



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, Questão Social e Serviço Social.

PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADE HOSPITALAR DE ATENÇÃO TERCIÁRIA DO SUS

Ana Rosa Alves da Silva¹

Resumo: O transplante de órgãos consiste em um campo de investigação e atuação interdisciplinar, sendo um dos avanços mais visíveis na prática médica, em termos científicos, políticos e éticos. Este estudo visou descrever, a partir da práxis do assistente social, especificidades das atribuições que são desenvolvidas no ambulatório de transplante, no tocante ao atendimento pré e pós-transplante. Concluiu-se que o processo de transplante demanda olhares e intervenções interdisciplinares, não se limitando à visão biomédica, na qual o corpo anatômico e, em especial, o enxerto, são comumente concebido. O estudo desnudou a carência de práticas institucionais que se destinam aos sujeitos envolvidos/família, indicando a importância de intervenções que o acolham e possibilitem elaborações, não só racionais, mas, prioritariamente, subjetivas, antes e após o transplante. O assistente social pode, a partir de seu lugar na equipe, favorecer o incremento de práticas e ações voltadas não só para o receptor, mas incluir o doador e a família.

Palavras-chave: Serviço Social. Doação de órgãos. Interdisciplinaridade. Políticas de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O interesse e envolvimento com o processo de doação-transplante derivam da minha experiência na Unidade de Transplante Renal do Hospital Geral de Fortaleza, ocasião em que iniciei as atividades profissionais como assistente social do ambulatório de preparação ao transplante, denominado de Ambulatório Pré-transplante e Pós-transplante.

O advento dos transplantes de órgãos tem significado para a humanidade avanço científico inestimável, no que concerne ao tratamento eficaz de doenças que, há muito tempo, resultavam inexoravelmente em morte (Silveira & Resende, 2004). Podemos afirmar que, atualmente, os transplantes de órgãos e tecidos humanos representam uma das mais notáveis conquistas da Medicina.

A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) define o transplante como um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente-receptora por outro normal, de um doador vivo ou morto. É um tratamento que pode prolongar a vida com melhor qualidade, caracterizando um tipo de terapia substitutiva que não se limita ao simples ato de transplantar, já que envolve aspectos éticos, sociais, econômicos, políticos e psicológicos

¹ Profissional de Serviço Social. Hospital Geral de Fortaleza. E-mail: <ana.alves@professor.unifametro.edu.br>

Com o crescimento dos estudos científicos sobre o transplante de órgãos, com doadores vivos ou falecidos, sentiu-se a necessidade do amparo legal a essa prática, o que levou os legisladores e operadores do Direito a construir um suporte legal que garantisse a prática dos transplantes (Pereira, 2004).

Os transplantes em seres humanos, no Brasil, tiveram início no ano de 1968, no Estado de São Paulo, mesmo sem haver um controle e orientação legal, sendo levados em consideração, apenas, os aspectos científicos, morais e éticos da Medicina. Com o crescimento dos estudos científicos sobre o transplante de órgãos, com doadores vivos ou falecidos, sentiu-se a necessidade do amparo legal a essa prática, o que levou os legisladores e operadores do Direito a construir um suporte legal que garantisse a prática dos transplantes (Pereira, 2004).

Assim, no dia 10 de janeiro de 1968, no governo do General Artur da Costa e Silva foi promulgada a Lei nº. 5.479/68, que oficializou os transplantes no Brasil e definiu alguns aspectos significativos da atividade médica, sendo ressaltada a atribuição, aos médicos, do diagnóstico de morte encefálica, como requisito essencial para a autorização da retirada de órgãos para doação (Pereira, 2004).

Os transplantes historicamente têm alcançado limiares de destaque no âmbito legal, a Lei nº. 5.479/68 foi revogada pela Lei nº. 8.489/92, que vigorou até 1997, sendo substituída, posteriormente, pela Lei nº. 9.434/97, que regulamenta, atualmente, os transplantes de órgãos e tecidos, assegurando aos profissionais, aos doadores falecidos ou vivos e aos receptores, o rigor e a transparência em todo o processo de doação, captação, distribuição e transplantes de órgãos e tecidos.

A Lei nº. 9.434/97 assegura a gratuidade da doação de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento; no seu artigo 2º, determina que a realização de transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu parágrafo único, a lei autoriza a realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano somente após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para o diagnóstico de infecção e infestação, exigidos para a triagem de sangue para doação.

Em 05 de agosto de 1998 foi criada a Portaria 3.410/98, que instituiu o grupo de procedimentos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), inerentes a todas as atividades relacionadas ao processo de detecção, doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos.

O presente trabalho tem como tema central contextualizar as ações desenvolvidas pelo assistente social no processo doação-transplante renal em unidade hospitalar ambulatorial e transplantadora de atenção terciária do Sistema Único de Saúde.

2 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE

Falar sobre o Serviço Social no campo da Saúde requer compreender, antecipadamente, a extensão do conceito de “questão social” – objeto do serviço social, que traz consigo a possibilidade de “recortes” da vida social com fins interventivos.

Sob o ponto de vista das interpretações marxistas hegemônicas na profissão, a questão social se define como fenômeno sócio-histórico, vinculado, originalmente, à lógica do capital, em termos do modo de produção e reprodução material e espiritual (ídeo-política) da vida no capitalismo, tratando-se, segundo Iamamoto (2001), do conjunto das desigualdades sociais produzidas na sociedade capitalista madura, com a intermediação do Estado.

Portanto, em conformidade com a referida autora, a questão social expressa as disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal.

Outra vertente interpretativa da questão social que tem motivado debate na profissão de serviço social é a de Castel (1998), autor francês que, empenhado em compreender a referida questão na contemporaneidade, afirma tratar-se de “uma aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua fratura” (p. 30).

Segundo Netto (1992), as refrações da questão social se encontram em todos os aspectos da vida social, existindo, deste modo, “a possibilidade abstrata de “recortar” qualquer segmento da vida social como legítimo setor para a intervenção profissional de agentes como os assistentes sociais” (p. 89).

De acordo com o autor, quando o capitalismo torna-se monopolista, há uma refuncionalização do Estado, dada a integração orgânica dos seus aparatos com os das grandes corporações, acarretando a crescente e burocrática institucionalização das intervenções preventivas e corretivas sobre as refrações da questão social, que tendem a operacionalizar-se segundo estratégias de classe, pela via das políticas sociais. A este respeito, Netto (1992) afirma:

As refrações societárias da “questão social” configuram-se caleidoscopicamente na idade do monopólio. Por isso mesmo, na sua fenomenalidade, elas propiciam a alternativa do seu enfrentamento seletivo (...) conforme as estratégias das classes em presença e/ou simultâneo (mediante ações interprofissionais). Em qualquer das hipóteses, contudo, um enfrentamento particular sempre remete a outro: a fenomenalidade atomizada da “questão social”, a partir da

mais superficial das intervenções, acaba recolocando a articulação profunda da sua causalidade (senão ao preço, mesmo que a médio prazo, da desqualificação das intervenções). Só este fato já confronta o assistente social com o tecido heteróclito em que se move a sua profissionalidade: a teia em que vê enredada se entretece de fios econômicos, sociais, políticos, culturais, biográficos etc., que, nas demandas a que deve atender, só são passíveis de desvinculação mediante procedimentos burocrático-administrativos (p. 90).

Importante realçar que, no campo da saúde, as refrações da “questão social”, na forma de desigualdades e discriminações que são mediatizadas por relações de gênero, étnico-raciais, geracionais e formações regionais, adquirem novos elementos que, obrigatoriamente, devem ser considerados. Particularmente, os que dizem respeito ao intenso sofrimento experienciado pelos usuários, em razão do risco iminente de perda das próprias vidas, quando seu cotidiano é interrompido em decorrência de doenças ou de acontecimentos, não raras vezes, sinistros, implicando todo um redirecionamento das suas precárias condições de sobrevivência (Iamamoto, 2001).

Assim sendo, a exacerbação do sofrimento de ser pobre e adoecer coloca em foco não apenas os vínculos mais amplos da sociedade civil e do Estado, mas também os que dizem respeito às determinações e condições de adoecimento e as perspectivas de cura dos segmentos sociais mais pobres, assim como as relações constituintes do sistema público de saúde do país, com todas as suas peculiaridades e precariedades, especialmente as condições infraestruturais das instituições e as de trabalho dos profissionais da área, que padecem da “fadiga da compaixão”, diante dos modos, cada vez mais desafiadores, de adoecer e morrer no país, especialmente os dos segmentos mais pobres².

Uma vez apresentadas as principais concepções de questão social e apontadas as particularidades, sem as quais é impossível compreender o campo de trabalho do Serviço Social em saúde, considera-se importante acompanhar, ainda, o raciocínio de Iamamoto e Carvalho (1986), para esclarecer que o ponto de partida para a compreensão da profissão é o entendimento de que sua constituição é histórica: o seu desenvolvimento no Brasil é indissociavelmente ligado às singularidades dos processos de formação e desenvolvimento da sociedade brasileira, sendo resultante dos sujeitos sociais que constroem sua trajetória e redirecionam seus rumos.

A vinculação da profissão ao processo social mais amplo da nossa sociedade determina que ela se configure e se recrie, permanentemente, em face das relações entre o Estado - aqui entendido, conforme Gramsci, sob a perspectiva ampliada - e a sociedade em

² Conforme Mendes (1999): “existe no Brasil um sistema misto de saúde – público e privado, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) um subsistema público. A respeito da “fadiga por compaixão”, vide: LAGO, Kennyston Costa. *Fadiga por compaixão: quando ajudar dói*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – UnB, 2008.

seu ininterrupto fazer-se, o qual é protagonizado por segmentos sociais antagônicos, que se movem na permanente busca por hegemonia (Simionatto, 1995).

Inserido, inexoravelmente, nesse movimento de segmentos contraditórios, o Serviço Social, ao construir respostas às demandas (implícitas ou pressupostas), que lhe chegam cotidianamente no seu processo de trabalho, encontra não apenas limites, mas também possibilidades de efetivação do seu projeto ético-político, cujos pilares são: o Código de Ética da categoria; a Lei da Regulamentação da Profissão e as diretrizes curriculares propostas através da Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Caminho complementar e imprescindível à compreensão do Serviço Social é a reflexão acerca das competências e atribuições do assistente social no contexto contemporâneo. Iamamoto (2002) remete-nos às mudanças sociais atuais, especialmente as novas estratégias de acumulação e regulação social no contexto da chamada “globalização”, que se consubstancia na forma de alterações nos processos produtivos propriamente ditos, nas novas formas de organização e gestão do trabalho, sempre visando mais e mais lucros, nas estratégias organizacionais de empregadores e nas maneiras como os profissionais de serviços se articulam.

Uma compreensão ampla do projeto profissional do Serviço Social, segundo Iamamoto (2002), supõe compreender também as condições macro societárias e as respostas técnico-profissionais e ético-políticas desses profissionais. Os tipos de respostas traduziriam os modos através dos quais os limites e possibilidades sociais são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais. E, citando Netto (1996), a autora fortalece seu argumento:

os projetos profissionais (...) apresentam a autoimagem da profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam requisitos (técnicos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem balizas de sua relação com os usuários dos seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições, públicas e privadas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais (Iamamoto, 2002, p. 20).

Costa e Ribeiro (2011) lembram que é com aporte teórico-metodológico e uma postura pluralista que se propiciam novas perspectivas de constituição de um aparato técnico-operativo, que a categoria vem dando respostas, também, em “boa medida”, no cotidiano do desafiante trabalho do campo da saúde. Segundo Iamamoto (2002), uma postura pluralista trata do reconhecimento de orientações teóricas ou técnico-operativas distintas, assim como do embate respeitoso com as tendências regressivas do Serviço Social, cujos fundamentos liberais e conservadores legitimam a ordem vigente.

Acrescenta-se, com base em Martinelli (2011), que o trabalho cotidiano dos assistentes em instituições hospitalares é saturado de determinações políticas, econômicas, históricas, culturais, que estão presentes no atendimento demandado, e que “a dimensão ética é constitutiva da identidade da profissão, articulando-se em termos de poderes, fazeres e saberes como mediações da prática profissional e expressões de nossa práxis humana” (p. 3).

É importante destacar o consenso já existente nas análises acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) e lembrado por Canuto (2011), de que a construção de uma normativa que amplia o conceito de saúde, entendendo-a como “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 a sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196, CF, 1988), teve como um dos seus desdobramentos a expansão dos serviços nos diferentes níveis de atenção, um novo modelo de gestão e atenção e, desse modo, a demanda pela inserção de um conjunto de novos saberes profissionais complementares, de forma a qualificar e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra grande contribuição ofertada por Canuto (2011) é a afirmativa de que “elementos muito fortes ligam a saúde, a partir de sua definição constitucional, ao conjunto das políticas públicas”. Ela remete ao art. 3º da Constituição Federal, no qual se lê:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, 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.

Ela lembra que o Serviço Social tem atuado historicamente no espaço das unidades hospitalares, nas quais “vem desafiando sua competência técnico-científica na produção do cuidado em saúde”, visto que as instituições hospitalares ainda se definem enquanto centros de atenção especializada em saúde, a partir de um modelo médico centrado, com foco no indivíduo, na doença, e no poder médico. Entretanto, a autora aponta:

“um indicativo do exercício de novas práticas de intervenção profissional que extrapolam o espaço institucional hospitalar, numa perspectiva de integralidade com o nível da atenção primária em saúde, através de uma interlocução com a Estratégia Saúde da Família, contextualizando o “paciente” hospitalizado, articulando os níveis de atenção e as equipes de saúde com vistas à continuidade da atenção.” (Canuto, 2011, p. 95).

É imprescindível se ter em mente, também, que o trabalho do Serviço Social nas instituições públicas de saúde, em geral, faz parte de uma teia de relações profissionais, sociais e interpessoais que se estabelecem de forma rigidamente hierarquizada, visto que as relações de poder tendem à concentrar-se muito mais nas mãos dos que detêm o saber técnico e a direção das dinâmicas de organização dos serviços. Esta, em geral, efetiva-se de forma instrumental e disciplinadora, cujo exemplo mais eloquente é o exagero de atos, normas e rotinas que servem de parâmetro para as ações dos corpos profissionais e do público atendido (Lessa, 2011).

Lessa (2011) afirma que as estratégias de disciplinamento seriam compartilhadas por toda a equipe de saúde, inclusive o assistente social, uma vez que tais estratégias fundam-se na lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, sempre direcionadas a este fim.

Entretanto, tais estratégias encontram resistências (sejam explícitas ou veladas) por parte dos sujeitos que constituem o universo institucional responsável pela saúde, cuja dinâmica pode ser melhor compreendida mediante análises de Foucault (1979), ao afirmar que o poder não existe sozinho; o que existe são relações de poder e, onde há poder, há resistência.

Nos serviços de saúde, lembra esta autora, são requeridas diversas habilidades, saberes e atividades especializadas que, ao relacionarem-se, colocam os serviços, as tecnologias e os equipamentos em funcionamento, fazendo operar o sistema; está envolvida uma complexidade de relações que se estabelecem por meio da política pública de saúde, da demanda dos usuários, da indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

Um dos aspectos mais relevantes destacados por Costa (2008) é o que diz respeito à inter-relação pessoal intensa, que ocorre entre o produtor e o consumidor dos serviços de saúde, de modo que, segundo explica a autora, nas instituições de saúde, o usuário não apenas se beneficia do efeito final do trabalho, dos insumos ou dos medicamentos a que tem acesso. Ele participa (com maior ou menor intensidade) do processo de trabalho, ao fornecer informações necessárias à definição do diagnóstico e ao colaborar na execução do plano terapêutico. A ação do profissional incide sobre o processo saúde-doença e não sobre coisas, o que faz serem os resultados de difícil previsão, pois o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento.

A complexidade do processo de trabalho em saúde, e, mais ainda, o do Serviço Social nesta área, também é clarificada por Lessa (2011), que, associando essa linha reflexiva às análises de Netto (1996), afirma que, da mesma forma que o trabalho coletivo em saúde, o do assistente social nesta área está intrinsecamente relacionado às condições históricas de desenvolvimento da política de saúde: à dinâmica do trabalho coletivo e ao *corpus teórico e prático da profissão*.

O trabalho do/a assistente social mereceu importante reflexão de Bezerra (2003), que considera imprescindível discutir-se também acerca dos seus sentidos. A autora questiona também sobre as possibilidades de reafirmação e garantia dos compromissos ético-políticos frente aos dilemas e desafios impostos à profissão – a defesa dos interesses dos usuários e sua intrínseca vinculação com a luta pela democracia, liberdade, justiça e equidade social – e as demandas dos nossos empregadores.

Sob uma perspectiva antropológica, Bezerra (2003) realça uma mutação sem precedentes nas sensibilidades, valores e no próprio caráter dos indivíduos sociais com o avançar da flexibilização produtiva e sua aliada cultura do consumo. E alerta para fenômenos como o neoindividualismo de massa e o narcisismo, como expressões da lógica do sobrevivencialismo, típica da atual cultura do consumo, ameaçadora da construção de vínculos afetivos e sociais e até do próprio sentido da convivência social e comunitária.

No campo da saúde, esta preocupação com os liames sociais tem a particularidade de se estender à relação vida-finitude, ou seja, como bem assinalou Martinelli (2011), à prevalência das utopias de uma vida mais humana, bem como a garantia de uma morte digna.

No campo específico do Serviço Social, entende-se, conforme Martinelli (2011), que a constituição da identidade se faz, permanentemente, nos atos profissionais cotidianos, visto que, em cada um deles, “são mobilizados conhecimentos, saberes e práticas que, mediante uma ampla cadeia de mediações e do uso adequado de instrumentais de trabalho, visam alcançar os resultados estabelecidos” (p. 2). Esclarece a autora que:

“cada um desses momentos é saturado de determinações políticas, econômicas, históricas, culturais que estão presentes no atendimento demandado e nas respostas oferecidas, pautadas sempre em valores éticos que fundamentam a prática do Serviço Social, com base no Projeto Ético-Político profissional, como expressão que é do Código de Ética, aprovado pela Resolução do CFESS n. 273/93, com alterações posteriores, bem como da Lei n. 8662, de junho de 1993, que regulamenta o exercício profissional” (Martinelli, 2011, p.1).

A autora afirma que, na consolidação da identidade profissional, os seres humanos se fortalecem quando são capazes de humanizar a prática profissional, visto que só se é algo mediante a ação, e que é na prática e pela prática que as coisas humanas efetivamente acontecem, que a história se faz. E acrescenta que, “por isso, a esfera básica da existência humana é a aquela do trabalho propriamente dito, ou seja, é a prática que alicerça a existência material dos homens” (Martinelli, 2011, p.2).

Entretanto, é importante assinalar a advertência da autora de que não se trataria apenas de um trabalho individual, mas também como expressão necessária de um sujeito

coletivo, visto que a espécie humana só é humana na medida em que se efetiva em sociedade (Martinelli, 2011).

Ao tratar especificamente do trabalho do assistente social na área da saúde, Martinelli (2011) considera a humanização da prática como um verdadeiro imperativo, não apenas em razão da política de humanização, mas também porque o assistente social trabalha com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento até a finitude. Lembra a autora que, no atendimento direto aos usuários, trabalha-se com pessoas fragilizadas que pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.

2.1 O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO PRÉ E PÓS TRANSPLANTE RENAL

O transplante é uma intervenção cirúrgica realizada em pessoas com doenças terminais do coração, fígado e pulmão, ou em pessoas com doença renal crônica em estágio final. Esta terapêutica promove melhor sobrevida em longo prazo, sendo, em alguns casos, a única opção terapêutica capaz de evitar a morte (Garcia, 2006). Assim, o transplante renal é um procedimento médico que permite aos pacientes com insuficiência renal crônica melhoria na sua saúde e na qualidade de vida e aumento dos anos de vida.

A possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar, na esfera do processo doação-transplante, origina-se da classificação feita por Mito e Nogueira (2008), acerca das ações do Serviço Social no campo da saúde, de um modo geral. Para estas autoras, no campo da produção em saúde, o Serviço Social situar-se-ia nos processos político-organizativos, nos de planejamento e gestão e nos socioassistenciais.

Quanto aos processos político-organizativos, as ações visariam à democratização dos espaços coletivos, correspondendo à articulação de ações como as de mobilização e assessoria.

Relativamente aos processos socioassistenciais, vincular-se-iam às ações diretas com os usuários, em resposta às suas demandas cotidianas singulares, destacando-se, entre essas, o trabalho com as famílias. Uma intervenção de tamanha complexidade como é um transplante, mobiliza toda a estrutura familiar e, nesse cenário o transplante envolve uma totalidade: receptor, doador, suas famílias e a sociedade à qual pertencem.

Dando seguimento, o próximo passo é a descrição das entrevistas, objetivando perceber determinantes socioeconômicos e culturais das condições de adoecimento do paciente, expressos nas suas condições de trabalho, familiares, psicológicos e psiquiátricos envolvidos na situação.

Numa perspectiva de apoio emocional e de respeito aos direitos do paciente, são prestados e/ou aprofundados os esclarecimentos, acerca do processo doação-transplante, e como parte de uma política de saúde, com todas as suas diretrizes.

Cabe, ainda, o cuidado em verificar, numa perspectiva de garantia de direitos, se o paciente recebeu o benefício de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e/ou ajuda de custo na capital, visto que a continuidade do tratamento no ambulatório é necessária, inicialmente, por um período semanal, duas vezes por semana.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A especificidade deste estudo reside no fato de nos fazer refletir sobre as especificidades do trabalho do assistente social no processo de doação-transplante, durante o atendimento realizado no ambulatório de pré e pós-transplante renal, entendendo que o trabalho do assistente social não se desenvolve de maneira independente das circunstâncias históricas e sociais.

A interdisciplinaridade, segundo Severino (2008), é, sem dúvida, uma tarefa inacabada: até hoje não conseguimos definir com precisão o que vem a ser essa “vinculação, essa reciprocidade, essa interação, essa comunidade de sentido ou essa complementaridade entre as várias disciplinas”.

Ressalta-se, ainda, a importância de considerar todas as falas dos sujeitos durante as entrevistas realizadas, pois cada encontro traz oportunidades de novas observações, sendo imprescindível ter o cuidado de transformar as observações assistemáticas da realidade em observações sistemáticas, proporcionando, em primeiro lugar, uma percepção o mais ampla possível dos processos que estão acontecendo na prática profissional e, em segundo lugar, registrar detalhadamente o que está sendo observado - uma habilidade a ser desenvolvida constantemente.

Este trabalho permitiu ao profissional uma revisita à prática profissional, ocupando um “novo lugar”, a partir de um redimensionamento no âmbito da construção de novos saberes e da interlocução com outras disciplinas.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, T. C. E. O serviço social no contexto contemporâneo: Uma reflexão inicial sobre os sentidos da ação profissional. In L. F. A. COSTA; A. P. G. LESSA (Orgs.). **O Serviço Social no SUS**. Fortaleza: EdUECE, 2003.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: R. Castel et al. (Orgs.), **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: Educ, 1998.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In A. E. MOTA (Org.). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, MS, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, n. 3, jan. /jun.2001.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília, DF: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 1986.

LESSA, A. P. G. O trabalho do assistente social no SUS: Desafios e perspectivas. In: L. A. C. FARIAS; H. M. C. B. RIBEIRO. **Políticas de saúde e serviço social: Contradições, ambiguidades e possibilidades**. Campina Grande: UDUFCG; Fortaleza: EdUECE, 2011.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: Desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, v.107, p. 497-508, 2011.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: A. E. Mota (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, MS, 2008.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

Severino, J. A. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In J. L. M. Sá (Org.). **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVEIRA, J. C. B.; RESENDE, A. P. Infectologia. In W. A. Pereira (Org.), **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: Sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. Florianópolis-São Paulo: Editora da UFSC-Cortez, 1995.