

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

AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL E O TRANSPLANTE HEPÁTICO

Bruna Stangherlin Nunes

PORTO ALEGRE/RS

2023

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE ADULTO CIRÚRGICO
SERVIÇO SOCIAL

AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL E O TRANSPLANTE HEPÁTICO

Trabalho de Conclusão de Residência do 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: Prof^a Dr^a Janaira Dorneles de Quadros Davila

PORTO ALEGRE/RS

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Nunes, Bruna Stangherlin
As Expressões da Questão Social e o Transplante
Hepático / Bruna Stangherlin Nunes. -- 2023.
42 f.
Orientadora: Janaira Dorneles de Quadros Davila.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Atenção Integral ao Paciente
Adulto Cirúrgico, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Transplante Hepático. 2. Expressões da Questão
Social. 3. Avaliação Social. 4. Assistente Social. I.
Davila, Janaira Dorneles de Quadros, orient. II.
Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
2.1 AVALIAÇÃO SOCIAL: UMA INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL	6
2.2 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE	11
3 OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4 O PERCURSO METODOLÓGICO	15
5 RESULTADOS	19
5.1 VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA: ADVINDA DO DESEMPREGO OU BAIXA REMUNERAÇÃO	20
5.2 FRÁGIL REDE DE APOIO: O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO PRÉ TRANSPLANTE HEPÁTICO	24
5.3 SAÚDE MENTAL: O IMPACTO DO ADOECIMENTO E/OU USO DE SUBSTÂNCIAS PARA O PACIENTE NO TRANSPLANTE HEPÁTICO	28
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A	36

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa apresenta-se como proposta à exigência de produção teórica para a finalização da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ocorrido através da aprovação em um processo seletivo público. É importante salientar que a formação na RIMS tem a duração de dois anos.

A principal motivação para a escolha do tema se deu 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. Dessa forma, percebe-se, a relevância de compreender e registrar sobre a intervenção do Assistente Social, assim como as Expressões da Questão Social por ele trabalhadas durante o processo de avaliação social pré transplante hepático, na perspectiva da garantia de direitos.

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), “Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico” iniciou em março de 2018, com o ingresso de seis residentes pertencentes aos núcleos multiprofissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, farmácia, buscando o desenvolvimento de competências na área, pautados nos pressupostos do Sistema Único de Saúde. As atividades do Programa concentram-se, em sua maior parte, na Unidade de Internação Cirúrgica do 8º Sul, desenvolvendo cuidados diretos ao paciente internado, porém direcionados à temática de transplantes hepáticos e pulmonares, foco do primeiro semestre.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, possui quatro equipes de transplantes de órgãos sólidos em adultos, sendo eles: rim, pulmão, fígado e coração. Os Programas de Transplantes do HCPA são integrados por equipes multiprofissionais, incluindo o Assistente Social. O Serviço de Transplantes de Órgãos Sólidos do HCPA tem por finalidade organizar e propiciar condições para que os transplantes realizados na instituição tenham sucesso e ocorram em conformidade com as necessidades assistenciais dos pacientes e a capacidade do hospital de ofertar qualidade e segurança. O objetivo é propiciar soluções eficientes para as necessidades dos pacientes em listas de espera, pacientes transplantados no HCPA e profissionais da instituição.

O processo de doação de órgãos e transplante é de grande importância para a sociedade, por viabilizar o retorno às atividades pessoais e ao mercado de trabalho, e também pelo aumento de sobrevivência de pacientes que possuem doenças que comprometam o

funcionamento de algum órgão específico. Quanto à indicação, o transplante hepático destina-se para o paciente portador de doença hepática aguda ou crônica em fase terminal. O procedimento é considerado complexo, pois envolve a sociedade e inúmeros profissionais da área da saúde.

O Brasil, de acordo com a ABTO (Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos), é o segundo país do mundo em números absolutos de transplante, atrás apenas dos Estados Unidos. Em contrapartida, segundo o Ministério da Saúde, o Brasil possui o maior programa público de transplante de órgãos, tecidos e células do mundo, que é garantido a toda a população por meio do SUS, responsável pelo financiamento de cerca de 95% dos transplantes no país. A rede pública de saúde fornece aos pacientes assistência integral e gratuita, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante.

Ainda de acordo com os dados da ABTO, divulgados em 2017, no Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), a necessidade de órgãos é superior ao número de transplantes realizados. Portanto, apesar do grande volume de cirurgias realizadas, a quantidade de pessoas em lista de espera para receber um órgão ainda é grande, o que ocorre na sua escassez, resultado em significativa mortalidade de pacientes em fila de espera. Para vencer a desproporção entre número de pacientes na lista e o número de transplantes realizados, é importante conscientizar a população sobre todas as etapas do procedimento, que começa com o diagnóstico de morte encefálica de um potencial doador e termina na recuperação do paciente que recebeu um novo órgão. Nesse sentido, de acordo com um grupo de estudos sobre educação em DOT, organizado pela Sociedade Internacional de Transplante (TTS), que se reúne anualmente para discutir esse assunto, a doação de órgãos pode ser melhorada com a educação.

O Assistente Social atua na equipe multidisciplinar nos centros ou unidades de transplantes. Cada profissional da equipe realiza a sua avaliação específica, de acordo com sua área de conhecimento. Nesse sentido, o assistente social utiliza um instrumental de abordagem social. Portanto, a intervenção do profissional Assistente Social, no processo de avaliação em transplante hepático no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, se dá, inicialmente, através da Avaliação Social Pré Transplante Hepático, as quais são realizadas com os pacientes que possuem indicações clínicas para transplante, e tem por finalidade levantar as variáveis sociais, que isoladas ou em conjunto, revelam as informações necessárias para a emissão do parecer social. O parecer identifica se o paciente encontra-se em condições

sociais limitadas, desfavoráveis ou favoráveis ao transplante e tem interface direta com a inscrição do paciente em lista de espera de transplante. Nesse sentido, além do valor social estimado acima, a avaliação social objetiva identificar as expressões da questão social, que podem ser impeditivas ou contraindicarem momentaneamente a realização do procedimento cirúrgico. Tal instrumento também possibilita a análise e interpretação da realidade do indivíduo/paciente, bem como, contribui para a definição de estratégias de intervenção junto com a família e o paciente.

A realização de um transplante hepático envolve diversos fatores de risco que podem impactar a adesão ao tratamento. Assim, o processo de avaliação da equipe multiprofissional, dando evidência à avaliação social, torna-se extremamente necessário para que o paciente e família sejam avaliados quanto às condições de inserção em lista de espera para transplante. Nessa perspectiva, se constituiu o problema de pesquisa: Quais as Expressões da Questão Social que emergem a partir da avaliação social, no processo pré-transplante hepático, junto ao Programa de Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico?

Portanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória, através de uma análise documental, onde foram analisadas as avaliações sociais realizadas e registradas nos prontuários dos pacientes atendidos pelo serviço social no período de março a dezembro de 2021, que possuíam indicações clínicas para serem listados à transplante hepático e estiveram no processo pré transplante, a fim de identificar e analisar as expressões da Questão Social que demandaram a intervenção do profissional assistente social. A análise dos dados ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo, considerando tratar-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em Laurence Bardin (2011).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 AVALIAÇÃO SOCIAL: UMA INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL

Na trajetória histórica do Serviço Social, podemos identificar várias correntes que discutem a questão da sua instrumentalidade, que trazem consigo um corpo conceitual específico que dá a esse tema um determinado significado. Destacamos a concepção desenvolvida por Guerra (2000), que a partir de uma leitura lukacsiana da obra de Marx, constrói o debate sobre a instrumentalidade do Serviço Social, compreendendo-a em três níveis: no que diz respeito à sua funcionalidade ao projeto reformista da burguesia; no que se refere à sua peculiaridade operatória (aspecto instrumental-operativo); e como uma mediação que permite a passagem das análises universais às singularidades da intervenção profissional.

O debate sobre a instrumentalidade do Serviço Social percorre a história da profissão em razão da própria natureza desta: o Serviço Social se constitui como profissão no momento histórico em que os setores dominantes da sociedade (Estado e empresariado) começam a intervir, de forma contínua e sistemática, nas conseqüências da “questão social”, através, sobretudo, das chamadas políticas sociais.

Segundo Carvalho & Iamamoto (2005), o Serviço Social é requisitado pelas complexas estruturas do Estado e das empresas, de modo a promover o controle e a reprodução (material e ideológica) das classes subalternas, em um momento histórico em que os conflitos entre as classes sociais se intensificam, gerando diversos “problemas sociais” que tendem pôr a ordem capitalista em xeque (NETTO,1994).

Torna-se importante situar essa questão, pois ela revela um dado que é crucial para o debate sobre a instrumentalidade: o Serviço Social surge na história como uma profissão fundamentalmente interventiva, isto é, que visa produzir mudanças no cotidiano da vida social das populações atendidas – os usuários do Serviço Social. Considerando que no momento da origem do Serviço Social, a profissão sendo inscrita na divisão do trabalho, apenas a sua dimensão técnica lhe garantia os estatutos de eficácia e competência profissional. Diante disso, faz-se necessário mencionar o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, o qual buscou superar essa visão unilateral.

O Movimento de Reconceituação segundo Iamamoto (2010 p.205) “é dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão:

de seus fundamentos ideo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*”, é um processo que busca dar ao Serviço Social uma prática mais eficaz, que busque caminhos em novos fundamentos teórico-metodológicos.

No âmbito da corrente que Netto (1994) denominou de “Intenção de Ruptura” (que para ele significa o rompimento com as visões conservadoras da profissão), foi levantada a necessidade de que a profissão se debruçasse sobre a produção de um conhecimento crítico da realidade social, para que o próprio Serviço Social pudesse construir os objetivos e (re)construir objetos de sua intervenção, bem como responder às demandas sociais colocadas pelo mercado de trabalho e pela realidade.

No período em que os autores contemporâneos da profissão chamam de “maturidade acadêmica e profissional do Serviço Social” (NETTO, 1994), que procurou definir novos requisitos para o status de competência profissional. Diante disso, Iamamoto (2004), após realizar uma análise dos desafios colocados ao Serviço Social nos dias atuais, apontou as três dimensões que devem ser do domínio do Assistente Social:

- Competência ético-política – o Assistente Social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica em assumir valores ético-morais que sustentam a sua prática – valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFESS nº 273/93)⁵, e que assumem claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos setores majoritários da sociedade;

- Competência teórico-metodológica – o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;

- Competência técnico-operativa – o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, empresas, Organizações Não-governamentais, fundações, autarquias etc.), garantindo assim

uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social.

Essas três dimensões de competências nunca podem ser desenvolvidas separadamente – caso contrário, cairemos nas armadilhas da fragmentação e da despolitização, tão presentes no passado histórico do Serviço Social (CARVALHO & IAMAMOTO, 2005).

Nessa direção, segundo Santos (apud Martinelli, 1994), “o instrumental é percebido como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas, não podendo serem vistos isoladamente, por si sós, de maneira autonomizada, mas como uma unidade dialética”. De posse desse conhecimento, o profissional pode planejar a sua ação com muito mais propriedade, visando à mudança dessa mesma realidade. Assim, no momento da execução da ação profissional, o Assistente Social constrói suas metodologias de ação, utilizando-se de instrumentos e técnicas de intervenção social.

Nessa perspectiva, pensar a instrumentalidade do Serviço Social é pensar para além da "especificidade" da profissão: é pensar que são infinitas as possibilidades de intervenção profissional, e que isso requer, nas palavras de Iamamoto (2004), “tomar um banho de realidade”. Guerra (2004) resume, em poucas palavras, o sentido dessa reflexão:

[...] Aqui se coloca a necessidade de dominar um repertório de técnicas, legada do desenvolvimento das ciências sociais, fruto das pesquisas e do avanço tecnológico e patrimônio das profissões sociais (e não exclusividade de uma categoria profissional), mas também um conjunto de estratégias e táticas desenvolvidas, criadas e recriadas no processo histórico, no movimento da realidade (GUERRA, 2004; p. 115-6).

No que se refere a atuação do Serviço Social, deve-se compreender a rede de relações em que o usuário circunscreve, seja ela familiar, cultural, social ou econômica. É importante que o profissional tenha conhecimento sobre a profissão, a política social, a instituição em que se insere e a rede de serviços. O/a Assistente Social deve atuar de forma a atender as necessidades sociais, que se transformam em demandas para o profissional, sabendo fazer uma análise de toda a conjuntura na qual está inserido (MARQUES, 2016).

Cabe reiterar que, as necessidades de saúde vão além do nível de acesso aos serviços e tratamentos médicos. São produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural (NOGUEIRA e MIOTO, 2006). Portanto:

As demandas sociais emergem de diferentes formas durante a ação profissional. Assim sendo, as intervenções abrangem desde as mudanças que ocorrem no cotidiano do usuário e de seus familiares devido aos diagnósticos, doenças, tratamento, a dificuldade do acesso ao tratamento médico; até as questões relacionadas aos Direitos Sociais e Proteção Social, as quais muitas vezes, só são identificadas quando a pessoa adoece (NARCISO, MEDINA e PEREIRA, 2005. p. 6).

Pautando-se nos Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, tem-se que uma atuação competente e crítica consiste, entre outras coisas, em “[...] facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais [...]”, sendo umas das ações desenvolvidas pelo profissional, a democratização de informações através de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população. (CFESS, 2011).

Dessa forma, pode-se dizer que a atuação do Assistente Social requer a integração de saberes e das práticas em saúde, na confluência de que suas demandas - que extrapolam as necessidades clínicas - sejam assistidas, executando ações que fomentam a autonomia dos usuários no processo terapêutico, oportunizando a reflexão sobre os aspectos que perpassam o seu diagnóstico.

Frente às demandas institucionais, as ações profissionais do assistente social, que são permeadas pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, materializam o caráter interventivo da profissão. Na concretização destas intervenções se torna necessária a utilização de procedimentos, instrumentos e técnicas. O seu principal instrumento de trabalho é a linguagem e ele dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais. A experiência profissional no trato direto com a população possibilita ao assistente social um maior conhecimento sobre a realidade desses segmentos e uma maior proximidade com a população usuária. (IAMAMOTO, 1996).

De acordo com a Lei 8.662/1993, que regulamenta a Profissão, no seu artigo 4o, lhe atribui o estatuto de competência profissional. Entre outras competências elencadas nesse artigo, o item XI afirma que constitui competência do assistente social “realizar estudos sócio-econômicos com usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades”. Sendo assim, o estudo socioeconômico é um elemento indispensável para qualquer assistente social, independente do espaço sócio-ocupacional que esteja inserido. Para Graciano (2013, p.67) “o estudo socioeconômico deve ser o registro vivo do cotidiano dos usuários dos serviços, suas carências e estratégias de sobrevivência e resistência”. E assim, cumprir junto aos usuários o

importante papel de conhecimento da realidade, e com isso ser propositivo junto às instituições com argumentos comprovados e registrados dentro de um arcabouço documental.

Nessa ótica, Fávero (2004, p. 42) afirma que o estudo social tem “por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional especialmente nos seus aspectos sócio-econômicos e culturais”.

Por sua vez, 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, 2011).

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, 2011).

Portanto, destaca-se que, ao mesmo tempo que é necessário, o instrumento é imprescindível ao domínio deles. A essa ação conjunta denomina-se instrumentalidade entendida como:

A capacidade de mobilização e articulação dos instrumentos necessários à consecução das respostas às demandas postas pela sociedade, composta por um conjunto de referências teóricas metodológicas, valores e princípios, instrumentos, técnicas e estratégias que dêem conta da totalidade da profissão e da realidade social, mesmo de forma parcial, mas com sucessivas aproximações.(COSTA, 2008 p.43)

O estudo socioeconômico é um instrumento do exercício profissional do/a Assistente Social que possibilita identificar demandas, bem como conhecer o contexto social familiar e econômico dos indivíduos/famílias atendidos/as para assegurar seus direitos (CRESS/PR, 2017). Para além de sua eficiência operativa ou de sua instrumentalidade, como propõe Guerra (2000), incorpora a elas o compromisso ético com a transformação social.

Dessa forma, a perspectiva dos direitos de cidadania é destacada como fundamental, especialmente, à medida que os estudos sociais subsidiam pareceres sociais que são instrumentos “de viabilização de direitos, um meio de realização do compromisso profissional com os usuários, tendo em vista a equidade, a igualdade, a justiça social e a cidadania” (SILVA, 2000, p. 116).

2.2 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE

A legislação brasileira autoriza a doação de órgãos em vida para fins terapêuticos ou para transplantes em parentes consanguíneos até o quarto grau, parentes ou em qualquer pessoa (mediante autorização judicial – art. 9º, lei 9.434/97) e após a morte de um indivíduo.

A Constituição Federal, de forma genérica, autoriza, no art. 199, §4º, a sua realização:

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

A definição de transplante, ou seja, a remoção de órgãos ou tecidos do doador, seguida pelo implante no receptor, mostra que o binômio transplante doação-transplante é indivisível.

O Código Civil, em seu artigo 14, mais especificamente no Capítulo II, trata sobre os direitos da personalidade e dispõe que é um direito válido dispor do próprio corpo após a morte: “É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte” (BRASIL, 2002).

A Lei nº 9.434/97, regulamentada pelo Decreto nº 9.175/2017, disciplina de forma ampla os procedimentos de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Traz regras específicas acerca da doação de órgãos em vida e após a morte. Além disso, deve-se entender o processo de doação e transplante, compreendendo-o como um procedimento médico composto de uma série de passos ordenados de forma precisa, que transforma os órgãos de uma pessoa falecida em órgãos passíveis de serem transplantados.

O transplante de órgãos é definido pelo Ministério da Saúde como um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, fígado, pâncreas, pulmão, rim) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão ou tecido normal de um doador, vivo ou morto.

A legislação em vigor é também conhecida como “Lei dos Transplantes” e estabelece que a doação de órgãos após a morte só pode ser realizada quando for constatada a morte encefálica. Dessa forma, em seu art. 3º, dispõe:

A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina” (BRASIL, 1997).

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), o diagnóstico de morte encefálica é definido como a constatação da ausência de todas as funções neurológicas. No Brasil, o diagnóstico é definido pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1480/97, que considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte. Portanto, a morte encefálica ocorre com a interrupção completa e permanente de todas as funções cerebrais.

Por sua vez, o Ministério da Saúde define o termo como:

A morte encefálica é uma condição do corpo humano em que ocorre a perda completa e irreversível das funções encefálicas cerebrais, definida pela cessação das funções corticais e do tronco encefálico ou tronco cerebral. Quando isso ocorre, a parada cardíaca será inevitável e, embora ainda haja batimentos cardíacos, a respiração não acontecerá sem ajuda de aparelhos e o coração não baterá por mais de algumas poucas horas. Por isso, a morte encefálica caracteriza a morte de um indivíduo (BRASIL, 2001).

É válido ressaltar que, a Lei de Transplantes trata, no § 3º de seu artº 3º: “Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica” (BRASIL, 1993).

A doação de órgãos post mortem é tratada pela legislação brasileira como sendo um direito personalíssimo de cada indivíduo, que tem a liberdade de exercê-lo em qualquer tempo e lugar, decidindo sobre seu próprio corpo após a morte. Porém, com a entrada em vigor da lei dos transplantes e do decreto que a regulamentação, ocorre também a mudança na forma de consentimento, sendo determinado que a família será a responsável pela decisão final, não tendo mais valor a informação de doador ou não doador de órgãos, registrada no documento de identidade, conforme explícito em seu art. 4º:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau

inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (BRASIL, 2011)

Nesse sentido, destaca-se a importância do protocolo que dá segurança à equipe médica para o diagnóstico da morte encefálica, pois ele possibilita a imediata conversa com a família sobre a doação de órgãos, onde é consultada acerca da possibilidade da doação de órgãos.

De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Transplantation Society (TTS), deve-se utilizar, para os pacientes com morte encefálica, os seguintes termos:

Possível doador: paciente com lesão encefálica grave, em uso de ventilação mecânica;
Potencial doador: após a abertura do protocolo de diagnóstico de morte encefálica;
Elegível para doação: confirmação do diagnóstico de morte encefálica;
Doador efetivo: quando iniciada a cirurgia para remoção de órgãos;
Doador com órgãos transplantados: quando pelo menos um dos órgãos removidos é transplantado. (Manual de Doação e Transplantes, 2017)

O órgão responsável pela coordenação de transplantes no SUS é o SNT, cujo órgão administrativo e gerencial é a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). A CNCDO conta com o auxílio de 22 Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos estaduais e oito centrais regionais, cobrindo praticamente todo o território nacional.

Cada órgão tem uma fila de espera específica e que não funciona por ordem de chegada, conforme baseado na Lei nº 9.434/1997, no Decreto nº 2.268/1997 e na Portaria GM/MS nº 2.600/2009. Sendo assim, as condições médicas como: compatibilidade dos grupos sanguíneos, tempo de espera e gravidade da doença são fatores determinantes. Ou seja, pacientes com maior risco de morte têm a preferência.

É válido destacar que para transplantes de fígado o risco de morte é mensurado por um índice matemático chamado Model for End-stage Liver Disease, ou MELD (em português, Modelo para a Doença Hepática em Estágio Terminal, em uma tradução aproximada). O cálculo é feito com base nos exames laboratoriais do doente. Quanto maior for o resultado desse cálculo, mais à frente da lista o paciente é posicionado.

Os Programas de Transplantes do HCPA são integrados por equipes multiprofissionais. O objetivo é propiciar soluções eficientes para as necessidades dos pacientes com condições clínicas para indicação de transplante.

Uma das preocupações presentes na prática do assistente social que trabalha com transplantes é o fato de existirem fatores sociais que contra-indicam a realização do procedimento. Estes fatores podem inviabilizar a troca do órgão doente por outro sadio, impossibilitando que o paciente venha a beneficiar-se com a única alternativa capaz de oferecer-lhe uma sobrevida maior e melhor (GROSSINI e HOFFMEISTER, 1988, p. 286).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar as expressões da questão social que emergem a partir da avaliação social realizada no processo do pré-transplante hepático.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as intervenções do Assistente Social diante das expressões da questão social emergentes do processo de avaliação;
- Desvelar os desafios para o trabalho do Assistente Social em equipes de transplante.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

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)

Uma pesquisa procura responder questões particulares que tem como premissa básica a interpretação de textos, falas e contextos que envolvem o fenômeno a ser estudado. Esse tipo de pesquisa fornece condições para coleta de dados não mensuráveis, originários do ambiente natural, cujos significados podem ser interpretados de maneira descritiva e exploratória pelo investigador. (MINAYO, 2002)

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória, realizada através de uma análise documental. A pesquisa foi realizada junto ao Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA. O Programa é decorrente de uma parceria dos serviços de Cirurgia e Gastroenterologia e contou com apoio institucional para sua implementação, no ano de 1996. Desde sua criação, é integrado por uma equipe multiprofissional, que atua em todas as fases do processo do transplante.

Lüdke e André (1986) afirmam que uma das vantagens da realização de pesquisas documentais deve-se ao fato dos documentos serem uma fonte rica e estável de obtenção de dados, bem como de baixíssimo custo, já que estão incluídos nas despesas institucionais. Nesse sentido, a pesquisa documental configura-se como:

[...] aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno; é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos; [...] (Flick, 2009).

O documento institucional escolhido foram os prontuários dos pacientes com indicações clínicas para serem listados à transplante hepático no HCPA, onde foram analisadas as avaliações sociais realizadas pelo serviço social, no processo pré-transplante hepático, a fim de identificar e analisar as expressões da Questão Social¹ que demandam a

¹ A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão". (IAMAMOTO, CARVALHO, 2006, p. 77).

intervenção do profissional assistente social.

A escolha por esse documento se deu, pois na avaliação social surgem informações como, o contexto familiar, socioeconômico, educacional e habitacional do paciente, assim como informações relacionadas aos hábitos quanto a uso de bebida alcoólica, tabagismo e outras drogas, sobre o histórico de doenças importantes na família, tal como os aspectos relacionados ao transplante e a rede de suporte social; aspectos que podem por sua vez tornarem-se impeditivo para a inclusão do paciente em lista de transplante.

Neste sentido, identificar, compreender e intervir em possíveis entraves do âmbito social, se faz imprescindível no que diz respeito ao acesso ao direito do tratamento à saúde e por consequência o direito à vida. Ou seja, este estudo também jogou luz ao trabalho do/a Assistente Social neste processo de pré-transplante, assim como também provocou um olhar a potencialidade do trabalho multiprofissional na alta complexidade da saúde. Pode-se afirmar que o prontuário é um importante instrumento de comunicação entre profissionais e registro das ações realizadas. Kripka et. al (2015) também classificam a análise documental como método não-intrusivo, por todas esses aspectos entende-se que a análise documental responde de forma mais adequada aos objetivos deste estudo.

Importante ressaltar que a pesquisa iniciou após a autorização do CEP assim como também o aceite das respectivas chefias envolvidas. A primeira parte da pesquisa, portanto, se deu a partir das informações coletadas junto ao roteiro de Avaliação Social Pré Transplante Hepático, as quais estão armazenadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, situado na Ramiro Barcelos, no 1o andar, sala do Serviço Social. A partir disso, as informações que constavam nos respectivos prontuários foram exportadas para o Google Drive, vinculado às contas de e-mail institucional das pesquisadoras.

Nesse momento, foram identificados 30 prontuários. Como critério de inclusão, utilizados os registros de pacientes maiores de 18 anos, com indicações clínicas para transplante, com os quais foram realizadas avaliações sociais pré-transplante hepático, no período de março a dezembro de 2021, por tratar-se dos meses de atuação da pesquisadora residente junto à equipe pré-transplante hepático, na intencionalidade de abarcar a respectiva conjuntura. Por sua vez, como critério de exclusão, tendo em vista o objetivo deste estudo, não foram considerados os registros em prontuário de pacientes menores de 18 anos, tampouco aqueles que não possuem indicações clínicas para transplante, não foram atendidos pelo serviço social e por consequência não foram realizadas avaliações sociais pré transplante

hepático. Além disso, foram excluídos aqueles prontuários em que a pesquisadora não possuía permissão para consultar a Avaliação Social, em decorrência de óbito dos pacientes, totalizando assim 26 prontuários para essa pesquisa.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, considerando tratar-se de uma pesquisa qualitativa, baseada, portanto, em Laurence Bardin (2011). A autora a caracteriza como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2011, p. 42)

Conforme Bardin (2011, p. 95) a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases, sendo a primeira a pré-análise, que consiste na organização dos documentos. A segunda fase é a exploração do material, na qual Bardin (2011), define como a codificação, sendo a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Por fim, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação, “que objetivam tornar os dados válidos e significativos.” (GIL, 2008, p.153,). Foi utilizado um roteiro norteador para a construção da análise dos dados, apresentado no apêndice deste projeto.

Portanto, nessa primeira etapa da pesquisa foi feita a organização dos materiais considerando os objetivos da pesquisa. Após, na segunda etapa, a análise se volta para estes materiais e a exploração dos mesmos, aprofundando a leitura e os apontamentos. E na terceira etapa foi feita a interpretação dos dados, no sentido de elaborar os resultados daquilo que foi pesquisado, respondendo as questões orientadoras e os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2002).

Assim, nas fontes indicadas na etapa documental, foi realizada a leitura flutuante. Posteriormente, a amostra selecionada foi organizada e as informações incluídas em tabelas, compondo assim o corpus da pesquisa. A partir da exploração dos materiais e da identificação de categorias, a última etapa do processo de análise foi realizada, considerando o tratamento dos resultados a partir da inferência e interpretação.

Os aspectos éticos da pesquisa proposta, estão de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, as quais norteiam as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

Destaca-se que o projeto proposto com vistas a essa pesquisa foi submetido anteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, através do AGHUse Pesquisa e da Plataforma Brasil. Mediante o cadastramento no AGHUse Pesquisa, foram assinados os Termos de Utilização de Dados e de Utilização de Dados Institucionais, a fim de preservar as informações colhidas na base dados da instituição, assim como assegurar a segurança e confidencialidade dos pacientes.

Além disso, foi aplicado pela pesquisadora o Documento de Aceite às chefias envolvidas (Serviço Social e Programa de Transplante Hepático Adulto), com vistas ao acesso do prontuário dos pacientes. Isso leva em consideração a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais por pessoa natural ou jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural (BRASIL, 2018, Art. 1º). Essa lei prevê a aplicação do TCLE para acesso ao prontuário do paciente para fins de pesquisa, uma vez que nesse documento contém dados pessoais sensíveis. Os documentos de aceite das respectivas chefias preenchidos foram rigorosamente protegidos e assim serão por cinco anos (até 2025), dessa forma, ficarão sob os cuidados do pesquisador responsável no HCPA. Esgotado esse prazo, os documentos serão prontamente destruídos em sua íntegra por meio de picotagem.

Entende-se que este estudo apresenta um risco mínimo pela quebra de confidencialidade, ao qual está sujeita toda pesquisa científica e que os benefícios da realização da pesquisa poderão ser observados de forma indireta, oferecendo, a priori, conhecimento acerca do tema proposto e os resultados obtidos poderão servir de embasamento para a qualificação da assistência ao paciente adulto cirúrgico.

Destaca-se que os resultados da pesquisa foram divulgados através da apresentação pública do Trabalho de Conclusão da Residência, para a qual foi convidada a equipe assistencial do Programa Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico do HCPA, bem como vislumbra a publicação dos resultados em meios científicos.

5 RESULTADOS

Como resultado desta pesquisa, apresenta-se abaixo as demandas identificadas no estudo:

TABELA 1 - Demandas identificadas no estudo

1ª VULNERABILIDADE SOCIAL	2ª ARTICULAÇÃO COM A REDE	3ª TRABALHO MULTIDISCIPLINAR
Baixa Renda	TFD - ajuda de custo	Discussão em Equipe Tx Hepático
Dificuldades Socioeconômicas	BPC	Discussão AS Programa de Adição
Desemprego	Transporte do Município	Sugestão de Avaliação com Psiquiátrica
Suporte familiar restrito	CRAS	
Uso de Substâncias	CAPS	
Doença mental	Casa de Apoio	

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A apresentação e a análise dos resultados foram organizadas a partir das demandas identificadas no quadro acima, que se evidenciaram em três categorias, sendo elas: 1) Vulnerabilidade socioeconômica: advinda do desemprego ou baixa remuneração; 2) Frágil rede de apoio: o papel da família no transplante hepático e 3) Saúde Mental: O impacto do adoecimento e/ou do uso de substâncias para o paciente do transplante hepático, as quais abordaremos a seguir.

5.1 VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA: ADVINDA DO DESEMPREGO OU BAIXA REMUNERAÇÃO

Dentre os vinte e seis prontuários avaliados, cinco apresentavam alguma situação referente a dificuldade socioeconômica. Observa-se assim, uma predominância em relação às demandas que surgiram a partir da avaliação do Serviço Social no processo Pré Transplante Hepático, voltadas às situações que envolvem questões referente à renda dos pacientes que encontravam-se em avaliação para lista de espera com vistas ao transplante hepático.

O conceito de vulnerabilidade, que pela ótica da Política Nacional de Assistência Social entende-se “[...] à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).” (PNAS, 2004, p.33).

Por sua vez, Sistema Único de Saúde no Brasil - SUS, constituído por meio da lei 8.080/90, em seu art. 3º. traz a definição de fatores determinantes e condicionantes de saúde, dentre outros: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, (BRASIL, 1990).

Sendo esses fatores de ordem social, compreendemos que a política de saúde reafirma a importância dos diversos aspectos sociais que interferem no processo de saúde-doença de sujeitos ou grupos sociais, dos quais nos chama atenção o fator trabalho, sendo este proporcionador direto de outros fatores como a renda, a alimentação, a moradia, o lazer, que são relevantes no processo de manutenção e/ou recuperação da saúde. Em consonância com o conceito ampliado de saúde, a avaliação do/a Assistente Social no processo pré transplante hepático, tem como objetivo levantar informações acerca das condições sob as quais os mesmos dispõem para o suprimento de suas necessidades básicas, assim como com o custo com o tratamento, principalmente no caso de alguma necessidade não ser custeada pelo sistema público de saúde.

Desse modo, a avaliação social realizada pelos/as 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 inseridos e o que será 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, 2011)

A avaliação social, permite, portanto, o conhecimento das condições socioeconômicas e do contexto social do paciente, a identificação das demandas sociais que possam interferir

no tratamento indicado, bem como as possibilidades de intervenção profissional no atendimento dessas demandas. Destaca-se que após a realização do transplante, segue-se com as ações direcionadas a orientar os pacientes em relação aos direitos sociais, tanto na política de saúde, quanto nas demais políticas setoriais.

Observou-se que diante de todas as situações que envolviam alguma situação de dificuldade referente à renda, foram realizadas pelo/a Assistente Social orientações quanto acesso a benefícios da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS ou encaminhamento para a rede socioassistencial. Sendo assim, dentre os cinco prontuários avaliados, em que se apresentava esse tipo de situação, em dois deles, constam registros quanto orientações para acesso ao Benefício da Lei Orgânica de Assistência Social, sendo que aos outros três, apresentam registros referente à encaminhamentos ao Centro de Referência de Assistência Social, buscando a sequência do acompanhamento social.

Ainda nesse sentido, se tratando da política de assistência social, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social preceitua que:

A rede socioassistencial é um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade (BRASIL, 2005).

Articulação esta que, em consonância com Neves (2009), nos traz algumas caracterizações sobre a rede socioassistencial e, com elas, nos permite entender que tal rede é uma ação articulada e integrada que objetiva proporcionar aos usuários dos serviços sociais a proteção social junto ao acesso aos seus direitos, estando esta rede relacionada ao conjunto de políticas sociais, em especial a política de assistência social.

No Brasil não existe uma legislação específica referente a garantia de direitos da pessoa transplantada, sobretudo quando se refere a aspectos trabalhistas; em tese, o que existe é a possibilidade do encaminhamento com vistas à concessão do Benefício de Prestação Continuada – BPC, o qual garante de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. Da mesma forma, este benefício vê aos pacientes com doenças hepáticas graves os mesmos direitos garantidos às pessoas com deficiência.

Destaca-se que na interlocução com as políticas públicas, aquelas relacionadas ao campo do trabalho, vem apresentando instabilidade e modificações, sendo uma preocupação geral dos cidadãos brasileiros, sobretudo aqueles acometidos com uma doença grave que

requer tratamentos de alta complexidade. Entretanto, as dificuldades apresentadas não significam impactar a inscrição do paciente em lista de espera para transplante hepático, considerando que a partir da intervenção do/a Assistente Social, apenas dois prontuários constam registros de que o paciente não foi inscrito em lista de espera para transplante, sendo que um deles foi a óbito no decorrer do processo avaliativo e a outra situação envolvia demais aspectos, como dependência química e fragilidade no suporte familiar.

Vale ressaltar que 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, especialmente aqueles que encontram-se em situação empregatícia insalubres e também os que estão inseridos no mercado informal.

A perda dos rendimentos, como resultado da precariedade das condições de trabalho nas relações empregatícias, implica na perda da capacidade de suprir as suas necessidades básicas. Numa sociedade de mercado como a que vivemos, a pessoa sem renda não consegue ter acesso à saúde, à educação, ao lazer, à moradia, pois não consegue se portar como “cidadão-consumidor” (MOTA, 2000).

Ainda nesse sentido, o Hospital de Clínicas, por ser um centro de referência em transplantes, recebe pacientes de várias regiões do país, que vêm em busca desse procedimento. Vale ressaltar que os pacientes que residem em outro estado, cujo deslocamento envolve transporte aéreo, devem fixar moradia o mais próximo possível do hospital, a fim de aguardar em lista de espera. Essa situação exige uma reorganização familiar, a qual envolve também os recursos financeiros.

O Estado constituiu no ano de 1999 o Tratamento Fora de Domicílio (TFD)-regulamentado pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Esse dispositivo permite o acesso de usuários de um município e/ou Estado da Federação a serviços de saúde de outro município 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)

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).

Observou-se que a intervenção do/a Assistente Social, no que diz respeito à articulação da rede intersetorial, tanto com os setores de transporte dos municípios, quanto a articulação com TFD, para garantia dos direitos que envolvem os pacientes que encontram-se em processo de avaliação para inscrição em lista de espera para transplante hepático, bem como aqueles que apresentam dificuldades socioeconômicas para garantia de seus deslocamentos, o quais são imprescindíveis à adesão ao tratamento. Considerando que para os cinco prontuários nos quais se apresentaram dificuldades socioeconômicas, foram realizadas as necessárias articulações com os respectivos serviços, para garantia dos deslocamentos e consequentemente, a adesão ao tratamento.

Nesse sentido, o Assistente Social intervém constantemente nas questões relacionadas à garantia do transporte desse paciente, o qual realiza a articulação da rede intersetorial como instrumento de trabalho e integração das políticas públicas. É preciso que os vários setores ajam sobre os problemas de forma articulada culminando em ações eficazes, fruto da democratização de informações e descentralização do poder e das ações (BIDLOWSKI, 2004).

Dessa forma, destaca-se que o trabalho do assistente social no transplante hepático, bem como a articulação com os demais serviços da rede, é realizado em prol da contribuição da superação das vulnerabilidades vivenciadas pelos pacientes e suas famílias, buscando a inscrição em lista de espera com vistas à transplante hepático, especialmente daqueles que apresentam dificuldades socioeconômicas que poderiam impactar a adesão ao tratamento, trazendo consigo acima de tudo o caráter emancipatório de seu projeto profissional, que como ressalta Iamamoto (2011), tal projeto precisa estar vinculado à defesa de uma sociedade para além do capital e que possibilite aos assistentes sociais a aproximação das classes subalternas e apostarem ativamente nas lutas sociais.

5.2 FRÁGIL REDE DE APOIO: O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO PRÉ TRANSPLANTE HEPÁTICO

Dos vinte e seis prontuários avaliados, onze apresentaram ao Serviço Social demandas

referente a fragilidade da rede de apoio familiar. 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 e NOGUEIRA, 2009, p.7)

Além dos diversos fatores que envolvem a avaliação social, no que diz respeito ao suporte familiar no processo pré transplante hepático, é imprescindível a maior compreensão acerca da rede de apoio existencial dos pacientes no processo de avaliação pré transplante hepático, visto que não apenas o paciente experimenta modificações no seu estilo de vida, mas também as demais pessoas envolvidas e, por consequência, a dinâmica de sua rede de apoio torna-se alterada.

O transplante caracteriza-se como uma alternativa de tratamento para várias doenças crônicas, sem a qual a sobrevivência não seria possível. No entanto, as evidências sugerem que a dinâmica familiar pode ser afetada de forma marcante em situação de transplante. A rotina diária muda com visitas constantes ao médico, administração de medicações, exames, internações hospitalares, requerendo uma demanda adicional de toda família. Diante dessa complexidade, 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 e PICCINIMI, 2010).

Nesse contexto, os onze pacientes em que apresentavam fragilidade em sua rede de apoio, tiveram avaliações com os seus familiares realizadas pelo/a Assistente Social, considerando que, de modo geral, os cuidados necessários à pessoa submetida ao transplante e exigirem o empenho daqueles que o cercam, há 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 imprescindível, portanto, identificar a pessoa responsável pelos cuidados diretos ao paciente, sendo designado como, muitas vezes, a pessoa de referência no cuidado, considerando que os cuidadores desempenham papel significativo no processo do transplante.

Define-se, portanto, o cuidador familiar como a principal pessoa da família responsável pela assistência ao paciente e a mais intimamente envolvida no cuidado deste. Sua principal função está relacionada à realização de trabalhos considerados primários ou básicos, tais como cuidar da casa, hospedar, sustentar, manter e proporcionar cuidados pessoais e de saúde no ambiente domiciliar.

Oliveira (Orgs, 2016) e Guedes e Guedes (2012) relatam que na maioria das vezes a família é quem fornece suporte, e também, é diretamente afetada pelo processo de adoecimento, desde a descoberta da doença, as modificações e alterações no cotidiano, até as resoluções e descobertas do funcionamento da doença.

Vale ressaltar que o papel de cuidador é ocupado culturalmente pelas mulheres na dinâmica familiar, normalmente associado ao cuidado. Diante do adoecimento de quem assume esta posição, acaba por surgir um obstáculo maior ainda para os demais membros da família; assim, haverá a necessidade de reorganizar-se, aprender e assumir funções de suporte e apoio.

Nesse sentido, observa-se que dos onze prontuários avaliados em que se apresentava fragilidade na rede de apoio, oito deles constavam registros referente à discussões realizadas com a equipe do transplante hepático, o que nos permite refletir acerca da atuação do profissional Assistente Social e sua contribuição junto à equipe multiprofissional, onde a partir das determinadas discussões, permite que ele/a possa problematizar acerca das questões que envolvem essa fragilidade, a partir do conceito ampliado de família.

Destaca-se, portanto, que 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, 2008, p.26)

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.

Por sobrecarga do cuidador, compreendem-se duas dimensões: a objetiva, referente às consequências “visíveis” dos problemas decorrentes das funções de cuidar, sendo caracterizada pelo excesso de assistência ao paciente, alteração na rotina familiar e nos projetos de vida; sobrecarga subjetiva, diretamente associada às questões subjetivas, como o grau de incômodo percebido pelo familiar nos cuidados despendidos ao paciente nas atividades cotidianas (SOARES; TELES; ROSA, 2011).

Conforme Almeida et al, (2010), as consequências da sobrecarga familiar podem se agravar quando todas as responsabilidades do cuidar se concentram na figura de um único cuidador, que de forma solitária e sem orientações adequadas estará sujeito a maiores chances de piora de sua qualidade de vida, com risco de desenvolver problemas de saúde, cansaço e depressão.

É pertinente ressaltar que o trabalho do assistente social como integrante da equipe multidisciplinar em um Programa de transplante, é um campo em expansão para o serviço social que deve ser apropriado pela categoria, a partir da afirmação do seu projeto ético político e da sua formação teórico-metodológica. Além do papel de disseminador de informações, pautado no caráter educativo da profissão, o assistente social tem como frente de trabalho as mediações necessárias à garantia dos que envolvem processo de transplante hepático.

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 25 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)

Diante disso, apontamos 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)

A dualidade entre a exigência do familiar de referência com vistas ao acompanhamento pré e pós transplante versus a garantia à um acesso de direito em saúde, considerando que esses procedimentos são adotados como última alternativa terapêutica, justifica-se pela complexidade que envolve o procedimento cirúrgico proposto, uma vez que, de acordo com Abrunheiro (2005), o objetivo principal da realização do transplante hepático é o de prolongar o tempo de vida do doente e melhorar a sua qualidade de vida.

Destaca-se, portanto, que as mediações inerentes ao processo do transplante hepático, quando associadas aos princípios e valores do projeto ético-político do serviço social, demonstram oportunidades de consolidação de uma prática profissional capaz de superar ações focalizadas, permitindo a compreensão dos seus determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos, contribuindo, assim, para a garantia à um direito em saúde.

5.3 SAÚDE MENTAL: O IMPACTO DO ADOECIMENTO E/OU USO DE SUBSTÂNCIAS PARA O PACIENTE NO TRANSPLANTE HEPÁTICO

Dos vinte e seis prontuários avaliados, em dois apresentavam como demandas ao/a Assistente Social, alguma questão relacionada à saúde mental e/ou uso de substâncias. É relevante ressaltar que a Avaliação Social Pré Transplante, no que diz respeito ao uso de substâncias, busca compreender acerca desse fenômeno, no sentido conhecer a relação do paciente com o mesmo, bem como os fatores que o envolvem.

A intervenção do Assistente Social, nesse sentido, está baseada em uma perspectiva de redução de danos, conforme trata a Associação Internacional de Redução de Danos de:

um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, a redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (IHRA, 2010).

Na redução de danos busca-se reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautando-se no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. Apesar de aceitar a abstinência como ideal, seu objetivo não é eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das substâncias. (MOREIRA et al, 2006).

Ainda nesse sentido, na Avaliação Social Pré Transplante Hepático, também faz-se

necessário compreender acerca dos aspectos relacionados em caso de abstinência, nesse caso, é importante verificar há quanto tempo o paciente cessou uso, assim como histórico de tratamentos prévios. Em resumo, é preciso conhecer a relação do paciente e família com substâncias psicoativas, considerando que esse é um dos pré-requisitos para estar apto ao transplante.

Destaca-se que essas informações são importantes a serem compartilhadas com a equipe multiprofissional, no sentido de dialogar e discutir na tentativa de construir estratégias que visam garantias de direitos aos pacientes, considerando que há preocupação por parte da equipe no que se refere à risco de recaídas, o que se justifica em decorrência do grande número de pacientes em lista de espera à transplante versus o número de doação de órgãos.

Sabe-se que fatores preventivos anteriores ao transplante, tais como rede de apoio social satisfatória, tempo de abstinência prévia ao transplante, compreensão da doença e do tratamento, realização de tratamento psicológico para abuso de substâncias psicoativas são preditores da não recaída alcoólica no pós-transplante (EGAWA et al, 2014; PFITZMANN et al, 2007).

Observou-se que dos dois prontuários avaliados, os pacientes que encontravam-se em processo de avaliação para inscrição em lista de transplante e faziam uso de alguma substância psicoativa e/ou apresentavam questões de saúde mental, apenas um deles não foi inscrito em lista de espera. De qualquer forma, é válido refletir acerca dos critérios estabelecidos e a atuação do Assistente Social, destacando que esses critérios, sistematizados em diretrizes e portarias (Bacal et al., 2009; Brasil, 2002; Vieira et al., 2007; Warwar & Boin, 2012), estão: estar em abstinência do álcool no mínimo há seis meses antes do transplante e não voltar a beber após a cirurgia.

Por sua vez, o assistente social é um profissional que deve desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano (PEREIRA, 2018).

Nesse sentido, no que diz respeito às intervenções realizadas pelo Assistente Social, nos dois prontuários avaliados constavam registros referente à articulações junto a rede intersetorial, mais especificamente com o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, bem como discussões com a equipe do transplante hepático.

Observa-se então, a importância do Assistente Social incluir as equipes multiprofissionais e alinhando-se à perspectiva do seu projeto profissional, buscando romper com as históricas práticas embasadas na exclusão dos usuários de drogas, através de uma ação

consciente e reflexiva:

Assim, aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper – através do trabalho e das relações sociais – com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, conquistar. (VASCONCELOS, 2006, p. 243).

Além disso, observou-se que nos dois prontuários, da mesma forma, também constavam encaminhamentos por parte do/a Assistente Social do Programa de Transplante Hepático, no sentido de discussões com a Assistente Social do Programa de Adição do HCPA, bem como sugestão de consultoria à psiquiatria, para aquele que apresentou histórico de doença mental.

Essa articulação, em consonância com Marques e Ramalho (2007), entende que a ação interdisciplinar proporciona aos profissionais da equipe condições de discutir e opinar em relação ao trabalho desenvolvido, garantindo que não haja sua fragmentação nem atitudes de exclusividade, em que um profissional assume o trabalho só para si, mas que haja um trabalho em conjunto.

Percebe-se, portanto, o desafio ao profissional Assistente Social, especialmente em decorrência da contradição existente diante da exigência do tempo de abstinência àqueles pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, com vistas à inclusão em lista de espera para transplante e sua atuação. Destaca-se que esse desafio é permeado pela realidade de uma grande diferença entre o número de lista de espera de pacientes para transplante hepático intrínseco à insuficiência da doação de órgãos.

Nesse sentido, reafirma-se a importância da atuação do/a Assistente Social pautada em seu projeto ético político, pela defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, sendo necessário a contínua qualificação dos profissionais que atuam com essa demandas, considerando que:

O fenômeno do consumo de psicoativos pode se configurar como conteúdo transversal que incide sobre demandas, requisições ou normas institucionais cotidianas, das quais a/o assistente social participa. Por isso, independentemente da área de atuação profissional, cabe à/ao assistente social contribuir com a superação de preconceitos e de perspectivas moralizantes, que contribuem para a violação de direitos das/os usuárias/os de psicoativos. (CFESS, 2016)

Diante do exposto, reafirma-se o compromisso dos Assistentes Sociais com os princípios éticos políticos da categoria, onde, por meio de sua atuação no cotidiano profissional, é necessário manter-se vigilante para desconstrução de ações institucionais que possam vir a ser preconceituosas, reducionistas e carregadas de estigmas que permeiam ainda o uso e aos usuárias/os de psicoativos.

6 CONCLUSÃO

É evidente que a articulação com a rede intersetorial e socioassistencial, a partir da intervenção do/a Assistente Social no decorrer da Avaliação Pré Transplante Hepático, se concretiza de forma propositiva, onde, em suas diversas atividades, o/a profissional realiza encaminhamentos visando estabelecer ou restabelecer o paciente e seus familiares a condição de sujeitos de direitos, configurando-se assim como instrumento importante para a consolidação da cidadania.

Portanto, percebe que para além do objetivo em avaliar a inscrição em lista de espera com vistas ao transplante hepático, o/a profissional Assistente Social, a partir da reflexão crítica, busca a compreensão do contexto sócio-histórico em que está inserido o paciente, visando contribuir com a totalidade da democratização dos direitos sociais.

Como mencionamos anteriormente, em decorrência dos cuidados necessários que surgem a partir da indicação do paciente ao transplante hepático, é necessário o acompanhamento contínuo do familiar no decorrer do processo pré transplante. Podemos dizer, portanto, que o transplante exige o empenho daqueles cercam o paciente, tanto durante o período de internação hospitalar, quanto nos cuidados no pós-transplante e possíveis intercorrências.

Ressalta-se que tanto a preparação para o transplante quanto os cuidados necessários após a cirurgia são complexos e exigem do receptor e da família colaboração e entendimento, assim como parte da equipe multiprofissional as orientações importantes de modo igual ao cuidador.

Considerando tal complexidade, é exigido por parte da equipe do transplante hepático uma pessoa de referência no cuidado do paciente, especialmente, algum membro da família. Nesse contexto, o/a Profissional Assistente Social tem a oportunidade de reforçar o entendimento de família ampliada junto à equipe multiprofissional, da mesma forma, tem como possibilidade desconstruir possíveis concepções conservadoras, que possam a vir a impedir a inscrição em lista de espera com do paciente ao transplante hepático.

Outra questão que permeia a exigência do familiar no acompanhamento que envolve o transplante hepático, está a responsabilização da mulher diante dos cuidados necessários. Nesse sentido, identifica-se a importância do/a Profissional Assistente Social em romper possíveis visões que seguem as construções sócio históricas referente às desigualdades construídas nas relações sociais e são ainda vigentes como reflexo da construção de uma sociedade patriarcal, na qual a figura da mulher continua sendo identificada muitas vezes como responsável, sob a justificativa dos “atributos femininos” serem mais adequados para as tarefas que envolvam o ato de cuidar.

As condições habitacionais vivenciadas pelos pacientes que encontram-se em processo de avaliação pré transplante, incluem-se nos aspectos a serem considerados na avaliação social, especialmente o que diz respeito ao acesso à água tratada, luz elétrica e rede de esgoto, considerando-se fatores importantes aos pacientes que serão submetidos a cirurgia de transplante.

Percebe-se que 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 organismo muito reduzidas em função dos medicamentos imunossupressores e estando mais suscetível a contrair doenças infecto-contagiosas.

Nesse sentido, é importante a reflexão acerca da fragilidade das Políticas Sociais. Por conta disso, o paciente que encontra-se em condições habitacionais insuficientes para garantia do procedimento cirúrgico proposto, necessitará buscar outro local de moradia, priorizando a sua proteção no decorrer do processo pré e pós transplante, o que além do impacto à organização familiar para tal, apresenta o mesmo na situação socioeconômica da família.

As questões que envolvem a avaliação social pré transplante e as demandas que surgem a partir do uso de substâncias, nos atenta para a importância da qualificação contínua do/a profissional Assistente Social nesse enfoque. Além do suporte da bioética para intervir junto com o Serviço Social nas situações em que se encontram como impedimentos à inscrição em lista de transplante, considerando, principalmente, que essa é a última alternativa terapêutica possível.

Destaca-se como desafio ao profissional Assistente Social, as questões que envolvem a exigência do tempo de abstinência aos pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, no que diz respeito à inclusão em lista de espera para transplante, considerando a grande diferença do número de lista espera para transplante hepático e a insuficiência da doação de órgãos.

Observou-se, portanto, o investimento assistencial prestado aos pacientes por parte da equipe multiprofissional, especialmente do/a Profissional Assistente Social, o que fica evidente a partir das número de avaliações com pareceres positivos, uma vez que dos 26 pesquisados, 21 obtiveram como parecer a liberação para inscrição em lista de espera.

Evidencia-se a importância da atuação do/a Assistente Social junto ao Programa de Transplante Hepático, considerando que foram identificados aspectos sociais que apresentavam riscos ao paciente, no que diz respeito à inscrição em lista de espera para transplante e, a partir da intervenção do/a Assistente Social, em apenas um esse risco não foi revertido.

É importante ressaltar que as Expressões da Questão Social podem e costumam se sobrepor, apresentando-se, muitas vezes, de forma articulada, podendo repetir-se ou transformar-se em novas dificuldades ao paciente do transplante hepático e seus familiares. Dessa forma, considerando as Expressões da Questão Social como objeto de trabalho do Assistente Social, novas demandas surgem para a intervenção do Assistente Social.

Nesse sentido, é válido reforçar que diante da contraindicação para inscrição em lista de espera com vistas ao transplante hepático, é importante um parecer articulado entre a equipe multiprofissional, não cabendo a decisão e registro em prontuário como uma decisão, ou indicação isolada do/a profissional Assistente Social.

Por fim, destaca-se a importância de aprofundar os estudos acerca dessa temática, buscando dar visibilidade ao trabalho do/a Assistente Social às possibilidades e desafios junto às equipes de transplante.

REFERÊNCIAS

Abrunheiro LMM, Perdigoto R, Sendas S. Avaliação e Acompanhamento Psicológico Pré e Pós-transplante hepático. **Psicol., Saúde e Doença**. 2005; 6: 139-49.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO. **Centros de Transplante, 2017**. Disponível em: <[https://site.abto.org.br/transplantes/centros-de-transplantes/?estado=todos orgão=todos](https://site.abto.org.br/transplantes/centros-de-transplantes/?estado=todos%20orgao=todos)>. Acesso em: 10 de outubro de 2021.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS (IHRA). **O que é redução de danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres, 2010.

ALMEIDA, M. M. et al. Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. **Revista PsiCO**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 110-117, 2010.

ANTON, M. C. & PICCINIMI, C. A. (2010). **O Impacto do Transplante Hepático Infantil na Dinâmica Familiar**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/mCWGHTZh3nvxrijyHqbscsh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

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

BIDLOWSKI, C. R. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! In: **Revista Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo: v. 1, n. 1, jan - abr, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em 8 de outubro de 2021.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm>. Acesso em 08 de outubro de 2021.

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 tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm>. Acesso em 11 de outubro de 2021.

BRASIL. **Lei Federal nº 8080, de 04 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transplante e Doação de Órgãos**. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt>> Acesso em 11 de agosto de 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS/SUAS)**. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 55 de 24 de fevereiro de 1999**. Diário Oficial da União, Brasília–DF, 1999. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Disponível em:

<<https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/norma-operacional-basica-suas-2005.pdf>>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

CARVALHO, Raul de & IAMAMOTO, Marilda. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

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 8 de outubro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **O trabalho do Assistente Social no combate ao preconceito, o estigma do uso de drogas**. CFESS, 2016. Disponível em:

<<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

COSTA, Francilene S. d. M. **Instrumentalidade do Serviço social: dimensão teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa e exercício profissional**. Dissertação (Mestrado), 2008.

CRESS-PR, Orienta. **O que as/os assistentes sociais precisam saber sobre o estudo socioeconômico e atestado de pobreza**, 2017. Disponível em:

<<https://cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/cress-orienta-atestado-pobreza-e-estudo-socio.pdf>>. Acesso em: 11 de outubro de 2021.

Egawa, H., Nishimura, K., Teramukai, S., Yamamoto, M., Umeshita, K. ... Uemoto, S. (2014). Risk factors for alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic cirrhosis in Japan. **Liver Transplantation**, 20, 298–310.

FÁVERO, E. T. O. Estudo Social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: **CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org.)**. O Estudo Social em Perícias, Laudos e Pareceres Técnicos: contribuição para o debate no judiciário, penitenciário e previdência social. São Paulo: Cortez, p. 9-47, 2004.

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

GROSSINI, M. G.; HOFFMEISTE, M. **Transplante hepático infantil: as contra indicações trabalhadas pelo serviço social no processo de avaliação junto às equipes de transplante**. Porto Alegre: Revista HCPA, 1998; 18 (3).

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. In **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.

_____. A propósito da instrumentalidade do Serviço Social. In. **Debates Sociais**. Rio de Janeiro: n. 63 e 64, CBCISS & ICSW, 2004.

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 34 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana, BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa Documental na Pesquisa Qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD - Universidad Nacional Abierta y a Distancia**, Bogotá, jul/dez. 2015. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/386285875/Kripka-Scheller-e-Bonotto-2015-Pesquisa-Documetal>>. Acesso em 8 de outubro de 2021.

MACHADO, Edilene B. **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.

MARQUES, Maria Therezinha Corrêa; RAMALHO, Marilena Pinto. Os movimentos ecológicos e a interdisciplinaridade. In: SÁ, Jeanete L. M. (Org.). **Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 2007.

MARQUES, A. A. **Plantão Social no Ambulatório de Especialidade do Hospital Universitário: Uma análise das demandas sociais**. 2016. 53 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em serviço social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

MINAYO, Maria Cecília. (Org). Pesquisa Social: **Teoria, Método e Crítica**. 21^a ed - Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 8 de outubro de 2021.

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.

MOREIRA, F. G. et al. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, [S.l.], vol.11, n.3, p.807-816, set.2006.

NARCISO, A. M. S.; MEDINA, M. L. M.; PEREIRA, M. T. M. A. **Plano de ações do serviço social HU/HC na epidemia de aids**. Hospital Universitário. Divisão de Serviço Social. Londrina. 2005/2006.

NETTO, José Paulo. Razão, ontologia e práxis. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 44, 1994.

NEVES, Marília Nogueira. **Rede de Atendimento social: Uma ação possível?**. Revista da Católica, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009. Disponível em: <www.catolicaonline.com.br/revistacatolica>. Acesso em 12 de fevereiro de 2022.

NOGUEIRA, V. M. R. MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, E. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 218-241.

OLIVEIRA, A. P. B. (Orgs). **Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento**, 2016. J Bras Nefrol. 38(4): 411-420. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/jbn/a/wmYjFp3sZVNRZBHQcS3StDq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

Pfitzmann, R., Schwenzer, J., Rayes, N., Seehofer, D., Neuhaus, R., & Nussler, N. C. (2007). Long-term survival and predictors of relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. **Liver Transplantation**, 13, 197-205.

PEREIRA, Fabiano de Almeida. O trabalho do Assistente Social na Redução de Dados em Relação aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22270>>. Acesso em 12 de outubro de 2022.

RIBEIRO, Carlo. 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/j/csp/a/8YSNyWd8LJSVZQpxJLR6Npf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

SANTOS, Cláudia e NORONHA, Karine. **O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção do assistente social - uma perspectiva crítica**. In. GUERRA, Yolanda e FORTI, Valéria (Org.). Serviço Social: temas, textos e contextos. Coletânea nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

SILVA, M. L. L. da. Um novo fazer profissional. **Cadernos de Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais**. Módulo 4. Brasília: UnB, p. 111-124, 2000.

SOARES, Neto. TELES, J. B. M. ROSA, L. C. S. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 47-52, 2011.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Rev. Kairós**. São Paulo, 2008 p. 49-80.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In. MOTA, A. E. et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO nº __ PRONTUÁRIO: _____

Cor: () branca () negra () parda () indígena () amarela

Sexo: () feminino () masculino

Idade:

Procedência: () Capital () Região metropolitana () Interior () outro Estado

Situação Educacional:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| () analfabeta | () NC |
| () ensino fundamental incompleto | () ensino fundamental completo |
| () ensino médio incompleto | () ensino médio completo |
| () ensino superior completo | () ensino superior incompleto |
| () Ensino Técnico completo | () Ensino Técnico incompleto |

Situação conjugal: () solteira () casada () união estável () união não formalizada

Reside: () sozinho () com familiar () outros

Inserção no mercado: () formal () informal () desempregado

Renda familiar total: () 0 a 1 sm () 2 a 3 sm () 4 a 8 sm () acima de 8 sm

Benefício previdenciário: () Auxílio Doença () Aposentadoria _____

() Pensão () BPC () Bolsa Família () Não possui

Rede de Suporte Social:

- | | |
|------------------------|--------------------|
| () Prefeitura | () CRAS |
| () Centro Comunitário | () CREAS |
| () Igreja | () UBS/ESF/USF/US |
| () ONG | () Outros |

Acesso à medicamentos: () SUS () Estado () compra () não faz uso

Deslocamentos para consultas e exames: () veículo próprio () veículo da prefeitura

() veículo de familiares () transporte coletivo () particular

Situação Habitacional: () moradia própria () moradia alugada () moradia cedida

Saneamento Básico: () água encanada regular () água encanada irregular () luz elétrica regular () luz elétrica irregular

Hábitos em relação ao uso de bebida alcoólica, tabagismo e outras drogas: () sim () não

Expressões da Questão Social Identificadas: () sim () não

Caso sim, quais:

Quais os instrumentais utilizados:

- () Visita Domiciliar
() Articulação com a rede de suporte familiar
() Discussão em Equipe
() Articulação com a rede de suporte social:
() Assistência Social () Previdência Social () Defensoria Pública () TFD
() Outros

Identificadas Expressões da Questão Social que impediam a inscrição em lista:

() sim () não

Revertido o risco, após a intervenção do Assistente Social: () sim () não

Paciente incluído em lista de espera para transplante hepático: () sim () não

Caso não, motivo:
