

**Contribuição dos autores:**

DAB coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. LCAS orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. WJD orientação do projeto e delineamento do estudo. RFS delineamento do estudo. RCMAS delineamento do estudo.

**Contato para correspondência:**

Daniele Angelo Bustamante

**E-mail:**

daniele-bustamante@hotmail.com

**Conflito de interesses:** Não

**Financiamento:** Não há

**Recebido:** 26/02/2019

**Aprovado:** 08/08/2019



# Adaptação do instrumental de avaliação social em transplante hepático

## Adaptation of the instruments of social assessment in liver transplantation

Daniele Angelo Bustamante<sup>1</sup>; Luzia Cristina de Almeida Serrano<sup>1</sup>; William José Duca<sup>1</sup>; Renato Ferreira da Silva<sup>1</sup>; Rita de Cássia Martins Alves da Silva<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Introdução:** O fator social interfere na realização de um transplante hepático, podendo contraindicá-lo momentaneamente. Para a análise e intervenção na realidade social do sujeito/paciente, o assistente social utiliza um instrumental que, devido ao seu valor, necessita de implementações, dado o movimento social. **Objetivo:** Adaptar o instrumental de avaliação social utilizado na Unidade de Transplante de Fígado. **Método:** Estudo quanti-qualitativo, pesquisa de campo com amostra intencional (assistentes sociais de Unidade de Transplante, com experiência no uso de instrumental de avaliação), análise de dados na perspectiva dialética e observação participante. **Resultados:** Todos os assistentes sociais utilizavam e três apontaram sugestões de melhorias, sendo os itens meios de comunicação e renda familiar os de maior destaque para alterações. As sugestões específicas para determinada unidade e as que alterariam o score do sistema de avaliação não foram implementadas. A partir da observação participante, outras alterações e informações foram incluídas para melhorar e ampliar o instrumental de acordo com a necessidade observada no cotidiano profissional. **Conclusão:** As alterações realizadas na adaptação favorecem a abordagem das variáveis sociais no momento da avaliação e contribui para o registro das intervenções sociais. Além disso, avança na visão totalitária do sujeito e da realidade social.

**Descritores:** Adaptação; Condicionamento Operante; Condições Sociais; Transplante de Fígado.

### ABSTRACT

**Introduction:** The social factor interferes with the performance of a liver transplant and may contraindicate it momentarily. For the analysis and intervention in the social reality of the subject / patient, the social worker uses a tool that, due to its importance, needs implementations, due to the social movement. **Objective:** To adapt the social assessment tool used in the Liver Transplant Unit. **Methods:** Qualitative and quantitative approach study, field research with intentional sample (Transplant Unit social workers experienced in using assessment tools), data analysis was performed from a dialectical perspective and participant observation. **Results:** All social workers used it, and three pointed to suggestions for improvement, with media and household income being the most prominent items for change. Specific suggestions for a particular unit and those that would change the rating system score were not implemented. From participant observation, other changes and information were included to improve and expand the tool according to the need observed in the professional routine. **Conclusion:** Changes in adaptation favor the approach of social variables at the time of assessment and contribute to the registration of social interventions. Moreover, it advances in the totalitarian view of the subject and social reality.

**Descriptors:** Adaptation; Conditioning, Operant; Social Conditions; Liver transplantation.

## INTRODUÇÃO

A realização de um transplante hepático<sup>1</sup> envolve diversos fatores de risco que podem impactar a adesão ao tratamento. Assim, o processo de avaliação da equipe, bem como a avaliação psicossocial, torna-se extremamente necessária para que o paciente e família sejam avaliados quanto às condições de inserção em fila de transplante<sup>1,2</sup>.

Em vários países anglo-saxônicos, no momento pré-transplante, são usados instrumentos de avaliação psicossocial com destaque para as escalas: *Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation* (PACT), *Transplant Evaluation Rating – (TERS)*<sup>3,4</sup> e a *Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation* (SIPAT)<sup>2,4</sup>, que favorecem o conhecimento do perfil e das circunstâncias que envolvem a vida do paciente e, desta forma, a melhoria da assistência<sup>1</sup> a ser oferecida.

No Brasil, a modalidade de avaliação psicossocial, que faz parte da avaliação da

equipe multidisciplinar<sup>5</sup> nos centros ou unidades de transplante, ocorre de forma separada. Ou seja, cada profissional realiza avaliação específica, de acordo com a área de conhecimento; o psicólogo utiliza alguns instrumentais específicos e o assistente social, um instrumental de abordagem social.

No processo de avaliação social em transplante hepático no Hospital de Base<sup>6</sup>, o assistente social utiliza-se de um instrumental<sup>7</sup>, que tem por finalidade levantar as variáveis sociais, que isoladas ou em conjunto, revelam as informações necessárias para a emissão do parecer social<sup>8,9</sup>. O instrumental é composto, inicialmente, pela identificação do sujeito e o perfil sociodemográfico; na sequência, pelos critérios de elegibilidade - divididos em 4 eixos temáticos: aceitabilidade, dinâmica familiar, acessibilidade, condições socioeconômicas e, ao final, pelo score de definição do parecer social. O parecer identifica se o paciente encontra-se em condições sociais desfavoráveis, favoráveis limitadas ou favoráveis para o transplante<sup>7,8</sup>.

Além do valor social acima, a avaliação social objetiva identificar as manifestações da questão social<sup>10</sup> que podem ser impeditivas ou contraindicarem momentaneamente a realização do procedimento cirúrgico. Tal instrumento também possibilita a análise e interpretação da realidade (social) do indivíduo/paciente<sup>7</sup>, bem como, contribui para a definição de estratégias de intervenção junto com a família e o paciente<sup>6</sup>.

Considerando a importância da avaliação social no fazer profissional e a dinâmica da realidade social vigente, o cotidiano vem demonstrando a necessidade de alterar alguns elementos presentes na avaliação que é utilizada há 18 anos na Unidade de Transplante de Fígado e nas demais unidades transplantadoras do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, Brasil. Sendo assim, objetiva-se, com este estudo, adaptar o referido instrumental de avaliação social em transplante hepático às necessidades atuais para que seja condizente com tal realidade.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de estudo quanti-qualitativo<sup>11</sup> com pesquisa de campo e observação participante<sup>12</sup>, realizado na perspectiva do materialismo histórico-dialético<sup>13</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/SP (FUNFARME), sob o parecer: 2.717.793; CAAE: 90246318.6.0000.5415.

Antes de iniciar o presente estudo, foi realizado contato e solicitada a autorização da autora do instrumental de avaliação social para que pudessemos realizar tal adaptação, o que foi autorizada através da devolutiva via e-mail do Instituto do Coração - INCOR.

A pesquisa de campo ocorreu nas Unidades de Transplante do Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto/SP, em julho de 2018. A amostra foi escolhida intencionalmente<sup>14</sup> e foram selecionados para a pesquisa os profissionais com experiência no uso de instrumental de avaliação social em transplante, independentemente da modalidade, por isso o reduzido número de participantes. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes.

Participaram do estudo 3 (três) assistentes sociais que atuavam em unidade de transplante (coração, rim e pulmão/células-tronco hematopoéticas - TCTH) e 1 (um) com experiência anterior (fígado). Os profissionais responderam a um questionário que visava à coleta das informações, para contribuir com as alterações necessárias; foram respeitados os princípios e diretrizes da Resolução 466/2012, que versam sobre pesquisa envolvendo seres humanos. A alusão às respostas dos assistentes sociais será pelo tipo de transplante realizado na Unidade de referência.

Na observação participante<sup>12</sup>, as assistentes sociais (autoras), que atualmente trabalham na Unidade de Transplante de Fígado e Pâncreas-Rim, registraram as variáveis passíveis de implementação a partir da vasta experiência no uso do instrumental de Lemos<sup>7</sup>.

## RESULTADOS

Visando a percepção da totalidade, a caracterização do grupo participante no estudo segue no quadro 1 representativo.

**Quadro 1.** Caracterização dos assistentes sociais com experiência no uso do instrumental de avaliação social de Lemos, utilizado em Unidade de Transplante de Fígado, São José do Rio Preto, Brasil, 2018.

Unidade de transplante	Idade	Gênero	Pós-graduação	Tempo de experiência
Coração	45	feminino	Recursos Humanos	17 anos
Rim	30	masculino	Saúde Coletiva	3 anos
Pulmão e TCTH	46	feminino	Gestão e Polít. Sociais	2,6 anos
Transplante de Fígado	40	feminino	Políticas Públicas	0,6 ano

O grupo apresentou-se com média de idade de 40 anos, adulto, feminino (75%), pós-graduado (100%), atuando em uma Unidade de transplante (75%) e todos (100%) utilizavam ou utilizou o instrumental de avaliação elaborado por Lemos<sup>7</sup>.

A opinião dos assistentes sociais quanto à abrangência do instrumental, no sentido de constar todas as informações e variáveis necessárias para uma avaliação completa e atualizada da realidade social e quais os itens a serem alterados, foram descritos no quadro 2.

**Quadro 2.** Análise dos assistentes sociais sobre o instrumental utilizado quanto ao atendimento da demanda e indicação de alterações

Identificação por Unidade de transplante	Atendimento das necessidades da avaliação	Variáveis indicadas para alteração
Coração	Em grande parte	07 - Meios de comunicação; 24 - Renda familiar; 32 - Padrão habitacional;
Rim	Parcialmente, não atende a todas as unidades	03 - Estado conjugal; 06 - Residência; 07 - Meios de comunicação; 08 - Escolaridade; 10 - Ocupação; 11 - Nível ocupacional; 12 - Condição de atividade; 13 - Vínculo previdenciário; 15 - Composição familiar; 24 - Renda familiar per capita em salário mínimo
TCTH e Pulmão	Sim	Não apontou
Fígado e Pâncreas-Rim	Parcialmente, necessita de atualização frente às mudanças sociais	07 - Meios de comunicação 18 - Instrução familiar

O instrumental de avaliação em transplante cardíaco de Lemos<sup>7</sup>, apesar de efetivo e extremamente importante em unidade de transplante, não responde às necessidades profissionais de avaliação social (75%) em sua totalidade, na atual conjuntura. Um dos entrevistados (rim – 25%) e as assistentes sociais da unidade de fígado já haviam incluído algumas informações, durante sua experiência, para melhorar ou ampliar o rol de dados do instrumental.

Outras alterações foram sugeridas, mas se tratam de informações específicas para determinada área de transplante (TCTH – 25%), como por exemplo, a inclusão de um campo para registro de nome do doador aparentado (nome, origem, estado civil, vínculo de trabalho, tempo disponível para realizar a doação). Também foi sugerida (rim – 25%) a inclusão de um campo que constasse as modalidades de tratamento (hemodiálise, diálise peritoneal automatizada - DPA, diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD) bem como, há quanto tempo vem realizando tal tratamento.

Além das sugestões citadas acima, os apontamentos realizados durante a observação participante demonstraram que outros ajustes poderiam ser incorporados para uma melhor avaliação, como os que se seguem:

1) Inclusão, após a idade do paciente, do diagnóstico da doença, religião do paciente e a inserção de pergunta sobre o uso de bebida alcoólica (item 1).

2) Alteração do campo da procedência (item 5) para: São José do Rio Preto e DRS XVI e demais regiões do País.

3) Inclusão (item 13) das opções sobre tipo de política e benefício concedido para o tratamento em saúde.

4) Inclusão na aceitabilidade (item 14) dos termos: com conhecimento e sem conhecimento.

5) Inserção (no item 16) de campo para registro do nome do cuidador nomeado e do(s) possível(veis) cuidador(es).

6) Ampliação na categoria Meios de transporte (item 22), o termo Rede de atenção básica, cujas opções para assinar foram implementadas com TFD (Tratamento Fora de Domicílio).

7) Inclusão dos gastos com o tratamento - renda x despesas - (item 24).

8) No item 32 que avalia o padrão habitacional, foi adicionado o campo sobre a necessidade, ou não, de realizar visita domiciliar.

9) Ao final do instrumental, admissão do campo de Orientações Sociais (básicas, item 34; específicas, item 35) que descreve as principais orientações que devem ser abordadas durante a avaliação social; logo abaixo, foram constados os instrumentais de orientações do Serviço Social (benefícios previdenciários, assistencial, Tratamento Fora de Domicílio - Port. SAS/SUS 055 de 22/2/1999; item 36)

10) Inclusão de outro campo para constar os encaminhamentos sociais (item 37) realizados e histórico de vida do paciente (familiar, profissional, tratamento, emocional, entre outros; item 38).

11) Ao final, inserção de campos para descrição do nome do assistente social que fez a avaliação, número do conselho profissional e data.

## DISCUSSÃO

O Serviço Social é uma profissão que preserva a predominância do gênero feminino nos ambientes de trabalho, e isso é reflexo da profissão, que se iniciou, historicamente, com o trabalho comunitário de mulheres<sup>15</sup>. Porém, um profissional de gênero masculino fez parte do perfil apresentado.

As variáveis demonstradas no quadro 2 foram analisadas e as alterações sugeridas foram implementadas ou não, conforme se descreve a seguir. O Estado Conjugal (item 3) no instrumental de avaliação apresenta as opções: com companheiro, sem companheiro e não se aplica (criança). Apesar de ter sido sugerido (rim - 25%) que incluísse as categorias do estado civil: casado, solteiro, separado, viúvo, divorciado, para o Serviço Social em Transplante de Fígado apenas as três categorias existentes no instrumental são suficientes para que saibamos se o paciente conta ou não com um parceiro(a)/companheiro(a) durante as etapas do tratamento. No entanto, optou-se por incluir o tempo da união estável, visto que constitui um facilitador no acesso a direitos quando é necessária sua comprovação.

Na variável Residência (item 6) constam as alternativas: Fixa ou Temporária. A residência temporária é o tipo de habitação que pode indicar necessidade de mudança em algum momento e isso pode comprometer os cuidados especiais. As sugestões ofertadas (rim - 25%) nesta variável foram que incluísse os tipos específicos de residência: própria, cedida, alugada, temporária, financiada, instituição - qual: \_\_\_\_\_, outras. O tipo de residência é importante porque quando se paga aluguel ou financiamento residencial, isso interfere diretamente na renda familiar podendo facilitar ou prejudicar o tratamento, a depender do valor que é despendido para isso.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informa que os domicílios alugados podem comprometer a renda da família e isso dificulta a satisfação de outras necessidades. Os indicadores apontam que se o aluguel comprometer mais de 30% da renda familiar é considerado ônus excessivo<sup>16</sup>. Além disso, a informação sobre a residência ser fixa ou temporária, é importante ao assistente social para que se reforce as orientações acerca dos requisitos básicos relativos aos itens 27 ao 32 quanto aos cuidados especiais em âmbito domiciliar, visando que a próxima habitação seja um local adequado na recuperação do paciente após o transplante. Sendo assim, serão acrescentadas tais informações.

Quanto aos Meios de Comunicação (item 7): correio, telefone de recado, telefone de recado e BIP, telefone residencial e BIP, a maioria dos entrevistados (coração, rim e fígado - 75%) identificaram necessidade de atualizar os termos e um deles (rim - 25%) sugeriu trocar para "telefone para contato", apenas.

As alterações sugeridas são devidas pela importância do cadastro do paciente na área da saúde e de que o bip não é mais usual. As articulações, contatos e convocações por telefonemas, ao longo das etapas do tratamento, facilitam a chegada da informação e a resposta familiar da motivação. Desta forma, este campo vai ser alterado para: telefones/outros para articulações: \_\_\_\_\_.

A abordagem sobre Escolaridade (item 8) no estudo de Lemos<sup>7</sup> preserva a nomenclatura da antiga hierarquização do sistema educacional (curso primário e 1º grau; 2º grau, 3º grau, completos e incompletos). Na pesquisa foi sugerida (rim - 25%) a inclusão dos termos atualizados: sem escolaridade, ensino fundamental, médio e superior completo e incompleto para serem assinalados. Atualmente a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional (LDB) divide os níveis de educação escolar em educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio) e a educação superior<sup>17</sup>.

Devido ao fato dos usuários, dependendo da idade, terem acessado o ensino na fase em que a nomenclatura adotada era a antiga e hoje ter outro formato, deixar-se-á o campo da forma como está (aberta), registrando-se as nomenclaturas de acordo com a época do curso. A partir destas informações, em relação à escolaridade do paciente, se estabelece o nível de instrução educacional (item 9), caracterizado como: muito baixo, baixo, intermediário, alto, muito alto. Estas nomenclaturas foram retiradas da Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados<sup>7</sup>; optou-se por não alterar por não se ter encontrado atualização quanto a isso.

A Ocupação (item 10) refere-se à atividade de trabalho que o paciente economicamente ativo exerce no momento em que ocorrem as avaliações da equipe. Este item é a base para a análise da variável Nível Ocupacional (item 11). Neste, é avaliada a qualidade (rotatividade e renda percebida) da inserção do paciente no mercado de trabalho com seguintes opções: Muito Ruim, Ruim, Regular, Bom e Muito Bom.

A sugestão ofertada (rim - 25%) na pesquisa foi de que registrasse se o trabalho é formal (com carteira assinada) ou informal (sem) e se o paciente estaria desempregado no momento da avaliação. Estas informações contribuem para que o assistente social possa definir os tipos de orientações a serem ofertadas para o acesso a benefício previdenciário ou assistencial. Além disso, a informalidade rebate na reprodução da vida social individual e coletiva<sup>18</sup>. Tais sugestões foram implementadas.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA mostra que o dinamismo do mercado de trabalho informal vem ocorrendo por conta do aquecimento deste mercado e do segmento das pessoas que trabalham por conta própria. Este fator desencadeia uma diminuição daqueles que contribuem para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)<sup>19</sup>. Nesta condição, além dos trabalhadores não terem cobertura dos sistemas de proteção social, tal trabalho está associado a baixos rendimentos, pouca escolaridade e pobreza, sendo o seu crescimento considerado um problema econômico e social<sup>20</sup>.

No que tange a Condição de Atividade (item 12): Inativo ou Ativo foi sugerido (rim - 25%) apenas detalhamento destas informações e isso já está contemplado em outros itens. Assim, será apenas incluído o tempo em que o paciente está na condição assinalada. O tempo da inatividade pode ocasionar a perda da qualidade de segurado previsto

na legislação previdenciária (Regime Geral) e o tempo de ativo no mercado formal de a pode contribuir na elevação do período em que o paciente, mesmo não contribuindo, permaneça na condição de beneficiário<sup>21</sup>. Ter conhecimento acerca desta variável também incide em outras orientações do Serviço Social, como o preenchimento de critérios para acesso a serviços, programas e benefícios da assistência social, a exemplo do “bolsa família”.

O Vínculo previdenciário (item 13) refere-se às variáveis secundárias: Sem vínculo, Contribuinte, Beneficiário ou Dependente. As sugestões (rim – 25%) foram acrescentar informações sobre o tipo de benefício previdenciário que a pessoa vem acessando: auxílio-doença; aposentadoria (tempo de contribuição, idade, por invalidez)<sup>22</sup> para que o profissional apenas assinalasse. No entanto, preferiu-se apenas deixar o campo livre para incluir o tipo de benefício e a inclusão da opção do recebimento do benefício assistencial (BPC – Benefício de Prestação Continuada<sup>21</sup>). Além disso, será acrescentada a opção para incluir o tempo em que a pessoa vem recebendo o benefício.

Na Composição familiar (item 15): Unipessoal, Nuclear e Nuclear composta, a sugestão (rim – 25%) foi de inclusão de um quadro onde conste a composição familiar detalhada, com os itens: nome, idade, grau de parentesco, escolaridade, profissão/ocupação e renda. Esta sugestão favorece uma melhor visualização das informações coletadas e será adotada. Quanto à nomenclatura do tipo de família preservar-se-á a mesma do instrumental, visto que os rearranjos familiares contemporâneos<sup>23</sup> são vastos e ultrapassam os três tradicionais, além do que alteraria o score.

A Instrução Familiar (item 18) teve sugestão de melhorias (fígado – 25%), mas seguirá o mesmo padrão atualizado de nomenclatura adotada na escolaridade do paciente e alterações apresentadas anteriormente (item 8 e 9). Depois de verificadas a escolaridade do chefe da família e do membro melhor posicionado será definido o nível de instrução familiar (item 19).

A Renda Familiar descrita (item 24) é estabelecida por “per capita” em Salários Mínimos (SM), apresenta as opções: até ½ SM; de ½ a 2 SM e >2 SM. Um dos entrevistados (rim – 25%) sugeriu que alternasse esses valores de forma que compreendesse o intervalo acima de 2 SM, objetivando uma compreensão maior acerca da renda familiar. Entretanto, não será alterado este item porque mudaria a estrutura metodológica da pontuação e isto não faz parte das finalidades deste estudo. Outro profissional (coração – 25%) sugeriu que incluísse a renda dos demais membros da família na tabela da composição familiar.

O Padrão Habitacional (item 32) tendo as opções: Precário, Não Satisfatório, Satisfatório e Mais que Satisfatório que é resultante da análise dos itens anteriores (27 - saneamento básico; 28 - material utilizado para a construção da casa, 29 - utilização dos equipamentos básicos e 31 - conforto existente na residência) foi comentado por uma das entrevistadas (coração – 25%) que o formato das perguntas poderiam não corresponder ao que de fato se apresenta na realidade. Salienta-se que estes elementos foram retirados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, 1992<sup>7</sup> e que também não é objeto deste estudo alterar a estrutura metodológica do instrumental. Entretanto, há a possibilidade da realização de visita domiciliar no sentido de complementar as análises citadas, bem como intervir na adequação residencial<sup>24</sup> para os cuidados em âmbito domiciliar.

As sugestões e alterações específicas para determinado tipo de transplante, que não fosse do fígado e que por isso não se

aplica nesta realidade, não foram adotadas. No que tange aos apontamentos realizados durante a observação participante os ajustes adotados, visando melhorar a avaliação social, tem um caráter prático e operacional, conforme discussão abaixo:

1) Inclusão (no item 1) do diagnóstico da doença, por ser indispensável na realização de trabalhos científicos, da religião, por contribuir na crença do sucesso do transplante e da pergunta sobre o uso de bebida alcoólica e tempo de abstinência – visto que a abstinência de 6 meses é importante para a inclusão do candidato no Protocolo do transplante.

2) Alteração do campo da Procedência (item 5) foi necessária por conta da nossa localização. No instrumental consta a região metropolitana de São Paulo, por conta de ter sido elaborado para o Instituto do Coração - INCOR/SP.

3) A inclusão (item 13) das opções sobre tipo de política e benefício: assistencial, BPC – Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social, ocorreu por conta de vários pacientes serem encaminhados ou terem acesso ao BPC.

4) A Inclusão (item 14) dos termos: com conhecimento e sem conhecimento objetivaram saber se o paciente possui informações acerca do tratamento e em relação ao transplante.

5) Inserção de campo (no item 16) para registro do nome do cuidador nomeado e do(s) possível(veis) cuidador(es) foi extremamente importante para facilitar a comunicação da equipe com a família, além de facilitar as convocações.

6) A ampliação na categoria Meios de transporte (item 22), do termo Rede de atenção básica, com a opção TFD (Tratamento Fora de Domicílio), visa facilitar a orientação sobre este direito quando o município de origem tiver distância acima de 50 km de Rio Preto e oferta integral ou parcial de medicamentos.

7) A inclusão dos gastos com o tratamento (item 24) foi implementado devido ao fato de que muitas vezes os membros da família arcam com gastos referentes ao tratamento: estada durante as consultas (quando não há vaga em Casas de Apoio), remédios (mesmo os que são padronizados, por vezes o município não fornece), empréstimos para a manutenção das despesas, entre outros, que incidem diretamente na renda familiar.

8) A adição do campo sobre a necessidade, ou não, de realizar visita domiciliar contribuirá com o monitoramento das intervenções que serão realizadas para que a família possa contar com um local salubre para a recuperação do paciente.

9) O campo de Orientações Sociais (básicas, item 34; específicas, item 35), incluído no final do instrumental, descreve as principais orientações que devem ser abordadas durante a avaliação social e o registro da entrega dos instrumentais de orientações do Serviço Social (benefícios previdenciários, assistencial, Tratamento Fora de Domicílio - Port. SAS/SUS 055 de 22/2/1999; item 36) facilitam a assimilação e as posteriores providências de acordo com a demanda apresentada.

10) O registro dos encaminhamentos sociais (item 37) realizados e histórico de vida do paciente (familiar, profissional, tratamento, questões emocionais, entre outros; item 38) contribui também para a identificação do paciente e família, bem como facilita o registro das informações relevantes no processo de monitoramento das orientações ou intervenções realizadas.

11) A inserção de campos para descrição do nome do profissional que fez a avaliação, número do conselho profissional e data contribuem na identificação do profissional que está acompanhando e atendendo o paciente.

Desta forma, apresenta-se o instrumental de avaliação social como fruto das reflexões relacionadas anteriormente. Os itens que constam as setas foram os itens alterados, melhorados ou incluídos.

## CONCLUSÕES

A incorporação dos elementos apontados no instrumental, na perspectiva dialética, busca a totalidade do contexto social, familiar e conjuntural da política governamental vigente, no sentido de obter informações, inclusive sobre a oferta de bens e serviços disponíveis na rede de atenção à saúde da referência do indivíduo. Entretanto, a base metodológica (score) não foi alterada por não ser objeto deste estudo e, algumas nomenclaturas, que podem sinalizar culpabilidade da pessoa pela situação social em que se encontra, pela falta de modelos ou sistemas atualizados.

Assim, apesar do avanço significativo do instrumental de avaliação social, enquanto resposta às demandas emergentes, sugere-se que, em outro momento, que ele seja objeto de maior aprofundamento nas duas questões apontadas. Desta forma, a avaliação social, entre outras alterações, poderia receber nomenclaturas atuais dos dados sociais que nele constam, incluindo os rearranjos dos modelos de família contemporânea e, possivelmente, o estudo analise a metodologia do score de avaliação para ajustar os itens que foram incorporados.

Deduz-se, então, que as alterações realizadas no instrumental servirão de base tanto para ampliar o conhecimento profissional acerca da realidade social do candidato a transplante, quanto para direcionar o atendimento das demandas apreendidas durante o estudo e avaliação social. As duas direções sociais e o compromisso ético-político da profissão favorecem o acesso do cidadão ao tratamento de alta complexidade, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS de integralidade, universalidade e equidade. Além disso, este trabalho representa o compromisso ético-político da categoria do Serviço Social com a qualidade, humanização e defesa intransigente aos direitos dos cidadãos que usufruem do sistema público de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- Grover S, Sarkar S. Liver transplant-psychiatric and psychosocial aspects. *J ClinExpHepatol*. 2012;2(4):382-92. doi: 10.1016/j.jceh.2012.08.003.
- Krauskopf V. Evaluación psiquiátrica en trasplantes. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28(6):849-54. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.11.006>.
- Telles-Correa D. Candidatos a transplante hepático com doença hepática alcoólica: aspectos psicossociais. *Acta MedPort* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2018 Mar 5];24(S4):835-44. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1587/1170>.
- Hitschfeld MJ, Schneekloth TD, Kennedy CC, Rummans TA, Niazi SK, Vasquez AR, et al. The psychosocial assessment of candidates for transplantation: a cohort study of its association with survival among lung transplant recipients. *Psychosomatics* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 2018 Mar 15];57:489-97. Disponível em: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142879/The-Psychosocial-Assessment-of-Candidates-for-Transplantation.pdf?sequence=1>.
- Camargo PCLB, Teixeira RHOB, Carraro RM, Campos SV, Afonso Junior JE, Costa AN, et al. Transplante pulmonar: abordagem geral sobre seus principais aspectos. *JBP*. 2015;41(6):547-553. [acesso em 18 mar 6]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/pt\\_1806-3713-jbpneu-41-06-00547.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/pt_1806-3713-jbpneu-41-06-00547.pdf)
- Serrano LCA, Flores ACP. Protocolo de intervenção do Serviço Social em unidade de transplante e cirurgia. Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/SP. Funfarme. No prelo - RCI - Revista Científica Integrada Unaerp Campos Guaruja.
- Lemos CRH. Metodologia de avaliação social em programa de transplante cardíaco [dissertação]. Franca: Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"; 1999.
- Lemos CRH. Impacto social do transplante cardíaco [na Internet]. Franca: Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"; 2003. [acesso em 2018 Mar 20]. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106110/lemos\\_crh\\_dr\\_fran.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106110/lemos_crh_dr_fran.pdf?sequence=1).
- Martins LR. A questão dos documentos profissionais no Serviço Social. *TemporalisRevAssocBrasEnsPesqServ Social*. 2017;17(33):75-102. doi:<https://doi.org/10.22422/temporalis.2017v17n33p75-102>.
- Alves JM, Almeida DF, Mustafa SM.As medidas das expressões da questão social: indicadores oficiais de controle da pobreza. In: 2º Congresso Internacional de Olítica Social e Serviço Social: desafios contemporâneos [evento na Internet]; 2017; Londrina; 2017. [acesso em 2018 maio 26]. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134083.pdf>.
- Souza KR, Kerbauy MTM. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *EducFilosofia*. 2017;31(61): 21-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/REVEDFILISSN.0102-6801.v31n61a2017-p21a44>.
- Mônico LS, Alferes VR, Castro PA, Parreira PM. A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Atas CIAIQ* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2018 Maio 20];3:724-33. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447/1404>.
- Masson G, Falch SF. O materialismo histórico-dialético nas pesquisas em Políticas Educacionais. *Rev Est Teóricos y Epistem PolítiEducaci* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 18 Jun 22];3:1-15. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/retepe/article/view/12384>.
- Nobre FC, Corrêa DA, Nepomuceno LH, Nobre LHN, Sousa, AJ, Siqueira Filho, V. Amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multiparadigmático: peculiaridades do método qualitativo. *RevEspacios* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2018 Jun 26];38(22):1-15. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n22p13.pdf>.
- Oliveira EMAP, Chaves HLA. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. *ServSoc Soc*. 2017;(128):143-63. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.098>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. [acesso em 2018 jul 03]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil [homepage na Internet]. Brasília (DF); 1996 [acesso em 18 Set9]. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional; [aproximadamente 21 telas]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm).
- Fagundes HS, Souza MHM. Relações informais de trabalho e o acesso à proteção social. *RevPesqQualitat* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 18 Out 26];5(8):327-43. Disponível em: <https://ojs.netlink.com.br/index.php/rpq/article/view/92/84>.
- Ministério do Trabalho. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Mercado de trabalho: conjuntura e análise [monografia na Internet]. Brasília (DF): IPEA; 2018. [acesso em 18 Jun 26]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/180502\\_bmt\\_64.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/180502_bmt_64.pdf).
- Sasaki MA, Menezes IV. Trabalhador informal e Previdência Social: o caso dos trabalhadores por conta própria de Brasília. *Política Soc*. 2012;11(21):173-97. <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2012v11n21p173>.
- Ministério da Economia. Instituto Nacional de Seguro Social - INSS [homepage na Internet]. [acesso em 18 Out 15]. Benefícios. Aposentadoria; [aproximadamente 7 telas]. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/>.
- Ministério do Desenvolvimento Social. O Benefício de Prestação Continuada - BPC. Guia para técnico e gestores da assistência social [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social; 2018. [acesso em 18 Out 15]. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Guia/Guia\\_BPC\\_2018.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/Guia_BPC_2018.pdf).
- Menezes RCB, Andrade DCM. Das famílias tradicionais às famílias contemporâneas: desafios e perspectivas das políticas públicas. *Rev Direito Família Sucessão* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 18 Out 15];2(1):241-58. Disponível em: <http://indexlaw.org/index.php/direitofamilia/article/view/874/pdf>.
- Pasternak S. Habitação e saúde. *Estudo Avançados*. 2016;30(86):51-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100004>.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto  
Unidade de Cirurgia e Transplante de Fígado  
**Serviço Social na Saúde**

Avaliação Social Pré-transplante

**I. Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Contato: \_\_\_\_\_ Rel.Parentesco: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_  
Vinculação: ( ) 1.SUS 2. Particular 3. Convênio (Qual? \_\_\_\_\_)

**II. Perfil Sociodemográfico**

1. Idade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Uso de álcool? S ( ) ; N ( )  
Tempo Abstinência: \_\_\_\_\_  
2. Sexo: ( ) 1. Feminino 2. Masculino  
3. Estado Conjugal: ( ) \_\_\_\_\_  
1. Com companheiro ( \_\_\_\_\_ Anos) 2. Sem Companheiro 3. Não se aplica (criança)  
4. Nacionalidade: ( ) 1. Brasileira 2. Latino-americano 3. Outros  
5. Procedência: ( ) 1. São José do Rio Preto/SP 2. Regiões do DRS XV S.P 3. Outros municípios do Interior do estado de S/P. ( )  
4. Demais Estados - Qual? \_\_\_\_\_  
6. Residência: ( ) 1. Fixa 2. Temporária  
própria, cedida, alugada, temporária, financiada, instituição – qual: \_\_\_\_\_, outras.  
7. Meios de Comunicação  
1. telefones/outros para contato: \_\_\_\_\_  
8. Escolaridade: \_\_\_\_\_  
9. Nível de Instrução Educacional: ( )  
1. Muito Baixo 2. Baixo 3. Intermediário 4. Alto 5. Muito Alto  
10. Ocupação: \_\_\_\_\_ formal ( ) Informal ( )  
11. Nível ocupacional: ( )  
1. Muito Ruim 2. Ruim 3. Regular 4. Bom 5. Muito Bom  
12. Condição de Atividade: ( ) 1. Inativo (desde \_\_\_\_\_) 2. Ativo  
13. Vínculo Previdenciário: ( ) ou Assistencial ( ) Quanto tempo? \_\_\_\_\_  
1. Sem vínculo 2. Contribuinte 3. Beneficiário \_\_\_\_\_ 4. Dependente 5. BPC

**III. Critérios de Elegibilidade**

**Aceitabilidade**

14. Aceitação: ( ) \_\_\_\_\_  
pontos.  
1. Nega por inércia/omissão (1) 2. Nega por ação (1) 3. Nega por filosofia/crença (1)  
4. Aceita com reservas (2) 5. Aceita (3) c/ conhecimento ( ) s/ conhecimento ( )

**Dinâmica Familiar**

Nome	Parentesco	Idade	Est.Civil	Escol.	Trabalho	Renda R\$

15. Composição familiar: ( ) \_\_\_\_\_ pontos.

1. Unipessoal (1)      2. Nuclear (2)      3. Nuclear composta (3)

16. Cuidador: ( ) \_\_\_\_\_ pontos. Cuidador/ nomeado(a): \_\_\_\_\_ Outra(s) Possibilidade(s): \_\_\_\_\_

1. Inexistente (1)      2. Terceiros (2)      3. Familiar (3)

17. Tipologia de resposta familiar de aderência: ( ) \_\_\_\_\_ pontos

1. Evasiva (1)      2. Elaborativa (2)      3. Resolutiva (3)

18. Instrução Familiar:

Chefe : \_\_\_\_\_ Membro: \_\_\_\_\_

19. Nível de Instrução Familiar: ( ) \_\_\_\_\_ pontos

1. Muito Baixo (1)      2. Baixo (1)      3. Intermediária (2)  
2. Alto (3)      5. Muito Alto (3)

**Acessibilidade**

20. Geografia: ( )

1. >500Km      2. 500 Km a 300 Km      3. 300 Km a 100 Km      4. <100 Km

21. Temporal: ( )

1. > 6 h      2. De 6 h a 3 hs      3. Até3 h

22. Meios de transporte ( ) / Rede da atenção básica: ( )

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Aéreo                             | 1. Doado   |
|                                   | 2. Recursos públicos ( ) ou TFD - Port. SAS/SUS 055 de 24/2/1999 ( ) |
|                                   | 3. Recursos próprios   |
| Rodoviário coletivo               | 4. Interestadual   |
|                                   | 5. Intermunicipal  |
|                                   | 6. Municipal   |
|                                   | 7. Ambulância  |
| Rodoviário Assistencial Automóvel | 8. Terceiros/prefeituras   |
|                                   | 9. Próprio   |
|                                   | 10. Medicamentos: oferta integral ( ); parcial ( ): _____            |

23. Condições de acesso: \_\_\_\_\_ pontos.

1. Bloqueado (1)      2. Dificultado (2)      3. Facilitado (3)

**Condições Sócio-Econômicas**

24. Renda Familiar per capita em Salários Mínimos: ( ) \_\_\_\_\_ pontos.

1. Até ½ Sal. Mín (1) 2. De ½a 2 Sal. Mín. (2)      3. >2 Sal.Mín. (3)

Despesas fixas ou extras: R\$ \_\_\_\_\_ Referente à \_\_\_\_\_

25. Ocupação trabalhista do provedor da família: \_\_\_\_\_

26. Nível ocupacional do provedor: ( ) \_\_\_\_\_ pontos.

1. Muito Ruim (1) 2. Ruim (1) 3. Regular (2) 4. Bom (3) 5. Muito Bom (3)

27. Saneamento básico: ( ) 1. Inexistente 2. Parcial 3. Existente

28. Material: ( ) 1. Adaptado (outros) 2. Adequado (alvenaria)

29. Utilização dos equipamentos básicos: ( ) 1. Coletivo 2. Privativo

30. Funções básicas do domicílio: ( )

1. Até 3 Cômodos 2. Quarto/Sala/Cozinha/Banheiro (mais de 3)

31. Conforto: ( )

1. nem todos os quartos 2. Somente Quartos 3. Quartos e Outros

32. Padrão Habitacional: ( ) \_\_\_\_\_ pontos.

1. Precário (1) 2. Não Satisfatório (2) / necessidade de visita domiciliar - sim ( ) não ( )

3. Satisfatório (3) 4. Mais que Satisfatório (3)

#### IV. Avaliação Social

33. Total de Pontos (somatória dos itens 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26, 32).

Desfavorável	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Favorável limitado	-----	18	19	20	21	22			
Favorável	23	24	25	26	27				

#### V. Intervenções sociais no momento da avaliação

34. **Orientações sociais básicas:** Objetivos da avaliação e resultado do parecer (ao final); papel do Serviço Social na Saúde; importância da atualização do cadastro; atribuições do assistente social; papel do cuidador/a e suplente; necessidade do suporte familiar; exercício de cidadania (direitos e deveres de cidadão); políticas públicas que envolvem o conceito ampliado de saúde; legislação do SUS (Lei 8080/90 e 8142/90); cuidados com agentes causadores de infecção (animais domésticos, queimada, produto químico/tóxico); oferta de serviços da rede de assistência à saúde local e da origem; disponibilidade do Serviço Social para acompanhamento e intervenções durante o curso do tratamento.

35. **Orientações sociais específicas:** Verificar a demanda a partir da realidade do sujeito/família.

36. **Entrega de instrumentais:** direitos das políticas públicas para pessoas com doenças crônicas ( ); orientação do papel da família/cuidadores ( ); orientações para acesso ao BPC ( ); orientações para acesso a benefício previdenciário ( ); orientações para acesso à benefícios específicos – resgate FGTS; PIS/PASEP, entre outros (S.S).

37. **Encaminhamentos sociais:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. **Histórico de vida (familiar, profissional, tratamento, emocional, entre outros)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. Assistente Social: \_\_\_\_\_ CRESS: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_