

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA – UniFOA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**CLÁUDIA SANTOS SOUZA GONÇALVES**

**O SERVIÇO SOCIAL E A CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS**

**2020**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA – UniFOA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**O SERVIÇO SOCIAL E A CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço  
Social do Centro Universitário de  
Volta Redonda, como requisito  
parcial à obtenção do grau de  
Bacharel em Serviço Social

Aluna: Cláudia Santos Souza Gonçalves

Orientadora: Dra Mônica Santos Barison

**Volta Redonda**

**2020**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### **Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:**

O Serviço Social e a Captação de Órgãos

**Elaborado por Cláudia Santos Souza Gonçalves apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para a conclusão do curso de Serviço Social.**

**Aprovado em ----- de ----- de -----**

### **Banco Avaliadora:**

-----  
Dr<sup>a</sup> Mônica Santos Barison

Professor Orientador - Unifoa

-----  
Ailton da Silva Carvalho

Professor Avaliador - Unifoa

-----  
Karin Alves do Amaral Escobar

Professor Avaliador - Unifoa

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho a todos os profissionais que fazem parte das equipes multiprofissional e a todos os usuários que estão na fila de transplante na esperança de uma nova vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pela oportunidade de ter conseguido chegar até aqui, agradeço também meus familiares e amigos que torceram por essa vitória, sem esquecer dos meus professores que com toda a sabedoria e paciência contribuiu diretamente por essa conquista, amigos de turma que chegou junto comigo nessa realização. Sem falar na Fundação Oswaldo Aranha (UNIFOA) pois sem a bolsa de estudos seria muito difícil, então vai o meu sincero agradecimento.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de conhecer o debate sobre o trabalho do assistente social no processo de captação para doação de órgão no âmbito das políticas de saúde. Segundo os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde formulados pelo CFESS, o trabalho do Serviço Social no âmbito hospitalar deve se dar sob a perspectiva de garantias de direitos por meio do atendimento social. Trata-se de pesquisa de análise de bibliografia, cujo estudo foi de caráter descritivo. Artigos publicados na internet, vinculados ao debate do serviço social e a captação para doação de órgãos, se constituíram como fonte da pesquisa. Utilizamos o descritor “serviço social e a captação para doação de órgãos” no Google para identificação das publicações, que foram selecionadas de acordo com a relação do conteúdo e os objetivos da pesquisa. As reflexões teóricas e as observações no campo de estágio nos fizeram reconhecer que atuação do assistente social no âmbito hospitalar é fundamental, pois a presença deste profissional favorece a humanização do atendimento, tanto no atendimento direto ao usuário, quanto na sensibilização da equipe multiprofissional envolvida no trabalho com o usuário do SUS.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Captação de órgãos. Trabalho Multiprofissional.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to learn about the debate on the work of the social worker in the process of obtaining organ donations under the scope of health policies. According to the parameters of action of the social worker in the health field formulated by CFESS, the work of the Social Service in the hospital must take place under the perspective of guarantees of rights through social assistance. This is a bibliographic analysis research, whose study was descriptive. Articles published on the internet, linked to the social service debate and fundraising for organ donation, were the source of the research. We used the descriptor "social service and fundraising for organ donation" in Google to identify the publications, which were selected according to the content relationship and the research objectives. Theoretical reflections and observations in the internship field made us recognize that the role of the social worker in the hospital environment is fundamental, as the presence of this professional favors the humanization of care, both in direct care to the user and in the awareness of the multidisciplinary team involved in the work with the SUS user.

**Keywords:** Social Work. Organ harvesting. Multiprofessional work.

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>CAPÍTULO 1 - O processo de captação para doação de órgão no âmbito das políticas de saúde</b>	
1.1. Políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde.....	13
1.2. Captação de Órgãos.....	17
<b>CAPÍTULO 2 - O debate do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social no processo de captação para doação de órgão</b>	
2.1. O Serviço Social e as Políticas de Saúde.....	22
2.2. Serviço Social e a Capitação de Órgãos.....	30
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIA .....</b>	<b>37</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos (SNT), os procedimentos que executaram os primeiros transplantes de órgãos surgiram anos 1960, nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo para atender as necessidades de muitos pacientes que necessitavam de um órgão ou tecido em bom estado para sobreviver a sua enfermidade. O procedimento cirúrgico consiste na reposição desse órgão ou tecido doente por outro órgão ou tecido normal de um doador vivo, ou morto (SNT, 2001)

No Brasil, especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS), a realização de transplante de órgãos começou em 1964 no Rio de Janeiro e é regulamentado pela Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 e pela Lei 10.211 de 23 de março de 2001. Tais leis determinam que a doação de órgãos e tecidos pode ocorrer em duas situações: “de doador vivo com até 4º grau de parentesco desde que não haja prejuízo para o doador; e de um doador morto, que deve ser autorizada por escrito por um familiar até 2º grau de parentesco” (SNT, 2001, p.1).

No Brasil, 86% dos transplantes são realizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) com verbas do governo, ou seja, nem doador, nem receptor precisam custear os procedimentos e cirurgias (SNT, 2001).

A equipe multiprofissional que trabalha com a questão da captação e doação de órgãos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), é composta por médicos, enfermeiros, anestesistas e dentre outros. Entretanto, com o conceito de saúde elaborado pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) sobre os aspectos biopsicossociais que envolvem a promoção da saúde, novos profissionais são inseridos em tais equipes multiprofissionais. Vale destacar que a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº: 383 de 29 de março de 1999 dispõe o Assistente Social como profissional da saúde. Assim, o assistente social também pode e deve integrar as equipes

multiprofissionais que trabalham com os processos de captação e doação de órgãos.

Na experiência vivenciada no campo de estágio, foi observado que o assistente social, em especial, tem importância na abordagem das famílias, conforme corrobora o supervisor de campo.

O assistente social, nas políticas de saúde, atua no âmbito da prevenção, promoção e recuperação da saúde, que inclui o trabalho em frentes especializadas como os transplantes de órgãos.

Os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde formulados pelo CFESS (2010) indicam que o trabalho do Serviço Social no âmbito hospitalar deve se dar sob a perspectiva de garantias de direitos por meio do atendimento social.

O tema deste estudo é a relação entre o processo de captação e doação de órgãos e o trabalho do assistente social. O interesse pelo tema surgiu depois de debates realizados, no ano de 2019, com o supervisor de campo de estágio, que fazia parte de equipe multidisciplinar que atuava nas ações e procedimentos de captação e doação de órgãos no Hospital São João Batista. O supervisor de campo relatou o quanto é importante a doação de órgão e como é gratificante fazer parte da equipe que desenvolve esse trabalho, destacando que esse trabalho pode garantir a vida daqueles que necessitam de transplantes com um simples gesto de pessoas que se dispõem a ser doadoras de órgãos.

O assistente social supervisor de campo afirmou que desejar doar um órgão pode salvar vidas, mas que existe uma grande resistência por partes dos familiares em doar os órgãos de seus entes queridos. O supervisor de campo cita a sua hipótese acerca de tal resistência: a falta de ciência a respeito do processo de doação. Assim o trabalho da equipe multidisciplinar é o de realizar abordagens com esses familiares e evidenciar a importância da doação de órgãos para aqueles que necessitam.

As reflexões teóricas e as observações no campo de estágio nos fizeram reconhecer que atuação do assistente social no âmbito hospitalar é fundamental,

pois a presença deste profissional favorece a humanização do atendimento, tanto no atendimento direto ao usuário, quanto na sensibilização da equipe multiprofissional envolvida no trabalho com o usuário do SUS (CEFSS 2010).

Desta maneira, o contato com o assistente social supervisor de campo que integrava a equipe multiprofissional que realizava o trabalho de captação de órgãos despertou indagações acerca da especificidade do trabalho do assistente social nesta área da saúde.

Dentre as indagações, recortamos: existe debate sistematizado e publicado sobre o trabalho do assistente social no processo de captação de órgãos? Assim, optamos em recortar esse objeto de estudo para a produção do trabalho de conclusão de curso. Partindo dessa premissa, surgiu o segundo questionamento e a problemática do trabalho: quais as atuações do serviço social frente a captação de órgãos?

Foi assumido o pressuposto de que o trabalho do assistente social no processo de captação para doação de órgãos é relevante na medida em que o profissional de Serviço Social tem habilidades e competências para realizar trabalhos socioeducativo junto aos pacientes e familiares para motivar e ampliar a doação de órgãos. Consideramos que o resultado desse estudo poderá produzir reflexões sobre tal importância tendo em vista que apresentará as produções de assistentes sociais que trabalham na área.

O assistente social tem, nesse contexto, um espaço privilegiado para construção de uma prática profissional voltada não só para a sensibilização, como a própria defesa do direito à saúde, que nesse caso, significa muito mais do que garantir o acesso aos serviços de saúde, mas garantir as condições objetivas de sobrevivência em seu primordial aspecto.

Espera-se que este estudo possa contribuir para as ações de promoção da saúde e para a defesa dos direitos dos usuários aliados a ações intensivas no contexto dos serviços de saúde, que visam melhorar os índices de potenciais doadores no futuro. Espera-se também se aproximar do cotidiano profissional do

Serviço Social que atua nas equipes de saúde e que trabalhe direta ou indiretamente com o transplante de órgãos e a sua captação.

Levando em considerações estas importantes questões, o presente trabalho assumiu como objetivo geral conhecer o debate sobre o trabalho do assistente social no processo de captação para doação de órgão no âmbito das políticas de saúde.

O trabalho contemplou ainda objetivos mais específicos, tais como: identificar as produções publicadas dos assistentes sociais sobre o trabalho do Serviço Social no processo de captação para doação de órgãos e conhecer o debate sobre os processos de trabalho desenvolvidos pelo assistente social nessa área.

Trata-se de pesquisa de análise de bibliografia, cujo estudo foi de caráter descritivo. Artigos publicados na internet, vinculados ao debate do serviço social e a captação para doação de órgãos, se constituíram como fonte da pesquisa. Utilizamos o descritor “serviço social e a captação para doação de órgãos” no Google para identificação das publicações, que foram selecionadas de acordo com a relação do conteúdo e os objetivos da pesquisa. Utilizamos também fontes do campo das ciências sociais e humanas para o debate sobre as políticas de saúde e o trabalho de captação para doação de órgãos em geral.

No primeiro capítulo, apresentamos, então, o debate do Serviço Social sobre o processo de captação para doação de órgãos no âmbito das políticas de saúde. No segundo capítulo, consta o debate do Serviço Social sobre o trabalho do assistente social no processo de captação para doação de órgãos.

## **CAPÍTULO 1 - O PROCESSO DE CAPTAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃO NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

### **1.1. POLÍTICAS DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Segundo Fontinele (2008), os fundamentais marcos da edificação da contemporânea saúde pública brasileira, sem equívocos, foi o Projeto da Reforma Sanitária e a Constituição Federal de 1988. Estes são os marcos que desencadearam o planejamento e fundação do Sistema Único de Saúde (SUS) que postulou o acesso à saúde universal para todos os cidadãos. Assim, se torna pertinente aludir sobre os acontecimentos que anteciparam e concretizaram a concepção do contemporâneo sistema de saúde brasileiro.

De acordo com Polignano (2000), o desenvolvimento histórico da saúde no Brasil está articulado com o desenvolvimento político-social e econômico da própria sociedade brasileira.

A primeira ação concreta de saúde no Brasil acontece somente em 1923, com a fundação do Departamento Nacional de Saúde Pública, onde foram formalizadas as atuações do governo em assuntos de saúde, em exercícios que se desdobravam desde o saneamento urbano e rural até a administração e inspeção da saúde em portos (FONTINELE, 2008).

Entretanto, as circunstâncias de saúde que vigoravam no país não eram reconhecidas como responsabilidade do Estado, tendo que os auxílios à saúde eram destinados somente para os indivíduos que possuíam boas condições financeiras e comumente concretizadas em mecanismos particulares de atendimento (FONTINELE, 2008).

Segundo Bravo (2001) a precariedade da saúde da população passou a ser percebida como “questão social” no Brasil a partir do século XX, devido à emergência do trabalho assalariado. A necessidade de preservar a produtividade do trabalhador implicou na atenção à sua saúde.

Ainda naquele mesmo século, em meados da década de 1920, foi realizada a Reforma Carlos Chagas na tentativa de ampliar o atendimento à saúde pública e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecidas também como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, empresas empregadoras e pelos empregados, porém o acesso aos benefícios era proporcional às contribuições do trabalhador.

Só as pessoas que trabalhavam de carteira assinada tinham direito ao acesso à saúde pois era um sistema que só se preocupava com a produtividade do trabalhador. Aqueles trabalhadores que não contribuíam tinham que buscar atendimento à saúde de outra forma, como por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia, da rede filantrópica.

A grande maioria da população recorria ao auxílio de pessoas leigas ou buscavam a caridade das Santas Casas de Misericórdia. No caso de Fortaleza, a Santa Casa de Misericórdia e a Assistência Municipal, atual Instituto Dr<sup>o</sup> José Frota, atendiam aos não segurados, popularmente conhecidos como indigentes (CATUNDA, 2008, p.17).

Na década de 1980, os movimentos sociais organizados pautam a necessidade do reconhecimento da proteção à saúde, que acolhesse de modo democrático todas as categorias de trabalhadores de modo igualitário. A articulação dos movimentos sociais desencadeou a Reforma Sanitária, que desencadeou importantes frentes de ação para modificação do sistema de saúde no Brasil (FONTINELE, 2008).

O movimento da Reforma Sanitária promoveu o debate entre trabalhadores, usuários e gestores do campo da saúde, construindo referências teóricas, éticas e técnicas para modificar o quadro de saúde no país. Na 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em 1985, os representantes do movimento da Reforma Sanitária protagonizaram importantes intervenções para garantir o desenho do SUS, assentados na lógica de que saúde é direito de todos e dever do Estado.

Assim, a Constituição Federal Brasileira de 1988 incorporou tal lógica, trazendo os princípios da integralidade, da regionalização e da hierarquização para nortear as políticas de saúde e priorizando as ações preventivas na oferta de serviços (VIANA; POZ, 2005).

A Constituição de 1988, no capítulo VIII da Ordem Social e na Seção II, delibera em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve promover a diminuição dos riscos de enfermidade e de diferentes agravos por meio do acesso universal.

De acordo com Viana e Poz (2005) existem três atributos que desenham a atenção à saúde, tais como, a concepção de um renovado sistema de saúde; a sugestão de descentralização e concepção de novidades nos modos de gestão que abarquem a participação da população e de todos os atores relacionados com a política de saúde.

No início nos anos 1990, acontece a promulgação da lei que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), determinado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por meio da concepção das leis 8.080/90 e 8.142/90, manifestas como Leis Orgânicas de Saúde. Tal sistema fundamenta-se na elaboração de uma estrutura de gestão e de assistência que garanta o atendimento das demandas da população nas suas especificidades em diversos níveis de complexidade.

O Sistema Único de Saúde contém três princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade (POLIGNANO, 2000).

De acordo com Costa (2003), a universalidade é apresentada como a garantia de acesso de todos ao SUS. Tal sistema de saúde é destinado para toda a sociedade, em todos os níveis de serviços e subsídios, sem o estabelecimento de prerrogativas que estabeleçam pré-condição de acesso, ou seja, todos os brasileiros, com ou sem vínculo trabalhista e previdenciário podem acessar os serviços de saúde (COSTA, 2003).

Percebe-se que a equidade é entendida na maioria dos artigos como um fator essencial para a justiça social, considerando o contexto de desigualdades

sociais no qual o Sistema Único de Saúde se encontra inserido. Embora poucos estudos articulem a equidade com a democracia, pode-se compreender que a busca pela equidade em saúde constitui uma forma de garantir um direito social a saúde, fortalecendo, assim, o protagonismo do indivíduo em um sistema democrático.

Segundo Costa (2003), a equidade tem objetivo democrático, pode-se compreender que a busca pela equidade em saúde constitui uma forma de garantir um direito social a saúde, fortalecendo, assim, o protagonismo do indivíduo em um sistema democrático.

A integralidade do SUS propõe a articulação dos diversos serviços e níveis, na perspectiva de abranger os processos preventivos e curativos, individuais e grupais em todas as categorias de complexidade do sistema (COSTA, 2003).

No Sistema Único de Saúde consta ainda princípios organizativos e de gestão, que é definitivo pelo artigo 198 da Constituição, que estabelecem uma organização regionalizada e hierarquizada. Esses princípios são: a descentralização, a hierarquização, a regionalização e o controle social.

Na visão de Costa (2003), a descentralização dos serviços para as municipalidades prevê um comando único para cada esfera de governo, garantindo mecanismos para participação democrática na sua gestão por meio dos Conselhos de Saúde que devem funcionar no âmbito municipal, estadual e federal (COSTA, 2003, p. 155).

A hierarquização é uma forma de pensar e organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são escalonadas em Níveis de Atenção. (COSTA, 2003).

A regionalização parte da necessidade de estabelecer os níveis de complexidade. Os serviços de saúde, promovidos diretamente pelo Sistema Único de Saúde ou por meio da colaboração complementar da iniciativa privada, devem ser organizados de modo regionalizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescentes (BRASIL, 1990). O controle social na concepção de Costa (2003) tem teor na participação da população nos

processos decisórios dos serviços de saúde. É afiançado a população interatuar com o Poder Público, exercendo o controle na formulação e no financiamento das políticas públicas de saúde, debater suas anteposições e vigiar o cumprimento dessas políticas e o emprego de recursos.

## **1.2. CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS**

Segundo Gregorini (2010), as tentativas de práticas de transplantes iniciaram a milhares de anos. A biografia sobre o seu aparecimento indica que tais práticas datam dos anos 300 antes de Cristo e que foram efetuadas pelo cirurgião Chinês Pien Chao, que estudou medicina no Ocidente, conseguindo a permuta de órgãos entre irmãos (GREGORINI, 2010).

Na Idade Média, determinadas mitologias descrevem que os dois clínicos Cosme e Damião, santificados pela Igreja Católica, teriam transplantado um membro inferior de um soldado negro que tinha sido morto em um outro indivíduo, que era branco e que teria perdido o membro inferior naquele mesmo dia. Hoje em dia esses dois santos são identificados como protetores dos médicos cirurgiões (CORACIN; MELLO, 2013).

Segundo Gregorini (2010), nos séculos XV e XVI, determinados procedimentos de utilização de tecidos humanos e de animais não foram exitosos tendo em vista as contaminações em função da precariedade de tecnologias e medicações. O referido autor releva também que o cirurgião francês Ambrósio Paré, entre os anos 1517 e 1590, foi reconhecido como o “pai da cirurgia moderna”, denominação concedida pelo descobrimento da ligação das artérias, procedimento feito nas amputações que supriu a cauterização. No ano de 1902, Emmerich Ullmann extraiu um rim de um cão e transplantou para outro diferente, conseguindo, entretanto, manter o animal vivo apenas por alguns dias em função de dificuldades de compatibilidade hereditária.

Foi na Primeira Guerra Mundial (1914-1918), em função da necessidade de transfusão de sangue que se admitiu o aparecimento de bancos de sangue. Entretanto, as primeiras experiências não obtiveram sucesso. Somente depois do descobrimento das diferentes classes sanguíneas, foi que os bancos de sangue começaram a estocar o material para proceder as transfusões com êxito. Neto (2004) afirma que essa fase talvez se constitua como uma das mais relevantes fases na história dos transplantes.

A possibilidade da transfusão sanguínea é reconhecida enquanto importante passo para a história de realização dos transplantes de órgãos concretos não regeneráveis tais como o rim, coração, pulmão, pâncreas e fígado (CORACIN; MELLO, 2013).

Um dos primeiros transplantes de órgão bem-sucedido aconteceu em 1954 nos Estados Unidos no município de Boston. O Dr. Murray conseguiu o transplante de rins entre dois irmãos gêmeos, no Hospital Brigham and Women. Entretanto, foi no ano de 1960 que os médicos identificaram a capacidade de transplantar órgãos de indivíduos não ligados consanguineamente. No ano de 1963, Starzl foi o primeiro clínico a realizar o transplante de fígado em humanos, entretanto sem sucesso. Os pacientes morreram por agravos de hemorragia, infecção e outros agravos (GREGORINI, 2010).

Entre os anos de 1960 e 1970, os clínicos descobriram como efetivar os transplantes entre indivíduos sem consanguinidade, apesar do uso de drogas imunossupressoras, com significativos efeitos colaterais, tais como as nefrotoxicidades, hipertensão arterial, neurotoxicidades, hiperglicemias, neoplasias, infecções, hiperlipidemias e hiperpotassemias. Tais drogas acabavam provocando a morte dos transplantados em poucos dias (CORACIN; MELLO, 2013).

Nos anos de 1980, assistiu-se ampliação da qualidade de novas drogas imunossupressoras. Assim, os transplantes de órgãos e tecidos começaram a ser menos arriscados, possibilitando maior sobrevivência dos indivíduos transplantados.

Assim, o processo de construção de uma metodologia que garantisse a eficácia do transplante de órgãos é marcado por numerosas e modificadas experiências em diferentes países. Vale ressaltar que, no Brasil, os primeiros transplantes executados foram de rins, em 1964, no Rio de Janeiro (NETO, 2004).

O procedimento da doação e transplante de órgãos é sistematizado, então, no Brasil apenas a partir da metade da década de 60, após inúmeras tentativas e experiências cirúrgicas realizadas em outros países (SNT, 2001).

Atualmente, segundo os documentos do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) O Brasil se destaca como o segundo do mundo em número de transplantes de rim, apesar da fila de espera para transplante renal no Brasil ser imensa. O Brasil tem 32.716 pacientes cadastrados em lista de espera para um transplante dos seguintes órgãos: rim, fígado, coração, pulmão, pâncreas e córnea, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO).

Em relação a regulamentação dos transplantes no Brasil, Roza et al (2006) afirmam que até a década de 1990, haviam apenas normatizações regionais, mas sem a existência de protocolos acerca da extração dos órgãos ou do processo de classificação dos órgãos capturados.

A norma do Transplante de órgãos e Tecidos nº: 9.434/97, seguida do Decreto nº: 2.2268, de 30 de junho de 1997, e da Lei nº: 10.221 de 23 de março de 2001 são marcos regulatórios acerca da matéria. Tais legislações postulam que o transplante somente pode ser realizado mediante avaliações de seleção médica para diagnóstico e consentimento presumido, além de explicitar outras diretrizes (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, (Secretaria de Atenção à Saúde) o Decreto de nº 2.268 de 30 de junho de 1997, regulamenta a Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, chamada de “Lei de Doação Presumida de Órgãos”, que prepara a extração de órgãos, tecidos e componentes do corpo humano com o desígnio para transplantes. Essa regulamentação capitaneou diversas análises médicas de que não havia necessidade de identificar os não doadores de órgãos

e tecidos na sua carteira de identidade ou na carteira nacional de habilitação (BRASIL, 2009).

Desse modo, a Lei nº 9.434 de 1997 inaugurou determinadas modificações que foram regulamentadas pela Lei 10.2011 de 23 de março de 2001. Dentre elas, é mister ressaltar: os doadores vivos com até o quarto nível de consanguinidade, poderão ser doadores desde que não exista dano ao doador; o doador morto apenas com decisão do familiar até segundo nível de consanguinidade. Em outras palavras, a declaração de doação de órgãos inscrita na carteira de habilitação ou de cédula de identidade, não mais é decisória na hora da doação de órgãos, tecidos e componentes do corpo humano, mas sim a resolução do familiar (BRASIL, 2009).

Desse modo, foram criadas as Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos estaduais, que tem o objetivo de ordenar os empregos de transplantes no campo estadual e solicitar o registro de potencialidades receptores (DELLATORRE et al, 2007).

O Brasil tem se destacado na área de doação e transplantes de órgãos e tecidos, sendo que 95% das cirurgias são realizadas pelo Sistema Único de Saúde. Foi implantado o Sistema Nacional de Transplante, vinculado ao Ministério da Saúde, encarregado pela gerência e disposição dos transplantes financiados pelo Sistema Único de Saúde, na perspectiva de garantir que procedimento de classificação de tecidos, órgãos e parte específicas do corpo humano tenha apenas objetivos terapêuticos e de transplantes (SNT, 2001).

O Artigo 199, § 4º A lei dispõe 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 qualquer tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

As unidades hospitalares podem dispor de uma equipe de captação, que mantém contato direto com o usuário e os familiares durante o período de internação do potencial doador, sendo que estabelece vínculos com os mesmos.

No momento da perda, é importante disponibilizar o auxílio psicológico para a família, a fim de minimizar o sofrimento, preparando-a para uma aceitação gradual da morte inesperada de seu ente querido (FERNANDES, DE CAMARGO BITTENCOURT; BOIN, 2015).

Mesmo diante do avanço na transplantação, e de o Brasil possuir um protocolo sistemático e legal para o diagnóstico de morte encefálica (ME), nota-se a persistência de um desequilíbrio crescente entre a oferta e a demanda de órgãos (MORATO 2009; BRASIL, 2011; USA, 2014).

De acordo com Roza et al. (2009), as ações de melhoria, garantindo uma sequência ético-legal que já é definida na lei e no decreto dos transplantes, pressupõem o compromisso com a qualidade e com a segurança do processo de captação, doação de órgãos e tecidos, que deve ser rigorosamente perseguida pelos profissionais que trabalham na área.

Os indivíduos que são diagnosticados com morte encefálica são encaminhados a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, essas unidades agregam o Sistema Nacional de Transplantes. Assim sendo, o médico da Unidade de Tratamento Intensivo ou da Emergência, de tal modo que diagnostica ao óbito encefálico, constituirá funcional a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

O conceito de morte encefálica não é essencial apenas para o transplante de órgãos, como também é uma forma de não prolongar o sofrimento e a angústia dos familiares do paciente, independentemente de serem favoráveis ou não à doação de órgãos (WIJDICKS, 2001; 2010).

Quando se refere ao consentimento para doação de órgãos, pode-se sugerir que a família aceitou a perda do ente querido, mas, muitas vezes, ainda tem dúvidas quanto ao diagnóstico da ME e expectativa da reversão do quadro clínico onde ele se encontra (FERNANDES et al., 2015).

## **CAPÍTULO 2 - O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃO**

### **2.1. SERVIÇO SOCIAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE**

O assistente social, segundo resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS1997) é reconhecido como um profissional de saúde. Seus fundamentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos possibilitam aos profissionais atuarem, com competência, nas diferentes expressões da questão social e com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive as da saúde (CNS 1997).

O Serviço Social, desde o seu surgimento no Brasil na década de 1930, atuou nas políticas de saúde, sejam elas públicas ou privadas (BRAVO; MATOS, 2012). A partir da criação do Sistema Único de Saúde, ampliaram-se os espaços de atuação do assistente social, sendo o profissional chamado a atuar nas políticas públicas e privadas intervindo para contribuir no processo de promoção da saúde e orientando os usuários sobre seus direitos sociais.

Segundo o CFESS (2010), que estabelece os Parâmetros da Atuação do Assistente Social na saúde, a principal agenda da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais, a garantia dos direitos sociais e busca da efetivação desse acesso, enfocando a descentralização da gestão e o controle social. Tal agenda foi incorporada, no plano legal pela Constituição Federal de 1988, que regulamenta a política de saúde com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Serviço Social reconceituado, cujo projeto ético político assume a defesa dos interesses da classe trabalhadora, além de participar do movimento da Reforma Sanitária, se reconhece como profissão que tem o dever de defender a qualidade do SUS. Assim, a articulação com os movimentos sociais é

fundamental para a construção de estratégias que possibilitem a criação de experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito à saúde e atendam as múltiplas necessidades dos usuários das políticas de saúde de forma integral (MATOS, 2003; BRAVO & MATOS, 2004).

É neste sentido que o assistente social pode formular, planejar, coordenar, executar e avaliar planos, programas, projetos na área da saúde. Podemos destacar algumas das competências do assistente social, previstas inclusive na Lei de Regulamentação da Profissão:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares.
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil.
- Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, executar e administrar benefícios e serviços sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais (BRASIL, 1993, p.1).

O CFESS (2010) analisa que não existem fórmulas prontas para a atuação competente e crítica do assistente na área da saúde. Postula que tal atuação, entretanto, de acordo com o projeto ético político da categoria profissional, deve consistir em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista

realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; • tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; • elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; • efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p. 30)

Nesse sentido, a atuação do assistente social nas políticas de saúde pressupõe que o profissional faça, constantemente, leitura crítica da realidade e tenha capacidade para identificar as condições materiais e imateriais de vida dos usuários do SUS. É imperioso ainda que o assistente social conheça a rede de serviços existentes no território onde atua, reconhecendo os limites e possibilidades dos programas e projetos sociais.

Assim, o assistente social terá elementos para conhecer as necessidades dos usuários e identificar as respostas existentes para atendê-las, seja no âmbito das políticas sociais ofertadas pelo Estado, pela sociedade civil ou setor privado.

O acesso e análise sistematizada de tais informações possibilita que o profissional de Serviço Social ofereça subsídios para o fortalecimento dos espaços e formas de luta dos trabalhadores para a garantia de recursos financeiros, materiais e humanos para ampliação dos serviços de saúde.

Baseados no conceito de saúde expresso na Constituição Federal e no postulado na lei do SUS sobre os condicionantes da saúde, o assistente social, no âmbito das políticas de saúde pode indicar a necessidade de desenvolvimento de ações preventivas, cujos objetivos intencionem a melhoria não só dos serviços de saúde mais também das condições de vida, de trabalho e do ambiente da população.

Vale destacar o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, artigo 196).

Destacamos ainda o artigo da Lei do SUS que indica os fatores determinantes e condicionantes da saúde:

Entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

O CFESS (2010) afirma que os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Em relação ao atendimento direto ao usuário, o CFESS (2010) destaca que as ações podem ser socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas, estando o assistente social inserido nos mais diversos programas e unidades de saúde bem como nos mais diferentes níveis de complexidade do SUS.

É importante destacar que tais ações, independentemente de sua natureza, devem acontecer em articulação com outros profissionais e não devem ser isoladas, tendo em vista que os resultados das intervenções no âmbito da saúde dependem da interdisciplinaridade.

Variadas são as demandas postas aos assistentes sociais nas diversas frentes de trabalho da política de saúde. Entretanto, o CFESS (2010) destaca que o assistente social deve superar o trabalho burocrático, imprimindo direção

que promova trabalho socioeducativo por meio da reflexão “com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde” (CFESS, 2010, p. 43).

Na perspectiva de superar ações que tenham caráter burocrático e emergencial, o assistente social pode contribuir para a construção coletiva de fluxos, processos e protocolos de atendimentos no âmbito da unidade de saúde para que as diversas demandas dos usuários possam ser acolhidas e encaminhadas de forma adequada e em respeito às competências de cada profissional que integra a equipe de trabalho.

O assistente social pode contribuir também para o conhecimento da realidade social e econômica do usuário e da população atendida nas unidades de saúde por meio da realização de estudo social e/ou feitura de pesquisas. O conhecimento e análise de tal realidade oferecem subsídios para direcionamento das ações de saúde. Vale destacar que a visita domiciliar se constitui enquanto instrumento importante de aproximação do profissional com a realidade do usuário, favorecendo desvelamento das suas condições de vida e trabalho bem como vinculação do usuário com o serviço de saúde.

O CFESS (2010) estabelece que as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- 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;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos

sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; • fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; • organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; • formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; • elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; • buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; • emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p.44)

No trabalho em equipe, o assistente social deve ter clareza sobre as suas atribuições e competências, na perspectiva de não realizar ações que não coadunem com suas prerrogativas, mas que contribuam com a atuação interdisciplinar com vistas ao alcance dos objetivos de promoção à saúde.

O CFESS (2010) considera que as ações do assistente social no trabalho em equipe não podem se confundir, desta forma, com ações eminentemente administrativas ou que demandam formação técnica específica que não esteja contemplada na formação do profissional do Serviço Social.

Por isso, o CFESS (2010) cita ações e procedimentos no âmbito da saúde que não fazem mantêm relação com as atribuições do assistente social:

marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; • solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; • identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; • pesagem e medição de crianças e gestantes; • convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; • comunicação de óbitos; • emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; • montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos

(órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (CFESS, 2010, p. 46).

O trabalho dos assistentes sociais nas unidades de saúde também pode contribuir para o alcance dos objetivos da Política Nacional de Humanização. Tal política almeja criar uma cultura de atendimento pautada na qualidade do serviço, onde o usuário seja ouvido e atendido em suas necessidades.

Entretanto, a concepção de humanização deve evitar compreensões que romantizem a atuação e reduzam as intervenções apenas à proposta de mediação de conflitos entre o usuário e o serviço de saúde. O significado da humanização na saúde deve levar em consideração a necessidade de avaliar os determinantes sociais do processo saúde-doença e a inclusão da participação dos usuários para a promoção de melhoramentos nos fluxos e rotinas dos serviços. Deve levar em consideração ainda a necessidade de avaliar as condições e relações de trabalho em que se encontram os profissionais da saúde, apontando, dentre outros, para as demandas de educação permanente das equipes.

Vale recortar as principais ações que o assistente social pode desencadear no trabalho em equipe nas diversas unidades de saúde:

- esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento

construídas com a participação da equipe de saúde; • identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida; • realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos<sup>41</sup>; • participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica; • planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito; • avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe; • participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária; • realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos (...), às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social (CFESS, 2010, p.53)

As ações socioeducativas do assistente social junto a usuários podem ser processadas por meio de abordagens coletivas ou individuais. Tais abordagens não se reduzem a mera transmissão de informações, mas a partir de objetivos que intencionem desencadear processos educativos que favoreça a promoção da saúde bem como problematize a relação do usuário com a política de saúde, ou seja, é importante contribuir na construção de uma cultura onde o usuário se reconheça cidadão portador de direitos, incluindo o acesso aos serviços e procedimentos necessários para promoção da sua saúde.

O CFESS (2010) destaca que o assistente social pode desenvolver as seguintes atividades no âmbito das ações socioeducativas:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse (CFESS, 2010, p. 56).

A partir do debate apresentado sobre a atuação do assistente social na política de saúde, apresentaremos no item a seguir, o debate sobre a relação do trabalho do assistente social e a captação de órgãos.

## **2.2. SERVIÇO SOCIAL E A CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS**

Albiero e Bialle (2018) afirmam, a partir de pesquisa realizada no setor de captação de órgãos da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba/Paraná, que o assistente social realiza naquele campo ocupacional, em conjunto com equipe, abordagem individual ou coletiva com familiares visando a orientação acerca dos procedimentos de doação dos órgãos.

Pontuam que o trabalho objetiva o esclarecimento de dúvidas dos familiares no momento da decisão sobre a possível doação de órgãos. Citam que a autorização do familiar ainda é um elemento que dificulta a captação de órgãos. Destacam que o trabalho do assistente social com as famílias permite abordagem livre de julgamentos morais, o que agrega a abordagem da equipe multidisciplinar.

Pereira et al (2018) também destacam, no Trabalho de Conclusão de Curso produzido para o Centro Universitário do Sul de Minas, que um dos grandes desafios da equipe multiprofissional que trabalha nos setores de captação de órgãos é transformar o índice de doadores em potencial e doadores efetivos de modo que a lista única de espera seja reduzida e mais pacientes possam ser contemplados com as doações.

Citam que um dos maiores impedimentos para a concretização da doação é a dificuldade de obter autorização dos familiares. Afirmam que, nesse contexto, o assistente social pode contribuir nesse processo positivamente em função do trabalho educativo que pode realizar com a família no momento de decisão antes ou após a morte de um familiar.

Carraro & Reis (1998), vinculadas a Central de Transplantes Regional Norte de Londrina, Paraná, também destacam a importância das intervenções do assistente social com as famílias para corroborar com o trabalho de captação de órgãos.

Destacam ainda o cuidado necessário na abordagem, apresentando debate sobre a importância de respeitar o luto vivenciado pelos familiares. Afirmam que é preciso reconhecer que estarão, geralmente, sensíveis e abalados, necessitando de momento de expressar as vivências frente a morte de um dos membros de sua família. Analisam que, na cultura brasileira, a morte é vista com resistência. Assim, pontuam que é importante conhecer as representações dos familiares sobre tal momento antes da abordagem sobre a doação de órgãos propriamente dita. Analisam que é importante ainda conhecer e respeitar o posicionamento dos familiares sobre a questão da doação de órgãos, na perspectiva de não reproduzir falas mecanizadas sobre a importância da doação.

Viegas (2018), a partir de sua inserção na Central Estadual de Transplantes do Maranhão, analisa que o trabalho multiprofissional neste campo é fundamental. Pontua que os objetivos institucionais serão alcançados na medida em que as diferentes categorias profissionais trabalharem em conjunto. Cita que, além da abordagem com os familiares para captação de órgãos, o assistente social pode desenvolver campanhas educativas para sensibilizar os

usuários do serviço de saúde para a questão da doação de órgãos e tecidos para transplantes. Faz referência ainda a importância do assistente social no trabalho de capacitação de profissionais da rede de serviços de saúde acerca da temática, na perspectiva de promover articulação dos serviços.

Monteiro & Mosquera (2019), que analisam o trabalho da Central de Transplantes da Bahia, chamam atenção para a necessidade de incorporar, na graduação em Serviço Social, formação acerca do trabalho do assistente social nos serviços de captação de doação de órgãos para transplantes no âmbito do SUS para que o Serviço Social possa atender as demandas emergentes deste setor da política de saúde.

As referidas autoras citam a importância de mobilizar os estudantes para essa temática. Afirmam que: “nessa perspectiva, mais do que instrumentalização, o SUS deverá ser apreendido em sua conformação política e esforço em superar o modelo médico-hegemônico através de ações de caráter multidisciplinar e de cunho usuário-centrada” (MONTEIRO & MOSQUERA, 2019, p. 4).

Além da referida questão, Monteiro & Mosquera (2019) reconhecem a dimensão educativa como característica fundante da intervenção do assistente social, o que contribui para a abordagem com as famílias acerca da doação dos órgãos. Também citam que o maior desafio nesta área é a dificuldade dos familiares compreenderem a importância da doação. Analisam que, desta forma, a inclusão de assistentes sociais da política de transplante pode contribuir para a abordagem, além da proposição de programas educativos e de mobilização que atuem na produção de conhecimento sobre a temática.

Pontuam que campanhas de mobilização podem romper com representações tradicionais sobre a questão da doação de órgãos após a morte e facilitar a ampliação do número de doadores, rompendo com ciclos de negação à doação. Citam, inclusive, pesquisas realizadas que apontam que a maioria das famílias desconhecem a possibilidade de doação de órgãos e sua importância para aqueles que estão na fila de espera para recuperação da saúde.

Lopes et all (2017) analisam a intervenção do assistente social no Núcleo de Transplante hepático do Hospital Universitário vinculado a Universidade

Federal de Santa Catarina. Relatam o trabalho do assistente social, inserido em equipe multiprofissional, com os pacientes que necessitam de transplante renal.

No debate das autoras sobre a atuação do assistente social, destacamos aquele que se refere ao conceito de família. As autoras citam a importância de utilização de conceito ampliado de família, não reproduzindo perspectivas tradicionais que vinculam família à consanguinidade. Assim, pontuam que o familiar é aquele que se constitui enquanto referência para o paciente e que pode assumir as funções relacionadas ao apoio e o cuidado. Afirmam ainda que, no acompanhamento das famílias, o assistente social tem a função de identificar suas demandas e articular a rede de serviços para atendimento de suas necessidades, incluindo aquelas relacionadas a garantia de benefícios sociais previdenciários ou assistenciais.

A Lei nº 10.211/2001 em seu "Artigo 4º diz que 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."

Leal (2016), no seu Trabalho de Conclusão de Curso, indica que encontrou poucas publicações sobre o trabalho do assistente social no campo de transplante de órgãos. Na pesquisa que desenvolveu, dentre outros, apresentou o trabalho do assistente social na equipe multiprofissional do setor de transplante renal no Imperial Hospital de Caridade.

Analisa que o assistente social pode contribuir, no âmbito da equipe, com análise que percebe o indivíduo na sua totalidade tendo em vista sua fundamentação teórica, ética e técnica crítica. Desta forma, o profissional de Serviço Social pode contribuir para o acolhimento do paciente na perspectiva da garantia dos seus direitos no âmbito da unidade hospitalar bem como em outros aspectos de suas relações sociais. Cita ainda que é preciso conhecer os limites da política de saúde no Brasil para avaliar a morosidade dos transplantes.

Fernandes et all (2015) analisam resultados de pesquisa realizada em unidade hospitalar do estado de São Paulo sobre vivências e sentimentos dos

familiares de doadores frente ao processo de doação de órgãos. A pesquisa foi realizada por equipe multiprofissional. Dentre os resultados, os autores identificaram que os familiares sinalizaram o quanto a comunicação do óbito, feita pelos médicos, careceu de sensibilidade e suporte para lidar com a situação vivenciada pela família. Analisam que tal questão pode interferir diretamente na adesão à sensibilização para a doação de órgãos, comprometendo o processo de captação. Afirmam que o estudo apontou o reconhecimento do assistente social e do enfermeiro como profissionais que mais se preocuparam com atenção à família.

Conceição (2017), no Trabalho de Conclusão de Curso para o Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, objetivou discutir o Sistema Nacional de Transplantes no SUS. A autora analisa, dentre outros, diversos elementos que prejudicam o processo de captação de órgãos. Desta forma, não centraliza o debate apenas nas dificuldades da família de concordarem com a doação. Inclui fatores vinculados a própria organização dos serviços de saúde, como por exemplo, falta de uma política de capacitação sistematizada para os profissionais e a desqualificação do cuidado. Nos dizeres da autora:

Identificou-se que a doação de órgão diz respeito a um processo complexo em que se abarca uma série de etapas, quando por sua vez enfrenta uma série de fatores limitantes, que advém da organização da política de saúde do país e do aparelhamento do programa de transplantes, da imprópria manutenção do potencial doador, do desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito do processo de doação, das elevadas taxas de recusa familiar e a desqualificação do cuidado (CONCEIÇÃO, 2017, p. 7).

A humanização do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, segundo Conceição (2017), se constitui como estratégia fundamental para promoção do cuidado integral e, conseqüentemente, materialização dos princípios do SUS.

Almeida et all (2019) descrevem o protagonismo do assistente social no trabalho com famílias. Especificamente, analisam a importância da família diante do processo de transplante de córneas dos pacientes receptores do Banco de Olhos Maria Sesti Barbosa da Santa Casa de Misericórdia de Presidente

Prudente. Afirmam a necessidade de considerar a família em sua diversidade e realizar intervenções na perspectiva de fortalecimento de vínculos familiares. No debate das autoras, a família tem função de destaque no processo de transplantes de córneas. Segundo as autoras:

Portanto a proposta de um projeto envolvido na sensibilização das famílias dos pacientes receptores de córneas é de suma relevância. Neste cenário, o assistente social atua como transformador ao utilizar seu conhecimento teórico, metodológico e técnico operativo para desenvolver um trabalho além do aparente, buscando intervir nas necessidades dessa demanda e garantir sua integralidade (ALMEIDA et all, 2019, p. 13).

Daibert (2007) apresentou, na sua dissertação de mestrado, pesquisa que realizou acerca dos fatores determinantes da recusa familiar na doação de órgãos a partir da percepção de familiares que não consentiram com tal doação.

Assumiu o pressuposto de que “a integralidade da atenção está profundamente articulada ao cuidado, devendo ser um objetivo presente nos níveis de atenção, na rede de serviços, nas áreas da política de saúde” (DAIBERT, 2007, p. 93).

Nesse sentido, a autora analisa que, dentre outros, a precarização da assistência em saúde oferecida nas unidades de saúde compromete a disponibilização dos familiares de refletirem sobre a possibilidade de doação de órgãos. Cita que a sobrecarga dos profissionais da saúde, os problemas de infraestrutura dos serviços e a falta de conhecimento sobre a questão da doação de órgãos comprometem a confiança da família e aumentam, por conseguinte, suas desconfianças no SUS. Analisa que a desumanização do atendimento e do acolhimento da família é, então, fator que dificulta a adesão dos familiares ao processo de doação de órgãos.

Suas reflexões explicitam, dentre outras, análises que indicam a necessidade e avaliar as condições e relações de trabalho dos profissionais, assumindo o pressuposto que tais questões interferem diretamente na qualidade do serviço prestado.

## CONCLUSÃO

Acerca das principais produções que foram indicadas após pesquisa eletrônica realizada no servidor do Google, observamos que a publicação de assistentes sociais sobre a atuação do serviço social no processo de captação de órgãos, em sua maioria, apresenta resultados de pesquisas realizadas a partir de experiências profissionais na área.

Tais pesquisas são apresentadas em eventos técnico- científicos, o que desencadeou a publicação de artigos. Encontramos ainda Trabalhos de Conclusão de Curso e uma dissertação de Mestrado.

A maioria das produções destaca a temática referente as possibilidades de trabalho do assistente social com famílias no âmbito do processo de captação de órgãos. As produções citam também a importância da atuação da equipe multiprofissional. Identificamos ainda análises sobre a importância do trabalho educativo que o assistente social pode desenvolver no âmbito do SUS para contribuir na construção de uma cultura favorável a doação de órgãos.

Em relação aos limites do alcance dos objetivos de ampliação da doação de órgãos para atendimento da demanda existente, encontramos artigos que analisam que a precarização das condições e relações de trabalho bem como da infraestrutura dos serviços de saúde podem ser reconhecidos enquanto elementos que desumanizam o atendimento e, conseqüentemente, fragilizam a adesão dos familiares quanto à sensibilização para doação de órgãos.

Desta forma, a humanização do atendimento pode ser reconhecida enquanto estratégia fundamental das equipes que trabalham no SUS. Repactuar os objetivos das ações profissionais a partir dos princípios do SUS é importante para enfrentar os desafios inscritos na política de saúde no contexto atual.

## REFERÊNCIAS

AIBIERO, C. & BIALLE, A. O processo de trabalho do assistente social na captação de órgãos. In **Cadernos Humanidades em Perspectivas**, volume 03, nº 02. Paraná: UFP, 2018. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/humanidades/article/view/841/730>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

ALMEIDA, A. et all. **A importância da família diante do processo de transplante de córneas dos pacientes receptores do Banco de Olhos Maria Sesti Barbosa da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente In seminário Integrado**, nº 13. Presidente Prudente: Centro Universitário Toledo Prudente, 2019. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SemIntegrado> . Acesso em 28 de setembro de 2020.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ed. Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. **Cadernos de Saúde**. ed. Rede Sirius Rio de Janeiro, 2011.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos e debate**. Saúde e Serviço Social. ed. Cortez, São Paulo, 2012.

BRASIL. **Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos> Acesso em:10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família. Programas e projetos**. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministérios da Saúde, 1997.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 26. Ago. 2019.

BOSCHETTI, Ivonete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CARDOSO, L., **Transplantes: aspectos éticos, legais e religiosos**. Belo horizonte: 2012.

CARVALHO, M. I. L. B. **Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar**. Intervenção Social. 2003.

CARRARO, A & REIS, G. Uma nova dimensão do trabalho do assistente social na área da saúde In **Serviço Social em Revista**, nº01. Universidade Estadual de Londrina: Londrina, 1998. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v1n1.htm>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

CONCEIÇÃO, N. Doação de órgãos e tecidos para transplantes: a concretização da integralidade no Sistema Único de Saúde? Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Serviço Social. Universidade do Recôncavo da Bahia. Cachoeira: UFRB, 2017. Disponível em: <https://www.ascom.ufrb.edu.br/servicosocial/tccs/category/12-tcc-2016-1?download=268:nadirjane-nogueira-conceicao>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS e ABEPSS, 2010. p. 30-56

CORACIN, F. L.; MELLO, W.R. **Transplante de Órgãos e tecidos**. Membros Titulares do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar Intensiva. 2013. <http://www.cbrohi.org.br/transplante/>. Acesso em 20 de julho de 2020.

COSTA, A. C. F. **Direito Sanitário e Saúde Pública: Coletânea de textos, volume I**, Brasília: Ministérios da Saúde, 2003, p. 155

DAIBERT, M. **Recusa familiar na doação de órgãos da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/Regional Zona da Mata/ Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Serviço Social/Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Juiz de Fora: UFJF, 2007. Disponível em:

<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2879/1/monicacamposdaibert.pdf>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

FERNANDES, M. et all. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. In **Revista Latino Americana de Enfermagem**, nº 23. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00895.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00895.pdf). Acesso em: 28 de setembro de 2020.

FONTINELE, K. J. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. 2ª Ed. Goiânia: Editora AB, 2008.

GREGORINI, A. C. **Doar ou não? Aspectos Envolvidos na Doação de Órgãos e tecidos**. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Universidade do Extremo Sul Catarinense. 2010.

IAMAMOTO, CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 20ª ed. São Paulo. Cortez. 2007.

KRÜGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista katalysis**, Florianópolis, v. 17, n.2, p.218-226, jul. /dez. 2014.

LEAL, J. **Os desafios profissionais do serviço social na equipe multiprofissional do setor de transplante renal no Imperial Hospital de Caridade**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/78551034.pdf>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

LOPES, A. et all. A intervenção do assistente social junto ao núcleo de transplante hepático do HU/UFSC In **II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180183/102\\_00454.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180183/102_00454.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 28 de setembro de 2020.

MATOS, M. C. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Revista Serviço Social e Sociedade**. nº. 74. São Paulo: Cortez, julho de 2013.

MONTEIRO, L & MOSQUERA, S. O trabalho do assistente social na política de transplantes: uma experiência da Faculdade Dom Pedro II na produção do conhecimento no Serviço Social. **II Jornada Ação Social com Ciência**. Salvador: Curso de Serviço Social Faculdade Dom Pedro II, 2019. Disponível

em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-061.pdf>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

NETTO, José Paulo. **Para a Crítica da Vida Cotidiana**. In: Cotidiano: conhecimento e crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez. p. 63-93. 1989.

NETTO, J. P. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ed. Cortez, 2009.

NETO, M. L. S. **História dos Transplantes**. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Sociedade. Goiás: PUC, 2004.

OLIVEIRA, P. P. **O Serviço Social na Saúde: Trajetória, Demandas e Enfrentamentos no âmbito hospitalar**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

PAIM, J.; SILVA, P. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. ed. Cortez, 2008.

PEREIRA et all. **Doação de órgãos e o Serviço Social: um rico e desafiador campo de atuação**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Serviço Social. UNIS-MG: 2018. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

POLIGNANO, M. V. História das políticas públicas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. In: CURY, G.E. et al. **Cadernos do Internato Rural. Depto de Medicina Preventiva e Social**. Faculdade de Medicina de Minas Gerais: BH, 2000.

ROSA, W. W. **A Atuação do Serviço Social no Contexto Hospitalar: as demandas relativas ao tratamento fora de domicílio**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Sul de Santa Catarina. 2009.

ROZA, B. A. et al. **Captação de Órgãos para Transplantes**. Seção 15. Condutas no Paciente Grave. São Paulo, Atheneu, 2006.

SARMENTO, Helder Bóska de Moraes. **Repensando os instrumentais em Serviço Social**. In: **Textos de teoria e prática de Serviço Social: estagio profissional em Serviço Social na UFPA**. Sílvia da Costa Stockinger (Org.) – Belém: Ed. Amazônia / UFPA, 2005. p. 6-48. Superando Desafios – **Cadernos do Serviço Social UERJ/HUPE**, 1999, vol.4.

SILVA, J. C. M.; SILVA, M. O. S. **O trabalho do assistente social no sistema único de saúde**. vol. 5. 2009.

SILVA, M. O. S. **Formação Profissional do Assistente Social: inserção na realidade social e na dinâmica da profissão**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995

SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES (SNT). **Histórico**. Ministério da Saúde. Brasília: SNT, 2001. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/integram.htm> . Acesso em 01 de março de 2020.

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 225-264, 2005.

VIEGAS, D. A **Inserção do Assistente Social na Central Estadual de Transplantes do Maranhão (CET/MA)** a partir dos Princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. In 39º Encontro de Assistentes Sociais do Maranhão. CRESS-MA: São Luiz, 2018. Disponível em: <http://www.cressma.org.br/wp-content/uploads/2018/06/A-Inser%C3%A7%C3%A3o-do-Assistente-Social-na-Central-Estadual-de-Transplantes-do-Maranh%C3%A3o-CET-MA-a-partir-dos-Princ%C3%ADpios-do-Sistema-%C3%9Anico-de-Sa%C3%BAde-SUS.pdf>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

YASBEK, M. C. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009.