



INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AO NÚCLEO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HU/UFSC

LOPES, Analu dos Santos¹
SILVA, Débora Cristina da²
GRAMS, Nathalia³
BURLIN, Andreia⁴

RESUMO: O presente artigo tem o objetivo apresentar como se organiza o serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e a materialidade da intervenção de Assistentes Sociais. A conjuntura atual se direciona para implementação da agenda neoliberal que vai em detrimento da universalização do acesso aos direitos e das conquistas da classe trabalhadora. A presente reflexão demonstra a necessidade de profissionais críticos que se posicionem em defesa do projeto ético político da profissão que vai na contramão dos projetos societários ditados pelo capital. A discussão teve como base as dimensões dos processos técnico-operativos.

PALAVRAS-CHAVE: Assistente Social; Processos técnico-operativos; Transplante Hepático.

1. INTRODUÇÃO:

O Transplante Hepático compõe a Política Nacional de Transplante de Órgãos e Tecidos regulamentado pelas legislações nº 9.434/97 e nº 10.211/2001, é ofertado para a manutenção da sobrevida e indicado em todas as fases de desenvolvimento da vida humana. As Orientações ao usuário Candidato ao Transplante de Fígado especificam que “Qualquer pessoa cuja vida está seriamente comprometida por uma doença hepática grave e irreversível pode ser candidato ao transplante hepático,

¹ analu.ep@gmail.com, mestranda Departamento de Serviço Social Universidade Federal de Santa Catarina.

² dehboracs89@gmail.com, residente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Alta Complexidade HU/UFSC.

³ naty_grams@hotmail.com, residente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Alta Complexidade HU/UFSC.

⁴ andreiaburlin@hotmail.com, Assistente Social no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.



depois de esgotadas todas as demais alternativas de tratamento clínico e cirúrgico” (UFSC, 2012).

Para a efetivação desse serviço a Portaria nº 3407 de 05 de agosto de 1998 estabelece a necessidade de uma equipe multidisciplinar, articulada com o objetivo de atender as especificidades do indivíduo. Esta equipe é composta pelas seguintes especialidades: enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, serviço social, psicologia e odontologia.

Por meio do Núcleo de Transplante Hepático (NTH) do Hospital Universitário (HU/UFSC), criado a partir da Política Nacional de Transplante de Órgãos e Tecidos, foi possível ampliar a estrutura de serviços ofertados pelo Estado de Santa Catarina. O HU/UFSC começa realizar o procedimento de Transplante Hepático no ano de 2011, após treinamento em parceria com o Hospital Santa Isabel, de Blumenau, referência nacional em transplante de fígado. (UFSC, 2011).

Os atendimentos pelo serviço ofertado pelo NTH aos usuários ocorrem nas etapas de pré e pós-operatório e, neste ínterim, o profissional Assistente Social busca viabilizar o acesso a rede de proteção social na garantia do direito à sobrevivência auferida pela Política de Órgãos e Tecidos.

2. Fluxo de Atendimento do Núcleo de Transplante Hepático

O HU/UFSC possui gestão vinculada a Universidade Federal de Santa Catarina e atua em duas frentes, sendo a primeira educação, que se divide em ensino, pesquisa e extensão, e a segunda, que incide na oferta de serviços de alta complexidade em saúde. Dentro desta perspectiva, possibilita, por meio da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS, um espaço riquíssimo de formação e especialização multiprofissional em saúde, que se dá por meio da educação em serviço, sob a supervisão de preceptores e tutores.

Um dos campos de atuação da Residência Multiprofissional se constitui no Serviço de Transplantes do Hospital Universitário, onde, por sua vez, é possível analisar e acompanhar o fluxo de atendimentos do Núcleo de Transplante Hepático.



A principal porta de entrada do serviço é o ambulatório de gastroenterologia via Central de Regulação de Leitos. Contudo, o acesso também acontece pela Emergência Geral do Hospital Universitário, encaminhamento via Tratamento Fora de Domicílio (TFD)⁵ e porta de entrada “privada”.

A partir do acesso ao NTH, são agendadas consultas com a equipe médica do serviço que é formada por profissionais estatutários e residentes. Nessa etapa são requeridos exames e a partir dos resultados é identificado o MELD⁶, conseqüentemente, esse sistema de pontuação indicará o plano terapêutico recomendado para o usuário.

Se a alternativa identificada pelo plano terapêutico for o procedimento de transplante hepático, esse usuário é encaminhado a equipe multidisciplinar. Os profissionais, que compõem essa equipe, conforme já identificado acima, iniciam suas intervenções objetivando identificar as possibilidades, dentro de suas especificidades, da realização do procedimento, perpassando as avaliações no âmbito biopsicossocial.

Conforme o Manual do Transplante Hepático do NTH/UFSC (2011) e organização do serviço, são realizadas visitas domiciliares, normalmente pelo Serviço Social e Enfermagem, com o objetivo de avaliar as condições sanitárias e sociais da família, pois esse usuário e sua família necessitarão de uma organização mínima para conseguir efetivar o plano terapêutico.

A identificação do cuidador (acompanhante) é de extrema relevância para todos os membros da equipe, pois após o transplante esse usuário demandará cuidado em tempo integral nos primeiros meses após o procedimento cirúrgico. Embora toda equipe identifique essa necessidade, a intervenção é demandada e identificada como função do profissional Assistente Social.

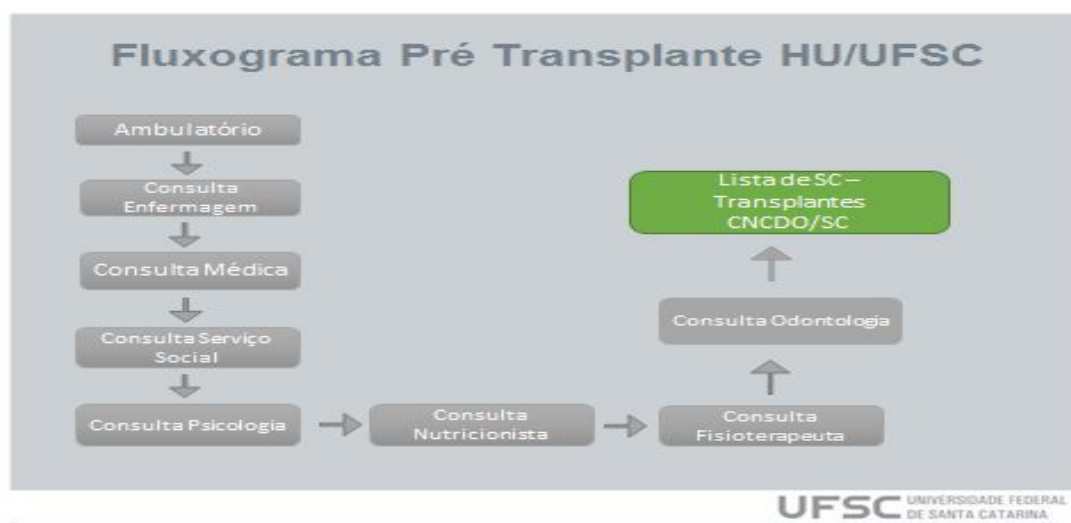
Após avaliação de todos os profissionais, tanto pode ser identificada a possibilidade do procedimento cirúrgico de transplante hepático, como pode ser

⁵ O Núcleo recebe usuários de diversas localidades do Estado, esse fluxo é organizado para usuários que residem próximo à capital, 100 km. Para usuários que residem fora dessa margem de distância o fluxo será diferenciado a partir do momento que o usuário entra em ranque de transplante, conforme será apresentado à frente.

⁶ A escala **MELD** ou Modelo para Doença Hepática Terminal, do inglês Model for End-Stage Liver Disease, é um sistema de pontuação, através de exames realizados, para avaliar a gravidade da doença hepática crônica. Ela utiliza os valores do paciente de bilirrubina sérica, creatinina sérica e índice internacional normalizado (INR) para predizer sobrevida.



negado o procedimento. Para definição do plano terapêutico a ser seguido são realizadas reuniões de equipe, onde todos apresentam seus pareceres técnicos, e indicam quais serão as intervenções, dentro das suas especialidades, necessárias para dar prosseguimento. Abaixo podemos observar a sistematização do fluxo de pré-operatório:



(Fluxograma de atendimentos HU/UFSC - 2017)

Avaliado por todos os profissionais, o usuário é encaminhado ao banco de sangue do HU, onde é sensibilizado a mobilizar sua rede de sociabilidade para doação de sangue. Salvo os casos onde identifica-se questões culturais e religiosas.

Conclusa toda essa primeira etapa o usuário é inserido em lista de receptores ao transplante⁷. Essa lista é única, e subdivide-se em seu interior em quatro grupos,

⁷ Para usuário que reside mais de 100KM de distância de Florianópolis e encontra-se nas primeiras colocações do ranque para transplante, por indicação da equipe médica, é indicada a permanência próxima ao Núcleo. Para essas situações a equipe de Assistente sociais busca viabilizar o acesso ao TFD que prevê o pagamento de diárias (alimentação e pernoite) ao “paciente” e acompanhante, totalizando um valor mensal de \$1.500,00. Nesse ínterim observa-se que: municípios não possuem organizado o custeio para pagamento desse direito, situação que a judicialização é uma alternativa; municípios que concedem o pagamento somente após a efetivação do tratamento; a terceira situação, são de famílias que mesmo com acesso ao TFD, não conseguem custear as despesas. Diante dessa situações às famílias buscam algumas organizações as quais foram possível de identificar: contam com a rede de sociabilidade, quando essa reside próxima a região de Florianópolis; famílias com condições financeiras alugam residência, próximo a região, pagam cuidadores profissionais no período indicado para o tratamento; e algumas famílias, por apresentarem vulnerabilidade socioeconômica, é viabilizado encaminhamento ao terceiro setor através de voluntários que



regulamentados pelo tipo sanguíneo ABO. Para efetivar-se a doação do órgão, o doador deve apresentar características semelhantes ao receptor, como: altura e peso, além do fator sanguíneo, abrindo uma margem de vinte por cento a mais ou a menos de ambos sujeitos. Esses dados são cruzados pela Central de Transplantes que notificará o serviço quando encontrar doador e receptor com características semelhantes.

Confirmado o Transplante, a enfermeira do serviço que está no momento de sobreaviso, aciona o usuário que tem o prazo de até três horas para chegar ao HU, esse é internado, realizado todos os exames (aqui pode ser recusado o transplante, pois depende das condições clínicas do usuário), passa pelo acolhimento dos profissionais da equipe e procedimentos pré-cirúrgicos. Concomitantemente, acontece a captação, e só será garantido a efetivação o procedimento após o cirurgião avaliar o órgão do doador, situação que impossibilita o transplante, mesmo se o usuário já estiver internado.

A cirurgia dura em média de oito a doze horas, sendo repassado aos familiares, que aguardam em sala de espera, o andamento do procedimento, em algumas situações psicólogos e assistentes sociais são chamados para acompanhamento dos aos familiares. Após a cirurgia, o usuário é encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) permanecendo em média de três a cinco dias. Com a alta confirmada da UTI, o usuário é encaminhado para leito de clínica cirúrgica que é isolado para permanência do transplantado e acompanhante, a internação se dá em média de quinze a vinte dias⁸.

Após a alta hospitalar, o usuário e acompanhante, devem permanecer até 100 km de distância do hospital, para que continuem realizando acompanhamentos semanais, no mínimo por sessenta dias. Sendo assim, a equipe de medicina autoriza o retorno para casa, somente para usuários que residem nessa margem de

cedem sua casa no período de tratamento. Para esse último caso, são organizados transporte do Hospital Universitário para deslocamento em consultas e atendimentos solicitados pelo serviço. Em média o período que permanecem fora de suas residências varia entre quarenta e cinco a sessenta dias.

⁸ Os prazos de permanência na UTI e Unidade de Internação Cirúrgica dependem do estado clínico e recuperação de cada paciente, podendo exceder o tempo citado.



deslocamento, retornando para as consultas médicas, situação que também pode oscilar, pois em alguns momentos necessita reincidir em internações.

Passados os seis primeiros meses, a maioria dos usuários conseguem retornar às atividades laborativas e cotidianas, permanecendo em acompanhamento, especificamente, com equipe de medicina.

Portanto, perpassar por esse fluxo é deparar-se com políticas públicas focalizadas, seletivas que possuem a organização centrada no modelo de família nuclear. Ademais famílias e usuários são sobrecarregadas e tecnicizadas para exercer as atividades repassadas pelo serviço, situação que impacta diretamente na organização e dinâmica familiar. É nesse contexto que a intervenção do profissional Assistente Social pode confirmar práticas responsabilizadoras ou viabilizar criticamente um acesso universal a famílias e usuários que percorrem o fluxo da sobrevida auferida pelo transplante hepático.

3. Intervenção do Assistente Social

O Assistente social compõe a equipe multiprofissional do NTH/UFSC, sendo uma Assistente Social contratada que atua há seis anos e duas profissionais residentes. A intervenção dessas profissionais se organiza nas etapas de pré e pós-operatório, onde acompanham sistematicamente o usuário candidato ao transplante hepático e sua família. Conforme Sarti, (1994), família pode ser compreendida da seguinte forma:

Sua delimitação não se vincula à pertinência a um grupo genealógico e a extensão vertical do parentesco restringe-se àqueles com quem convivem ou conviveram, raramente passando dos avós. O uso do sobrenome para delimitar o grupo familiar a que se pertence, recurso utilizado pelas famílias dos grupos dominantes brasileiros para perpetuar o status (e poder) conferido pelo nome de família, é pouco significativo entre os pobres. Como não há status ou poder a ser transmitido, o que define a extensão da família entre os pobres é a rede de obrigações que se estabelece: são da família aqueles com quem se pode contar, isto quer dizer, aqueles que retribuem ao que se dá, aqueles, portanto, para com quem se tem obrigações. São essas redes de obrigações que delimitam os vínculos, fazendo com que as relações de afeto se desenrolem dentro da dinâmica das relações (...). (Sarti, 1994 p. 114).

Nesse sentido, a intervenção junto a família é determinada por aqueles com quem o usuário identificar que “pode contar”, portanto, não se restringe ao núcleo familiar ou a laços consanguíneos. Refletir sobre a intervenção do Assistente Social no



Núcleo de Transplante Hepático é ter entendimento das mudanças societárias que atingiram as famílias em diferentes momentos históricos e que alteram significativamente a concepção de família. Essas mudanças podem ser observadas nos resultados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) família nuclear deixa de ser hegemônica, mas esse modelo é o protótipo para o planejamento e execução das políticas sociais.

A intervenção do Assistente Social junto a equipe tem como objetivo atender as necessidades sociais geradas pelo processo de saúde/doença do usuário e família buscando viabilizar o acesso a rede de proteção social.

Sendo assim, o primeiro contato do Assistente Social com o usuário candidato ao transplante hepático inicia-se no período do pré-operatório, a primeira intervenção se organiza a partir de uma entrevista com o usuário em que é apresentado o serviço, as atribuições do profissional na equipe, e conseqüentemente, o profissional acaba conhecendo a dinâmica e como se organizam as relações familiares, comunitárias e laboral deste.

As demandas que inicialmente emergem, ocorrem para viabilizar o acesso a política previdenciária, as quais se concretizam a partir de orientações, encaminhamentos, articulação e emissão de pareceres para Política de Previdência Social. O Benefício de Prestação Continuada é o que necessita maior articulação e organização por parte das profissionais.

Outra demanda recorrente e expressiva é a articulação e emissão de pareceres para acesso ao TFD, pois muitos municípios desconhecem esse direito, sendo comumente solicitado pelas assessorias jurídicas dos municípios um parecer em relação a esse direito. Contudo, mesmo passando por essa burocracia, alguns municípios garantem esse direito apenas após o término do tratamento do usuário ou em casos mais extremos a demanda é judicializada.

As ações sócio emergenciais, segundo Mioto e Nogueira (2009), encontram-se mais no âmbito das internações, efetivando-se a partir da concessão de alimentação, fornecimento de roupas e kit higiene e fornecimento de pecúnia. Salienta-se que quando identificado que a situação do usuário e família perpassam a lógica e necessidades emergenciais, as profissionais articulam e encaminham pareceres à rede de proteção social.



Toda essa organização acontece em dimensões objetivas, onde necessita articular, organizar, orientar e construir estratégias para percorrer por questões burocráticas e viabilizar direitos, ocorrendo a articulação das dimensões dos processos sócioassistenciais, processos de planejamento e gestão e processos políticos organizativos.

Nesta etapa é necessário um posicionamento crítico, pois tanto é possível direcionar para uma intervenção onde família e usuários sejam responsabilizados, sem avaliar as possibilidades e limites para efetivar o cuidado, ou por defender e se posicionar em defesa da universalização do direito.

Nesse âmbito, a intervenção tenciona-se e é delicada, de um lado encontra-se a família e de outro os demais membros da equipe que compreendem a responsabilidade da família no processo de saúde/doença. A intervenção do Assistente Social é fundamental para que a família não seja demandada a partir da imposição do cuidado gerando responsabilização do cuidado. Os limites perpassam a lógica objetiva como a dificuldade em conciliar o tempo de trabalho ao cuidado necessário e atingem os patamares subjetivos de conflitos intrafamiliares e ausência de vínculos que estão arraigados a construção de vida desses sujeitos.

Outrossim, as Assistentes Sociais junto a equipe participam da construção de fluxos, levantamentos de dados, reuniões em equipe, reuniões intersetoriais, articulação da rede de proteção, participam de campanhas preventivas e atividades de divulgação do serviço e as funções de preceptoria realizada pela profissional contratada, estas atividades se materializam na gestão do serviço.

Portanto, refletir a intervenção do profissional a partir dos processos técnico-operativos, permite visualizar as potencialidades, limites e possibilidades da atuação do Assistente Social junto ao NTH. Da mesma forma, contribui com intervenções que se direcionam para emancipação política em detrimento à seletividade, focalização e responsabilização de famílias e indivíduos em serviços apoiadas pela proposta familista de proteção social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:



Neste artigo procurou-se refletir sobre a atuação dos assistentes sociais a partir dos processos organizativos encontrados no serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, problematizados, por meio de uma reflexão referente às dimensões dos processos técnico-operativos.

Utilizou-se como premissa, pesquisadores que dialogam sobre a intervenção do assistente social no âmbito da saúde, arcabouço legal do serviço e documentos de gestão. Neste sentido, foi possível visualizar como se organiza a intervenção das profissionais no serviço, identificar onde encontram os limites, as potencialidades e os desafios impostos à profissão.

A conjuntura atual é determinada pela implementação da agenda neoliberal indo em detrimento da universalização do acesso aos direitos e das conquistas obtidas pela classe trabalhadora. Essa ofensiva se repercute no cotidiano dos serviços, sendo de extrema necessidade profissionais cada vez mais capacitados, críticos que se posicionam contrários ao projeto societário que o capital determina, conseqüentemente, em prol da defesa do projeto ético político da profissão e Projeto de Reforma Sanitária.

Por fim, salienta-se a escassez de referencial teórico a respeito da área temática específica, a intervenção do Assistente Social em serviços de transplante hepático, indicando um campo a ser explorado, elucidando, dando ênfase a intervenções que busquem a emancipação política.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Presidência da República. **Lei 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. Brasília, 1997.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2011**. 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" Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Transplante**. Brasília, 2003. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: 05/07/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3407 de 05 de agosto de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a



Coordenação Nacional de Transplantes Portaria. Publicada no D.O. Nº 149 de 06 de agosto de 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Levantamento de necessidades na assistência em saúde de média e alta complexidade (MS) define média e alta complexidade em saúde.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 06 /07/2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores sociais.** Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidad_e_2013/pdf/ambos_pdf.pdf> Acesso em 22/06/2017.

MIOTO, R.C.T; NOGUEIRA, V.M.R. **Serviço Social e Saúde – desafios Intelectuais e operativos.** Ser Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221 - 243, jul./dez.2009. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/374/227>. Acesso em: 10/05/2017.

RBT. **Registro Brasileiro de Transplantes. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** São Paulo, p. 1-21. Julho 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/rbt2015-1sem-lib2907.pdf>>. Acesso em: 05/07/2017.

SARTI, Cynthia. **A Família como espelho:** um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo. São Paulo, 1994. Tese de Doutorado. Tese (dout.) FFLCH/USP.

Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Manual do Candidato ao Transplante Hepático.** Florianópolis. 2011.

Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Notícias da UFSC; **Hospital Universitário está preparado para segundo transplante de fígado.** 05/12/2011. Disponível em: <<http://noticias.ufsc.br/2011/12/hospital-universitario-esta-preparado-para-segundo-transplante-de-figado/>> Acesso em: 05/07/2017.

Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Fluxograma de atendimentos HU/UFSC.** Versão preliminar. Florianópolis, 2017.