

## **Serviço social e transplante cardíaco: os desafios da intervenção profissional**

### **Social work and heart transplantation: the challenges of professional intervention**

DOI:10.34119/bjhrv6n2-107

Recebimento dos originais: 24/02/2023

Aceitação para publicação: 17/03/2023

#### **Débora Silva de Freitas**

Mestranda em Política Social pela Universidade de Brasília (UNB)

Instituição: Ministério da Saúde

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G

E-mail: defreitas.debora@hotmail.com

#### **Thayná Rani Oliveira Moreira**

Especialista em Assistência Social e Saúde Pública pela Faculdade Unyleya, Especialista em Formação de Educadores em Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Instituição: Instituto de Cardiologia e Transplantes (ICTDF)

Endereço: Setor HFA, S/N

E-mail: thayna.servicosocial@gmail.com

#### **Solange Julia Silva Steytler**

Especialista em Saúde do Adulto com ênfase em Atenção Oncológica pelo Hospital Universitário de Brasília (HUB – UNB), Pós-Graduação Lato Sensu em Cuidados Paliativos pela Faculdade Unyleya

Instituição: Instituto de Cardiologia e Transplantes (ICTDF)

Endereço: Setor HFA, S/N

E-mail: solangesteytler@hotmail.com

#### **Lilian de Oliveira Argôlo Vaz**

Especialista em Assistência Social e Saúde Pública pela Faculdade Unyleya  
Instituição: Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal (ICTDF)

Endereço: Setor HFA, S/N

E-mail: lilian.argolo@gmail.com

#### **Damarens Cintia Santos**

Especialista em Política Social e Gestão de Serviços Sociais pela Faculdade Unyleya

Instituição: Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB)

Endereço: AENW 3, Lote A, Setor Noroeste - DF

E-mail: damarescintia@gmail.com

#### **RESUMO**

Esse relato de experiência tem como objetivo descrever a atuação do Serviço Social no programa de Transplante Cardíaco no Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal, baseado no protocolo de avaliação social do Serviço Social, a partir da perspectiva do conceito ampliado de saúde. Dessa forma, descreve o processo de avaliação social no transplante cardíaco, o referencial teórico adotado e a inserção do Serviço Social na equipe

multiprofissional. Aponta ainda, os desafios evidenciados na atuação profissional e a necessidade de avanços quanto à compreensão de integralidade no atendimento em saúde.

**Palavras-chave:** serviço social, transplante cardíaco, avaliação social.

## ABSTRACT

This experience report aims to describe the performance of Social Work in the Heart Transplant program at the Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal, based on the social assessment protocol, from the perspective of the expended concept of health. Thus, it describes the process of social assessment in heart transplantation, the theoretical framework adopted and insertion of Social Work in the multiprofessional team. It also points out the challenges evidenced in their professional performance and the need for advances in understanding comprehensiveness in health care.

**Keywords:** social work, heart transplant, social evaluation.

## 1 INTRODUÇÃO

O relato de experiência que apresentamos aconteceu no Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal - ICTDF, que iniciou suas atividades no Distrito Federal – DF no ano de 2009. O ICTDF é uma instituição filantrópica administrada pela Fundação Universitária de Cardiologia – FUC, com a missão de prestar assistência de excelência em saúde cardiovascular e transplantes, promovendo atendimento humanizado, segurança do paciente e colaboradores, produção e disseminação do conhecimento científico e inovação tecnológica. O hospital atende não só a população do DF, mas várias regiões do Brasil, principalmente Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

O Serviço Social ICTDF iniciou suas atividades desde a concepção do ICTDF. Sua intervenção profissional está voltada na assistência em saúde, por meio da atuação direta ao usuário, sua rede familiar e no planejamento e desenvolvimento de ações nos programas cirúrgicos e transplantes, fortalecendo as dimensões técnico-operativa, ético-político e teórico metodológico do Serviço Social.

Pensar o processo saúde-doença-cuidado evidencia o conceito de saúde ampliado que segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, elaborado em 1947, que define a “saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade”, superando a lógica do modelo biomédico e ressaltando a perspectiva de totalidade do sujeito em que o olhar para o indivíduo é ampliado e o contexto que está inserido, sua visão da realidade é valorizada e se torna parte do processo de tratamento.

A Constituição Federal de 1988 – CF/88 considera a saúde a partir dos fatores determinantes e condicionantes sociais como a alimentação, moradia, acesso ao saneamento

básico, renda, educação, transporte, ao lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Esse conceito enfatiza que a saúde está ligada à organização do serviço que atende o usuário com olhar multiprofissional e pressupõe integração da Política de Seguridade Social com as demais políticas que compõem a própria organização do Estado.

O Sistema Único de Saúde – SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem seus princípios estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde, em 1990, visando garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população conforme o artigo 198 da CF/88. Esse sistema abrange o atendimento na perspectiva da atenção primária (consultas, vacinas, ações de vigilância sanitária) ao atendimento na atenção terciária, como por exemplo, o transplante de órgãos.

O processo de tratamento de doenças crônicas, como as doenças cardíacas, altera a qualidade de vida do paciente e impõe limitação e sofrimentos que ultrapassam o indivíduo e envolve quem está presente em seu convívio, sendo esse familiar consanguíneo ou família extensa, expondo todos ao contexto de mudança e de adequações que o tratamento necessita.

O transplante cardíaco é indicado para pessoas com insuficiência cardíaca avançada e refratária ao tratamento clínico otimizado, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais. O desafio do trabalho com pacientes indicados a transplante cardíaco supera o próprio processo de trabalho uniprofissional e atribui essa atividade profissional a um olhar multiprofissional e preferencialmente interdisciplinar.

Compreendendo a complexidade das diversas realidades e as suas particularidades entende-se que apenas um trabalho uniprofissional não é capaz de realizar uma abordagem integral do sujeito. Para Minayo:

“Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sociohistóricas e culturais de indivíduos e grupos.” (Minayo 1991, p. 71).

O desafio do trabalho interdisciplinar envolve além de uma equipe composta por profissionais capacitados, a dinâmica de construção do processo de trabalho da instituição, como o respeito às diversidades de conhecimento, em uma construção de diálogo horizontal e espaços que permitam a troca de saberes entre os profissionais e o próprio usuário. A interdisciplinaridade em saúde abrange o biológico e o social do sujeito, mas também o próprio sujeito, sua família, comunidade, política social e suas relações e interrelações sob a ótica do conceito ampliado em saúde.

O transplante cardíaco no Brasil, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO (2018), “aumentou 21,4% nesses seis anos, tendo passado de 1,4 pmp<sup>1</sup> para 1,7 pmp, ainda muito distante da necessidade prevista (8 pmp). O DF (11,2 pmp) tem a maior taxa de transplante, seguido por Pernambuco - PE (4,4 pmp).” No ano de 2018, foram realizados 353 transplantes cardíacos no Brasil e o Distrito Federal, com apenas um centro transplantador em atividade, foi responsável por 34 destes transplantes cardíacos, apresentando um percentual de 2,1 pmp, atrás apenas da região sudeste com 2,2 pmp.

Ao relatar a experiência do Serviço Social no tratamento de transplante cardíaco, temos o objetivo de contribuir para a construção de uma intervenção efetiva na garantia de direitos, objetivando a perspectiva da autonomia e protagonismo do paciente e seus familiares no tratamento em perspectiva de integralidade ampliada e intersetorialidade das Políticas Públicas.

## 2 SERVIÇO SOCIAL E TRANSPLANTE CARDÍACO

O Serviço Social é uma profissão reconhecida da área da saúde, tem seus principais marcos legais e normativos nas Resoluções do Conselho de Saúde n. 218 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, e 29 de março de 1999 e os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde que referencia a atuação profissional pautada no Projeto Ético Político do Serviço Social.

Em seu princípio, o Serviço Social na área da saúde, segundo Matos (2017), estava inserido em um contexto de construção de serviço hierarquizado e baseado em pressupostos positivistas, tinha sua inserção na equipe pautada em relação de complementaridade com a atuação voltada para as atividades que o médico “não queria fazer”. Nesse sentido, a intervenção do Assistente Social trabalha demandas de relação entre a empresa e o usuário em uma forma de mediação e com uma visão funcionalista (Bravo, 1996) de alteração comportamental do mesmo, na perspectiva de que uma mudança de hábitos afetaria sua realidade e problemas vivenciados.

Com o rompimento dessa antiga perspectiva e conseqüentemente com o conservadorismo histórico da profissão, a atuação do Serviço Social é pautada em seu Projeto Ético Político (Matos, 2003) que aponta para a construção do exercício profissional comprometido com *justiça social e liberdade* conforme os valores do Código de Ética Profissional de 1993.

---

<sup>1</sup> Partes por Milhão da População

O Assistente Social, em sua práxis profissional, atua nas relações sociais e nas expressões das desigualdades sociais da “questão social”, que (Iamamoto, 2007, p. 177) “se expressa nas desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gêneros, características étnico-raciais e formações regionais”.

Sua atuação e competência são voltadas para a garantia de direitos sociais e na construção e fortalecimento de uma sociedade democrática. Na saúde, o cotidiano da sua ação exige uma intervenção profissional que considera as condições e contradições sócio-históricas e político-econômica do país.

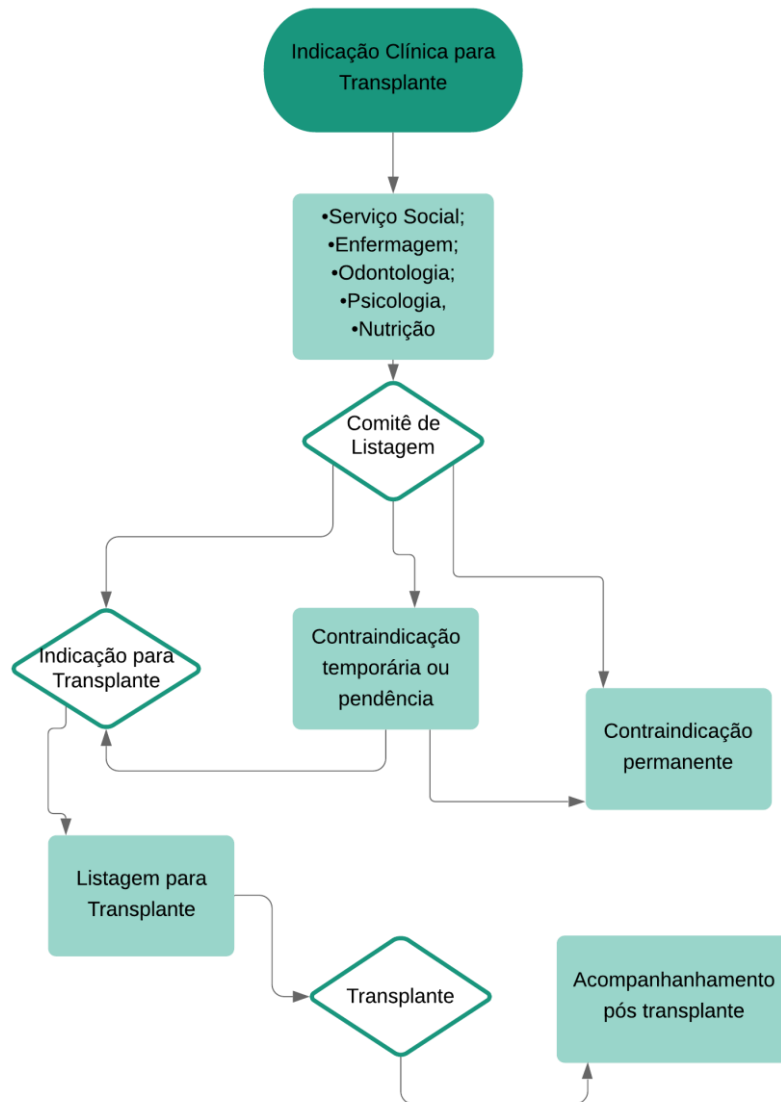
## 2.1 PROCESSO DE AVALIAÇÃO PARA TRANSPLANTE CARDÍACO

Quando iniciamos um tratamento de transplante cardíaco envolvemos mais que um momento cirúrgico, trata-se de um processo complexo e por etapas que provocam mudanças contínuas na vida do paciente e familiar. Nossa experiência na práxis profissional segue os parâmetros e legislações nacionais. A III Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco de 2018 aponta um panorama atual do tratamento transplantador, incorporados à rotina da prática da equipe de transplante, fortalecendo os avanços conquistados na área.

A equipe multiprofissional de transplante do ICTDF é formada pela equipe médica, serviço social, enfermagem, nutrição, psicologia, odontologia, fisioterapia, que atuam na avaliação pré-transplante do potencial candidato a receptor do transplante cardíaco.

Os pacientes com indicação de transplante cardíaco são encaminhados ao ICTDF por meio do sistema de regulação do DF, gerenciado pelo SUS. Esses pacientes podem ser procedentes da região do DF ou de outros estados, encaminhados pelas Centrais de Transplante Estaduais.

Tabela 1: Fluxograma de processo de avaliação para transplante cardíaco



Ao iniciar o processo de Avaliação Social é necessário contextualizar o que entendemos sobre a ferramenta. Lemos (2002) desenvolveu um processo avaliativo dos indicadores sociais, que norteiam a ação profissional juntamente com a Diretriz de Transplante Cardíaco, possibilitando a identificação de fatores sociais que podem representar e interferir no tratamento.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no ICTDF, podemos destacar o atendimento ambulatorial em um ambiente que possibilita o resguardo do sigilo profissional. A estrutura física foi projetada para otimizar o atendimento ao paciente, permitindo que os

usuários tenham acesso aos profissionais, de forma que, via de regra, os atendimentos são previamente agendados.

Todos os pacientes, com indicação para o transplante cardíaco passam pelo processo de avaliação pré-transplante, sendo encaminhados para atendimento com o Serviço Social, que é um processo técnico e científico com caráter avaliativo da realidade social e intervenções de análise conjuntural, postura crítica e propositiva para os pacientes receptores de transplante e seus familiares.

Por meio da entrevista e uso dos demais instrumentos técnico-operativos do Serviço Social, é possível reconhecer os aspectos relacionados ao processo de tratamento, identificar as “*questões sociais*” que interferem no processo saúde-doença do paciente, elaborar junto ao paciente e seus familiares, estratégias de enfrentamento das problemáticas que possam interferir no tratamento, realizar orientações sobre direitos sociais, previdenciários e encaminhar para outras políticas públicas e/ou instituições quando necessário.

Nessa perspectiva, o atendimento do Serviço Social é constituído de intervenções individuais e coletivas. A metodologia utilizada pelo Serviço Social é baseada no trabalho de Lemos (2002) com instrumental de coleta de dados e avaliativo, que é composto por duas partes: perfil sociodemográfico e critérios de elegibilidade.

É importante ressaltar que utilizamos duas formas de registros das informações coletadas. Uma que é de acesso à equipe multiprofissional, no prontuário eletrônico do paciente. Nesse sistema são colocadas apenas informações necessárias, sem uma exposição do usuário, seguindo as orientações do Código de Ética em seu artigo 16, que ressalta: “Em trabalhos multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário”. Outra forma de registro é o prontuário social, onde há um registro ampliado e são mantidas as informações sigilosas do paciente, armazenado em arquivo próprio na sala administrativa do setor de Serviço Social.

Durante o processo de atendimento, investiga-se o impacto das variáveis sociais de forma isolada e conjuntamente, embasando o parecer social em indicado, contraindicado relativo e contraindicado pela equipe multiprofissional. Vale destacar que o parecer social apresenta a classificação de riscos (baixo, médio e alto) para elegibilidade aos programas de transplante.

O tempo de avaliação pode variar dependendo da complexidade (baixo, médio e alto), podendo ser necessários, vários atendimentos para concluir avaliação social e ainda a realização de atendimentos de acompanhamento durante o pré-transplante ou pós.

A participação da família no processo de tratamento é fundamental. O paciente é orientado por toda a equipe multiprofissional a comparecer aos atendimentos, acompanhado de um familiar/cuidador. Vale ressaltar que vivenciamos novas configurações familiares e debates sobre a representatividade legal da família extensa.

O processo inicial de avaliação conta com a entrevista social do receptor de transplante que coletará e analisará os seguintes dados: dados sociodemográficos; identificar valores, crenças, culturas e seus reflexos no tratamento; histórico de acompanhamento da doença, compreensão e adesão do processo de tratamento; composição familiar e mapeamento de rede de apoio sociofamiliar; identificação das condições habitacionais e de acessibilidade ao tratamento; avaliação Socioeconômica familiar.

A entrevista social realizada de forma direcionada aos familiares verifica: dados sociodemográficos; vínculo entre paciente e rede de suporte familiar; compreensão do processo de tratamento; participação no tratamento e cuidado e autocuidado e verifica fatores que possam facilitar ou dificultar o processo de tratamento do paciente e seus familiares. O atendimento com a família trabalha também o processo de organização familiar, voltado para o cuidado e adequações que viabilizem o tratamento proposto, auxiliando pacientes e familiares frente aos conflitos e outras demandas que possam surgir no tratamento.

Além do processo avaliativo, no atendimento com o Serviço Social também é prestado orientação sobre o processo de tratamento, informando e esclarecendo pacientes e seus familiares sobre as fases e fluxos dos programas e tratamentos e seu possível impacto na realidade e cotidiano deles, auxilia a interpretar as normas e rotinas hospitalares e informar recursos disponíveis. Assim como, prestar informações trabalhistas, previdenciárias e assistenciais visando à garantia de acesso aos direitos e a manutenção das necessidades básicas, e encaminhar quando necessário para a rede social disponível.

Caso identificada a necessidade, o paciente segue em acompanhamento com o Serviço Social pelo período necessário para viabilizar o tratamento de forma a minimizar o risco social do tratamento para o paciente e seus familiares.

Ao finalizar o processo de avaliação pré-transplante, o parecer social é emitido e disponibilizado no prontuário eletrônico de uso multiprofissional e no prontuário social classificando o paciente em baixo, médio e alto risco social, podendo apresentar contraindicação relativa (temporária). O acompanhamento ao paciente listado para transplante acontece de acordo com a avaliação do serviço social, necessidade do paciente, ou demanda identificada por equipe multiprofissional.



Vale ressaltar, que em casos emergenciais a equipe multiprofissional pode se deslocar para unidade de internação externa, a fim de realizar o atendimento com caráter interventivo/avaliativo.

Partindo da compreensão de que as condições sociais são resultantes de fenômenos multifatoriais, os indicadores sociais avaliam o risco social e compõe os critérios de elegibilidade, considerando os blocos temáticos (Lemos, 2002) de aceitabilidade, dinâmica familiar, acessibilidade e condições socioeconômicas, categoriza-se através do cruzamento das variáveis conforme escore de avaliação social em baixo, médio e alto risco social.

Tabela 2: Indicadores sociais

VARIÁVEIS		PONTUAÇÃO DAS VARIÁVEIS		
		1	2	3
<b>ACEITAÇÃO</b>		Nega	Condiciona	Aceita
<b>DINÂMICA FAMILIAR</b>	Composição	Unipessoal	Nuclear	Nuclear composta
	Cuidador	Inexistente	Terceiros	Familiar
	Aderência	Evasiva	Elaborativa	Resolutiva
	Instrução	Muito baixo/baixo	Intermediária	Alto/muito alto
<b>ACESSO</b>		Interditado	Dificultado	Facilitado
<b>SOCIO ECONÔMICO</b>	Renda per capita	< ½ S.M.	½ S.M. a 1 S.M.	> 2 S.M.
	Ocupacional	Muito ruim/ruim	Regular	Bom/muito bom
	Habitacional	Precário/não satisfatória	Satisfatória	+ satisfatória

Ao final do processo de Avaliação Pré-Transplante Cardíaco, a equipe multiprofissional se reúne em reunião de comitê de listagem semanalmente, no qual se discute e constrói o processo de tratamento individualizado do paciente a partir da avaliação e parecer de toda a equipe, onde há necessidade de consenso sobre a indicação ou contraíndicação do paciente para transplante. A contraíndicação social é considerada relativo-temporária e quando associada a outras contraíndicações poderá ser absoluta conforme diretriz e protocolo institucional de transplante.

A contraíndicação relativa e ou pendência é acompanhada pelas equipes de referência, sendo assim, se há contraíndicação social, o Serviço Social realiza o acompanhamento para minimizar os riscos e o paciente estar apto para ser listado e conseqüentemente realizar o transplante.

Após a realização de transplante, o Serviço Social realiza acompanhamento dos pacientes no ambiente de hospitalização, avalia o impacto social do processo de tratamento e orienta quanto à organização familiar para o cuidado pós-transplante.

A visita domiciliar é realizada para os pacientes transplantados cardíacos. Ao iniciar o período de internação na enfermaria ocorre a programação de visita. Dessa forma, a visita

domiciliar analisa as condições de habitação, identificação de possíveis focos de infecção, dinâmica de organização familiar, orientação sobre o processo de cuidado.

Entendemos que o modelo de visita domiciliar utilizado como instrumento de controle sobre a população e de caráter fiscalizatório é superado (Freitas et al, 2019):

“a partir do desenvolvimento de ações interventivas em articulação com as cinco categorias: Educação em Saúde, Apreensão da realidade, Singularidade no tratamento, Acessibilidade e Articulação das Políticas Públicas, que visam uma abordagem com centralidade no paciente e grupo familiar, articulado ao contexto social, materializando a perspectiva emancipatória e na construção de respostas para as refrações das questões sociais dentro do processo de cuidado no pós-transplante cardíaco.”

Em casos excepcionais, mediante avaliação da equipe de serviço social e/ou equipe multiprofissional, poderá ser realizada visita domiciliar prévia à realização de transplante, quando identificamos um fator importante de impacto ao tratamento em uma situação de risco e ou vulnerabilidade social.

O acompanhamento do paciente após a alta hospitalar é realizado conforme a necessidade do mesmo, avaliada pelo serviço social ou equipe multiprofissional. Como citado anteriormente, há pacientes provenientes de outros estados, em sua maioria vinculada a rede de suporte restrito e renda familiar limitada, seguem em acompanhamento com média mensal para avaliação e acompanhamento das demandas decorrentes da permanência pós-transplante no Distrito Federal, visto que, o tempo de permanência próximo ao centro transplantador é de aproximadamente um ano no pós-transplante cardíaco e o paciente só retorna ao seu município de origem após a liberação médica.

Sobre os direitos sociais vinculados ao município de origem do paciente e sua família, vale ressaltar o programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD e a elaboração de relatórios de contra referência que está vinculado aos pacientes com demandas sociais, esse tema recebe uma atenção especial, já incluído nas normativas do serviço social através dos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde.

O TFD regulamentado pela portaria n. 55 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, estabelece a contrarreferência para os profissionais da área da saúde. O desafio vinculado à permanência do paciente fora de seu domicílio tem levantado demandas decorrentes da falta de padronização entre os programas, burocratização das documentações, dificuldade de comunicação com o usuário e irregularidades dos prazos de pagamento da ajuda de custo, o que gera demandas principalmente vinculadas à parte financeira no contexto do tratamento.

### 3 CONCLUSÃO

Os relatos e trabalhos desenvolvidos nas áreas de transplantes têm crescido, porém ainda é necessário ampliar a literatura disponível para avançarmos no processo técnico-operativo e teórico-metodológico visto que, o próprio contexto sociohistórico e político-econômico tem sofrido grandes alterações e permanece em constante mudança, alterando as políticas públicas e a forma com que vivenciamos o processo saúde-doença-cuidado.

Percebemos no processo de atuação profissional alguns desafios que enfrentamos enquanto equipe de transplante e pensamos que o processo de avaliação e reavaliação dos processos de trabalhos possibilitam crescimento e a construção de novos saberes no desenvolvimento da práxis profissional.

Ser parte reconhecida e atuante no processo de tratamento de transplante cardíaco parte do desenvolvimento de ações que tornam o serviço social único e ao mesmo tempo nos faz refletir sobre as limitações vinculadas à construção do serviço e ao contexto de financiamento e comunicação das políticas públicas no Brasil.

A indicação e realização de um transplante cardíaco não se resumem à mera troca do órgão adoecido por outro em boas condições. A doença interfere em diversas vertentes da vida do paciente; relações sociais, emocionais, biológicas e culturais dos indivíduos e de sua rede de apoio. A característica holística do ser humano confere a necessidade de uma equipe que seja capaz de oferecer suporte ampliado durante o tratamento, que ultrapassem o momento cirúrgico.

A atuação de uma equipe interdisciplinar é pautada por uma relação de troca de saberes mútuos, com o intuito de auxiliar paciente e familiares / cuidadores, nesse novo modo de vida, pré e pós-transplante. Serviço social, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, dentre tantos outros profissionais fazem parte da equipe, já que consideramos a hospitalização como um momento importante de compreensão do impacto e transformações que o processo de tratamento de transplante representa, oferecem suporte para que o paciente possa ressignificar sua nova condição de saúde física e os desdobramentos nas demais áreas da vida.

Um dos grandes desafios da atividade interdisciplinar é o rompimento com o modelo instituído no início da prática biomédica, que se pautava pela supremacia da atuação médica, tendo as demais profissões como coadjuvantes no tratamento. No ICTDF avançamos no modelo de construção de saberes interdisciplinares, mas ainda temos um longo caminho a percorrer. A instituição hospitalar é hierarquizada, porém no desenvolver da prática os profissionais têm mostrado o impacto da sua atuação e a necessidade de um olhar ampliado sobre o sujeito.

Ressaltamos que o compartilhamento das responsabilidades da indicação e contraíndicação tem representado um dos avanços importantes nesse sentido de alcançar um ambiente construído de forma menos vertical. É comum que a responsabilidade de “más notícias”, seja uma contraíndicação ou “decisões difíceis sobre o tratamento” estejam vinculadas ao médico de referência ou cirurgião. Quando a equipe passa compartilhar desses momentos, transformamos a configuração das organizações e nos tornamos parte integrante de todo o processo.

O trabalho desenvolvido por Lemos em sua contribuição para os programas de transplante cardíaco é o que nos permite desenvolver esse trabalho com uma base científica bem consolidada. Percebemos a necessidade de continuar esse trabalho e repensar o que temos desenvolvido enquanto serviço social em saúde e equipe transplantadora.

Primeiramente destacamos que, para se realizar um transplante é o desejo e aceitação do paciente e, para isso, há de se compreender o processo e poder de decisão ser escutado e acolhido. O processo de cuidado e dinâmica familiar já abordado por essa equipe, como citado anteriormente, permite a reflexão sobre os conceitos de família e as divergências de compreensão de seu papel de representatividade legal e vínculo afetivo, levantando questionamentos sobre o diálogo entre as políticas e o papel do Estado no tratamento do sujeito.

Quanto à situação socioeconômica e acessibilidade percebemos a fragilidade de comunicação e acesso às Políticas Públicas que compõem o processo saúde-doença-cuidado. Desenvolvemos formas de referência e contra referência para tornar o acesso dos pacientes e familiares mais acessíveis através de contatos telefônicos, visitas institucionais, envio e solicitação de relatórios, porém diante do contexto político-econômico vivenciado na atualidade percebemos uma demora significativa de acesso a bens essenciais.

Condição econômica é uma contraíndicação para transplante? Qual o papel do Estado como provedor de saúde pública? Recorremos por diversas vezes às instituições filantrópicas e rede socioassistencial para viabilizar de forma emergencial demandas que podem inviabilizar um tratamento de alta complexidade. Precisamos conversar sobre saúde em conceito ampliado e rever como temos construído a articulação das nossas políticas.

A mobilização e controle social é um dos mecanismos que utilizamos na educação em saúde, dessa forma construímos um serviço que permite que o usuário compreenda seu tratamento e como o Estado desenvolve seu papel permitindo que a sociedade contribua de forma ativa no processo de construção das Políticas Públicas.

Iniciamos aqui um debate e construção coletiva sobre o fazer profissional na atuação do serviço social no trabalho com transplantes, mas também sobre a compreensão das atuais

limitações que ultrapassam o âmbito institucional e abre uma necessidade de diálogo sobre intersectorialidade e a compreensão de saúde pública no Brasil. Que essa contribuição da nossa prática estimule os programas a documentar suas experiências e a fortalecer a mobilização por uma Política de Saúde ampliada para seu conceito.

## REFERÊNCIAS

BACAL, Fernando et al. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. V. 94, supl. 1, p.16-73. 2009;

BRASIL. Associação Brasileira de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado (2011-2018). Registro Brasileiro de Transplante, Ano XXIV, nº 4, ABTO. Disponível em:< [http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv\\_RBT-2018.pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf)> Acesso em: 13.jan.2020

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da União. Brasília, 1990, Sessão I;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007;

CONSELHO Federal de Serviço Social. Código de ética do assistente social. Brasília: CFESS, 2011;

CONSELHO Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010;

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Acesso em 10.jan.2020

MINAYO, MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, 24 (2), abr./jun. 1991

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

LEMOS, Claudia Regina Haponczuk de. Metodologia de avaliação social em programa de transplante cardíaco, França,1999;

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, jul./dez. 2009;

RODRIGUES, Maria Lucia. Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo às injunções lineares. Revista Serviço Social e Sociedade, n 64. 2000.

FREITAS, D. S.; SILVA, T. R. O. ; SANTOS, D. C. ; VAZ, L. O. A. ; Steytler, S. J. S. . Os Desafios do Serviço Social frente às novas configurações de família no transplante. 2019. Disponível em:<<https://sistemaparaevento.com.br/evento/abto2019/trabalhosaprovados/naintegra/12652> > Acesso em: 13.jan.2020

FREITAS, D. S.; SILVA, T. R. O. ; VAZ, L. O. A. ; SANTOS, D. C. ; Steytler, S. J. S. . A Visita Domiciliar no Pós transplante Cardíaco: Um Instrumental do Serviço Social. 2019. Disponível em: <<https://sistemaparaevento.com.br/evento/abto2019/trabalhosaprovados/naintegra/12907> > Acesso em: 13.jan.2020