra cidade e nos que acolhem. Além da questão geográfica, os pacientes também abordaram a noção de família como algo que ultrapassa seus laços de sangue (NOBREGA; LUCENA, 2011)

Como referido anteriormente, a desigualdade regional de Centros Transplantadores impõe verificar as condições de deslocamento do paciente em tempo hábil para comparecer ao Hospital para realização da cirurgia após ser

chamado, portanto os pacientes não podem permanecer distantes e devem estar sempre alertas e atentos.

Avaliar o conhecimento do paciente e a sua interpretação sobre o transplante e, ainda, os sentimentos frente ao procedimento e possíveis obstáculos, como baixa escolaridade para apreensão do processo devem ser considerados, a fim de que sejam construídas, junto a outros profissionais, estratégias de inclusão e de superação destes determinantes.

É essencial identificar, na avaliação social, a condição socioeconômica do paciente e sua rede porque, ainda que majoritariamente os custos do processo de transplante (exames, consultas ambulatoriais, cirurgia, internação hospitalar, dispensação dos medicamentos imunossupressores⁸ para evitar a rejeição do órgão) sejam cobertos pelo SUS, deverão ser consideradas todas as demandas dos pacientes. Neste sentido, se houver a necessidade de aquisição dos medicamentos que não são fornecidos pela assistência farmacêutica do Estado e/ou o deslocamento do paciente com acompanhante para os compromissos no hospital, estes serão garantidos através dos encaminhamentos realizados pelo Serviço Social da instituição.

O suporte financeiro também deverá ser levado em conta, pois há uma estimativa de que o paciente submetido ao transplante não poderá retornar ao trabalho em menos de um ano pós-transplante e, tratando-se de ofício insalubre (produtos químicos, peso, pó, carvão), o paciente não poderá voltar a desempenhar a mesma atividade. As condições habitacionais adequadas, sendo elas, principalmente, acesso a água tratada, luz elétrica e rede de esgoto, incluem-se nos aspectos a serem considerados na avaliação social. A falta de acesso a esses recursos torna-se ainda mais preocupante no contexto em questão, pois após o transplante, o paciente estará imunodeprimido, ou seja, com as defesas do

⁸ Os medicamentos do SUS estão divididos por blocos de financiamento da assistência farmacêutica, sendo de responsabilidade municipal (componente básico), estadual (componente especial e especializado) ou federal (componente Estratégico – programas de saúde do Ministério da Saúde). Os imunossupressores, medicamentos indicados para o pós transplante, estão localizados no componente estratégico. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) define “O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma das estratégias de acesso aos medicamentos no âmbito do SUS que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade.” (BRASIL, 2020, p.42). Os medicamentos especializados são de responsabilidade do Ministério da Saúde (cofinanciamento e aquisição de parte do elenco), da Secretaria Estadual de Saúde (aquisição e distribuição) e dispensados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

organismo muito reduzidas em função dos medicamentos imunossupressores e estando mais suscetível a contrair doenças infecto-contagiosas. É relevante também compreender se há acesso à álcool e outras drogas, se o paciente faz uso e há quanto tempo, se já houve algum tratamento; se já participou de algum programa de cessação. Em resumo, é preciso conhecer a relação do paciente e família com substâncias psicoativas, sendo esse um dos pré-requisitos para estar apto ao transplante.

Ao perguntarmos se os profissionais pesquisados já haviam trabalhado com assistentes sociais antes de integrarem a equipe de transplante, 6/12, metade da amostra, afirmou que não, sendo a primeira experiência com assistentes sociais dentro das equipes de transplante. Os demais profissionais, portanto, já haviam trabalhado com assistentes sociais anteriormente na equipe de transplante, podendo ser inferido que já tinham conhecimento prévio da atuação do profissional dessa área.

No questionário eletrônico que compunha a pesquisa foram colocadas opções de situações para que os profissionais pesquisados indicassem em quais percebiam o trabalho da/o assistente social no processo de transplante. Os resultados estão expostos no gráfico que segue abaixo:

Gráfico 1: Sistematização de resposta do formulário eletrônico referente ao trabalho da/o assistente social



Fonte: Resultado da pesquisa realizada com os profissionais das equipes de transplante. Sistematização das Autoras.

Os dados obtidos possibilitam que algumas reflexões acerca da percepção dos profissionais e da execução do trabalho da/o assistente social sejam feitas. A totalidade dos pesquisados apontar “rede familiar frágil” como demanda que solicita intervenção da/o assistente social permite analisarmos que há reconhecimento por parte da equipe multiprofissional que a dedicação da/o assistente social não limita-se ao paciente e que debruça-se a construir estratégias de fortalecer a rede de apoio familiar. A centralidade da família no trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais estrutura-se na compreensão do conceito ampliado de família, que não se reduz aos laços consanguíneos, e entendimento da construção social da mesma:

Em relação às funções da família, essas também são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo, e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica. Na sociedade capitalista, essas funções vão desde a reprodução biológica, material, à reprodução social de seus membros, como a manutenção da estrutura familiar e da sociedade, além de ser também o lócus da estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo, espaço de solidariedade primária. Todavia, como já ressaltado, é também espaço da hierarquia, da autoridade, da dominação pela idade e sexo; logo, espaço de conflitos e relação de forças (TEIXEIRA, 2013, p.26)

Destacamos que, entendendo que a família é determinante para o tratamento de saúde, a sua inclusão no processo de transplante e a construção de condições

para que essa família consiga prestar suporte ao paciente, é realizado através do processo reflexivo:

característico das ações sócio-educativas, se desenvolve no percurso que o assistente social faz com os usuários para buscar respostas para suas necessidades, imediatas ou não. Pauta-se no princípio de que as demandas que chegam às instituições, trazidas por indivíduos, grupos ou famílias, são reveladoras de processos de sujeição à exploração, de desigualdades nas suas mais variadas expressões. (MIOTO, 2009, p.7)

Os participantes das equipes indicaram “orientação sobre benefícios, direitos, programas sociais e serviços da rede” como situação de necessidade de atuação profissional. Mito (2009) discute sobre as ações sócio-educativas dos assistentes sociais e afirma que a socialização das informações é estruturante desse processo. A autora reflete que a socialização das informações pauta-se no compromisso com a cidadania e na compreensão do usuário como um “sujeito de valores, interesses e demandas legítimas”, referenciado numa realidade imediata, porém conectada às relações de classes e ao contexto global. Mito (2009) ressalta, entretanto, que a socialização das informações não se restringe ao acesso à informação, pressupõe também a compreensão das informações, pois é ela que vai possibilitar seu uso na vida cotidiana.

Sinalizamos que a avaliação social da(o)s assistentes sociais dentro dos programas de transplante não tem característica focalizada, ou seja, não restringe-se à pacientes com vulnerabilidades financeiras. Todos pacientes são avaliados porque o processo de transplante envolve complexidades que extrapolam a condição financeira, mas o destaque dado pelos profissionais participantes da pesquisa ao atendimento à *“Paciente/familiar sem renda/baixa renda/preocupação com questões financeiras”*, sinalizado por 11 de 12 participantes, nas intervenções das/os assistentes sociais é explicado pelos determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença e que, em muitas situações, culminam na *“Dificuldade com os cuidados em saúde - má adesão ao tratamento”*, colocada por 9 de 12 participantes também como uma das situações de intervenções. Assim, pode-se afirmar que o “assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre estes e as demais políticas setoriais” (COSTA, 2009, p. 341).

Os trechos das falas dos pesquisados demonstram a importância do trabalho realizado pelos assistentes sociais nas equipes de transplantes, sendo exemplificadas:[...]“*Através da avaliação da assistente social conseguimos entender*

melhor questões de suporte social” (p. 10); [...] compreensão dos aspectos socioeconômicos da família, dos cuidadores e do paciente” (p.2) e ainda “identificar vulnerabilidades” (p.3) convergem para a síntese de avaliação que:

[...] na equipe de saúde o assistente social é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que eles estão inseridos numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto a esta equipe aspectos relevantes no âmbito social. Nesta ótica, é necessário que o profissional esteja sempre bem informado quanto aos objetivos e normas da organização, reconhecendo as necessidades reais dos seus usuários e disponibilizando os recursos existentes, além de identificar as falhas e deficiências a serem corrigidas, estando assim, num constante processo de re-elaboração de seu objeto de intervenção (VASCONCELOS, 2002, p.125)

Quando questionados sobre a avaliação da relevância do trabalho da assistente social dentro do processo de transplante, os registros de todos profissionais que participaram da pesquisa explicitam como sendo: *“Essencial” (p.1) “extrema importância” (p.2) “Fundamental” (p.3)*. Essas afirmações se referem a ponderação sobre o trabalho dessa categoria profissional, demonstrando conhecimento acerca da experiência cotidiana, sua competência teórica e ainda sobre suas mediações realizadas no contexto da saúde. Neste ínterim, é favorecida a partir das suas intervenções, uma análise crítica do contexto da realidade, mobilizando um direcionamento nas respostas a partir das demandas e requisições postas ao Serviço Social, superando vieses tradicionais (MARTINELLI, 1993).

A valorização do trabalho realizado pela(o) assistente social evidencia-se também através do trechos da afirmação: *“foi um diferencial quando a assistente social pode desenvolver um trabalho direcionado no transplante” (p.1)* Esta resposta sinaliza que foi significativo o trabalho da/o assistente social nas equipes de transplante de forma permanente, não sendo uma/o profissional apenas “consultor” ou “solicitado”, ou seja, percebeu-se a contribuição de forma contínua. A afirmação *“Sem Assistente Social atuante em equipes, não é possível se propor transplante.”(p. 2)* coloca a avaliação social realizada pelas assistentes sociais como condicionante para o seguimento do tratamento proposto, explicitando, portanto, o reconhecimento e o respeito pelo que é desempenhado pelas profissionais, legitimando a relevância dos apontamentos feitos pelas assistentes sociais.

Salientamos que, ainda que se enfatize a avaliação da(o) assistente social para a equipe realizar parecer conjunto definindo se o paciente é elegível para o processo de transplante, visualizamos em três respostas a referência ao

acompanhamento do Serviço Social no *“pré e o pós-transplante”*. Portanto, consideramos que há reconhecimento da equipe que o trabalho da(o) assistente social não se reduz à avaliação inicial. É identificado o caráter processual do transplante, ou seja, o atendimento da(o) assistente social dentro dos programas de transplante não assume apenas um viés admissional, de liberação, de autorização a um procedimento cirúrgico, mas sim um acompanhamento referenciado e sem prazo. É através da avaliação social que, para além do “trabalho admissional” esperado pela equipe, o usuário “toma voz” trazendo o que está além da doença. Nessa avaliação ele sai da condição de “órgão doente” para cidadão, pessoa com suas possibilidades e limitações impostas pelo todo do qual faz parte.

5. 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivou-se, através da análise dos dados obtidos na pesquisa realizada, refletir sobre o processo de transplante e sobre a inserção de assistentes sociais nesta dinâmica. Situou-se o transplante dentro do SUS, a consonância de sua legislação com os princípios do SUS, e os determinantes de saúde que envolvem o processo de transplante.

Constatou-se a compreensão da multiprofissionalidade para a efetivação do processo de transplante, localizando a instituição hospitalar como organizadora deste processo de trabalho. Enfatizou-se, na reflexão proposta, o papel da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde como potencializadora de ações que podem proporcionar um trabalho integrado dentro das equipes de transplante.

A realização da pesquisa oportunizou salientar a importância do trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais no processo de transplante. Foi possível identificar, entre os participantes consultados, o reconhecimento acerca do trabalho realizado pela(o)s assistentes sociais, destacando e relacionando ao cuidado integral do paciente e sua família. Os dados possibilitaram também visualizar o trabalho da(o)s assistentes sociais dos programas de transplante em todas as etapas que envolvem este processo, desde a avaliação social, que dá início ao processo, até o acompanhamento contínuo pós cirurgia.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO.. **Centros de Transplante**. Disponível em: < <https://site.abto.org.br/transplantes/centros-de-transplantes/?estado=todos&orgao=todos>> Acesso em: 10 out 2020

ANTON, Márcia Camaratta. **O transplante hepático pediátrico**: relação genitores-criança e as contribuições da psicoterapia breve dinâmica. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/77206>> Acesso em: 20 out. 2020.

BARATA, Rita B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELA, Ligia (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 de agosto de 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.434 de 04 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e 37 tratamento e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm. Acesso em: 12 de agosto de 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.211 de 23 março de 2001**. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm> Acesso em: 12 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 55 de 24 de fevereiro de 1999**. Diário Oficial da União, Brasília–DF, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html.> Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.600 de 21 de outubro de 2009**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html> Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013.**

Disponível em

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>

Acesso em: 14 de agosto de 2019.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doação de órgãos:** transplante, lista de espera e como ser doador. [200-?]Disponível em: < <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>.< Acesso em: 16 de agosto de 2020

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elemento para o debate. In: BRAVO, M I. S et al (org). **Saúde e Serviço Social.** Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realiza em serviço sob orientação docente assistencial. IN: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lucia (Orgs.) **Residências em saúde:** fazeres e saberes. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CLOSS, Thaísa T.; SCHERER, Giovani A. Visita domiciliar no trabalho do assistente social: reflexões sobre as técnicas operativas e os desafios ético-políticos na atualidade. **Libertas**, Juiz de Fora, v.17, n.2, p. 41-60, ago. a dez. / 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** CFESS, 2011. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf> Acesso em: 3 de setembro de 2020.

CORREIA, Maria Valéria C. **Desafios para o Controle Social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (org). **Serviço Social e Saúde.** 4 ed. São Paulo : Cortez; Brasília/DF : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, Brasília, DF, v.9, 2009. p. 39-56. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf> Acesso em: 20 de novembro de 2020

GARCIA, Clotilde D. et al. **Manual de doação e transplante**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo. Atlas, 2002.

GELBCKE, Francine et al. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus** - Actas de Saúde Coletiva. Brasília, v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202>>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA. **História da Instituição**. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/historia>>. Acesso em: 10 out. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. Cortez: São Paulo, 2014.

LEWGOY, Alzira. M. B; SILVEIRA, E. M. C. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 233-251, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/2315>>. Acesso em: 18 setembro 2020.

MACHADO, Edilene B. da S. **Tratamento Fora Do Domicílio (TFD) e o acesso à saúde**: a realidade dos pacientes do transplante pulmonar. 2019. Trabalho de Conclusão de Especialização Latu Sensu (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde). Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2019.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. **Desigualdade de Transplantes de Órgãos no Brasil**: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor. Brasília: IPEA, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Notas sobre mediações: alguns elementos para a sistematização sobre o tema. **Serviço Social e Sociedade**. Nº43. São Paulo: Cortez, 1993.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo. Cortez, 2017.

MATTOS, Ruben A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, RUBEN A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>> Acesso em: 11 de abril de 2020

MENDES, Jussara M. R.; LEWGOY, Alzira M. B.; SILVEIRA, Esalba C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008

MESQUITA, Luana P. et al. A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu-SP. v. 22, supl. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601625&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 23 de novembro de 2020

MIOTO, Regina C. T.; NOGUEIRA, Vera M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, Ana E. et al. (Org.) **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

MIOTO, Regina C. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/livro_para_download-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais/> Acesso em: 1 de dezembro de 2020

NÓBREGA, Rafaela T.; LUCENA, Marineuza M. da S. Para além do transplante hepático: explorando a adesão ao tratamento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2011. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi>> Acesso em: 1 de dezembro de 2020.

RIBEIRO, Carlos D. M.; SCHRAMM, Fermin Roland. Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22(9), p. 1945-1953, set, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000900026&script=sci_abstract&tlng=pt .> Acesso em: 10 de agosto de 2020.

SILVA, André Luís da. **A imagem e identidade profissional do assistente social expressas no cotidiano**: um estudo a partir da demanda de trabalho na alta complexidade em saúde. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7175>> Acesso em: 10 de setembro de 2020.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

TEIXEIRA, Solange M. Família e proteção social: uma relação continuamente (re) atualizada. In: TEIXEIRA, S. M. **A Família na Política de Assistência Social: concepções e tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina** – PI. Teresina: EDUFPI, 2013, p.23-41

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Saúde Pública**. São Paulo, n. 35, p.103-9, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&tlng=pt.> Acesso em: 19 de agosto de 2019

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas da área da saúde. São Paulo. Editora Cortez. 2002

WAGNER, Gastão. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15(1), p.187-193, jan-mar, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000100019&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em: 24 de novembro de 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO FORMULÁRIO ELETRÔNICO

1. Categoria profissional:

- nutricionista fisioterapeuta médico(a) enfermeiro(a) farmacêutico(a)
 psicólogo(a)

TRABALHO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

2. Há quanto tempo você trabalha no Hospital de Clínicas de Porto Alegre?

- anos

3. Há quanto tempo você integra a equipe de transplante de órgãos?

- anos

4. Você já havia integrado uma equipe multiprofissional antes?

- sim não

5. Qual a frequência de reuniões da equipe de transplante que você integra?

- semanal quinzenal mensal

6. Aproximadamente, qual o tempo de duração das reuniões da equipe de transplante que você integra?

- 30min 1 hora mais de 1 hora

7. Algum profissional é responsável pela condução da reunião? Se sim, de qual categoria profissional?

- não sim categoria profissional: _____

SERVIÇO SOCIAL:

8. Você já havia trabalhado com algum(a) assistente social antes de integrar a equipe?

- não sim

9. Em quais situações você visualizou a necessidade da intervenção do(a) assistente social? (pode marcar mais de uma opção)

- Rede de suporte familiar frágil
 Dificuldade com os cuidados em saúde - má adesão ao tratamento
 Articulação com o processo de TFD (Tratamento Fora do Domicílio)
 Orientação sobre benefícios, direitos, programas sociais e serviços da rede
 Paciente/familiar sem renda/baixa renda/preocupação com questões financeiras
 Realização de visita domiciliar

() Transferência de cuidado para serviços da rede intersetorial (saúde, assistência social, habitação, educação)

() Necessidade de casa de apoio

() OUTROS: _____

10. Como você avalia a relevância do trabalho do assistente social dentro do programa de transplante?

APÊNDICE B - CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por objetivo compreender a visão dos profissionais em relação ao trabalho do(a)s assistentes sociais nos programas de transplantes de órgãos sólidos.

Se você tem interesse em participar da pesquisa clique aqui [link para o questionário] e você será direcionado (a) para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa.

A participação na pesquisa será por meio de resposta a um questionário sobre o trabalho das equipes de transplante de órgãos sólidos do HCPA, composto por 10 perguntas, sendo 9 objetivas e 1 discursiva.

Se após a leitura do Termo de Consentimento você decidir participar da pesquisa, responda à pergunta: Você concorda em participar da pesquisa?

Ao responder “Sim”, você será direcionado para o questionário. O tempo médio de resposta é de 10 minutos.

Agradecemos o seu tempo e atenção.

Elisa Leivas Waquil e Vanessa Maria Panozzo Brandão – Equipe de pesquisa

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender a visão dos profissionais em relação ao trabalho do(a)s assistentes sociais nos programas de transplantes de órgãos sólidos a fim de refletir como se dá a atenção integral ao paciente no âmbito do processo de transplante. Esta pesquisa está sendo realizada pela residente de Serviço Social do Programa Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar, sua participação na pesquisa envolverá responder o presente questionário online que envolve 10 perguntas, sendo 9 objetivas e 1 discursiva, com um tempo estimado para preenchimento de 10 a 15 minutos.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, poderá haver desconforto pelo tempo de resposta ao questionário, ou pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos de sua intimidade.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são indiretos, a participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros processos de trabalho.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Vanessa Maria Panozzo Brandão pelo email: vanessa.panozzo@ufrgs.br e com o pesquisadora Elisa Leivas Waquil pelo email ewaquil@hcpa.edu.br ou telefone 99966-8446 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.