



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social

DÉBORA SILVA DE FREITAS

**TEMPO DE ESPERA: AS VOZES DAS PESSOAS USUÁRIAS DA POLÍTICA DE
TRANSPLANTE NO BRASIL**

BRASÍLIA

2023

DÉBORA SILVA DE FREITAS

**TEMPO DE ESPERA: AS VOZES DAS PESSOAS USUÁRIAS DA POLÍTICA DE
TRANSPLANTE NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Kênia Augusta Figueiredo.

BRASÍLIA

2023

DÉBORA SILVA DE FREITAS

**TEMPO DE ESPERA: AS VOZES DAS PESSOAS USUÁRIAS DA POLÍTICA DE
TRANSPLANTE NO BRASIL**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kênia Augusta Figueiredo

PPGPS/SER/UnB

Orientadora

Profa. Dra. Elen Cristina Geraldes

PPGDH/UNB

Membro Interno não Vinculado ao Programa

Profa. Dra. Andreia de Oliveira

PPGPS/UnB

Membro Interno vinculada ao Programa

Profa. Dra. Fabricia Cristina de Castro Maciel

UAB/DCSG

Membro Externo

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

St Silva de Freitas, Débora
TEMPO DE ESPERA: AS VOZES DAS PESSOAS USUÁRIAS DA
POLÍTICA DE TRANSPLANTE NO BRASIL / Débora Silva de Freitas;
orientador Kênia Augusta Figueiredo. -- Brasília, 2023.
97 p.

Dissertação(Mestrado em Política Social) -- Universidade
de Brasília, 2023.

1. Política Nacional de Transplantes. 2. Direito à Saúde
Pública. 3. Proteção Social. I. Augusta Figueiredo, Kênia,
orient. II. Título.

“Um transplante foi a maior
e a melhor coisa que poderia
ter acontecido em minha vida.
Fez com que meus dias aqui na terra
fossem estendidos, por não
sei mais quanto tempo
(espero que algumas décadas).
Mas só de poder contemplar
cada amanhecer
com saúde e ao lado dos meus,
já foi válido cada segundo
que vivi até aqui!”

“O sim de uma família salvou minha vida”.

Elaine Gomes

AGRADECIMENTOS

A longa jornada para construção desta dissertação foi intensa e permeada de desafios, mas não foi solitária. Agradeço a minha ancestralidade que me permitiu chegar até aqui e me guiou. A eterna presença guardada nas minhas mais aconchegantes lembranças, minha sempre presente vó Áurea, que me ensinou a voar e acreditar que a história pode ser transformada.

Agradeço ao tempo que me permitiu construir esse caminho, que mesmo repleto de desafios, como diria Caetano, o tempo é um dos deuses mais lindos.

Agradeço ao meu amado filho Dante, que acompanhou essa trajetória como um grande companheiro, participou de aulas, compreendeu minhas ausências e me encheu de cuidado. Você é meu combustível de força, amor e determinação. Graças a você tenho esperança no presente e futuro.

Agradeço ao meu companheiro Jorge, sem você nada seria possível. Você se fez presente na minha ausência, foi calma, foi abrigo em todo esse tempo. Seu cuidado me permitiu ser forte e vulnerável, sou imensamente grata em ter você ao meu lado nessa jornada.

À minha querida mãe Maria Izabel, que nos presenteou com seu cuidado. Acredito que esse é o maior presente que eu poderia receber.

Agradeço a todos aqueles usuários/as que compartilharam suas realidades comigo, a todas as Lauras, Douglas, as Elaines, os Adalbertos, Ernandes, as Marcelas e aos Ericks. Vocês são inspiração diária.

Agradeço às minhas companheiras de profissão pelas trocas intelectuais e afetivas, Thayná, Lilian, Anuska e Lohanne.

Ao querido Elvécio, obrigada por acreditar no meu trabalho e pela sua dedicação para me ensinar. Crescemos juntos nesse processo.

Aos tantos colegas profissionais que fizeram parte dessa jornada, que seria impossível nomeá-los aqui. A Saúde agradece o comprometimento de equipes multiprofissionais tão dedicadas como a que tive a honra de compor. Agradeço ao ICTDF por permitir essas vivências e encontros.

Agradeço ao Serviço Social, a profissão que escolhi e que me possibilitou vivenciar essa experiência. Por meio do exercício profissional, pude contribuir para uma sociedade mais justa.

Ao programa de Pós-graduação em Política Social que possibilitou a desconstrução e construção acadêmica que me permitiram crescer e me reinventar. Obrigada ao corpo docente e funcionários que possibilitam que o programa siga resistindo.

À banca, obrigada pela generosidade e disposição para construir um debate qualificado e nos dar elementos determinantes para a construção desta dissertação.

As queridas companheiras de mestrado, que foram colo, abrigo e força. Obrigada Lisane, Eliane e Kahena, me sinto privilegiada em ser amiga de mulheres incríveis como vocês.

Agradeço a professora Kênia, pela orientação e por compartilhar dessa jornada comigo. Sua sensibilidade me acolheu. Já é esperado que uma orientadora construa um projeto em conjunto, mas a surpresa de conhecer uma profissional que passei a admirar se tornou um grande presente.

Por fim, a todos e todas que não foram citados aqui, mas contribuíram diretamente e indiretamente para que fosse possível a realização dessa pesquisa.

RESUMO

Esta dissertação teve como objeto conhecer como os/as usuários/as do Sistema Único de Saúde vivenciam o tratamento de transplante. O estudo foi estruturado com base no método dialético a fim de que o objeto pudesse ser percebido na totalidade, considerando as contradições e mediações. Este estudo se apoiou em pesquisa bibliográfica, documental e levantamento de dados de cinco prontuários sociais que contemplaram os transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado e rim) realizados na instituição. Esses prontuários sociais dos/as usuários/usuárias foram preenchidos pela equipe de Serviço Social durante o processo de tratamento de transplantes, estando vinculado ao Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal. A análise do contexto político-econômico-ideológico capitalista permitiu observar que há um fortalecimento da ideologia da nova direita e o aprofundamento das contradições existentes para alcançar a concepção de saúde como direito no país. Ao considerarmos os aspectos da desigualdade social na sociedade, o acesso à Política Nacional de Transplantes se apresenta como um reflexo da fragmentação da Saúde no Brasil. A análise de pesquisa considerou ainda quatro categorias elencadas, sendo elas: *equidade, acessibilidade, articulação interinstitucional na saúde e integralidade*. São apresentadas diversas realidades das pessoas transplantadas e analisadas na perspectiva da garantia de acesso à Política de Saúde Pública no Brasil. Como resultado concluiu-se que as contradições determinadas pelo capitalismo sob hegemonia neoliberal e da nova direita impactam na garantia de uma política pública de proteção social que garanta a universalidade e equidade social na Política de Saúde no Brasil. Percebe-se o impacto especialmente na voz das/os usuárias/os que com um tempo de espera reduzido sentem impactando em suas vidas a diferença entre as concepções de saúde e a garantia dos direitos sociais.

Palavras-chave: Política Nacional de Transplantes; Direito à Saúde Pública; Proteção Social.

ABSTRACT

This dissertation aimed to understand how users of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde) experience the transplant treatment. The study was structured based on the dialectical method, so that the subject could be perceived in its entirety, considering contradictions and mediations. This study relied on bibliographic research, documentary analysis, and data collection from five social records that encompassed solid organ transplants (heart, liver, and kidney) performed at the institution. These social records of users were filled out by the Social Service team during the transplant treatment process, linked to the Institute of Cardiology and Transplants of the Federal District. The analysis of the capitalist political-economic-ideological context allowed us to observe a strengthening of the ideology of the new right, and a deepening of existing contradictions in achieving the conception of health as a right in the country. Considering the aspects of social inequality in society, access to the National Transplant Policy emerges as a reflection of the fragmentation of Healthcare in Brazil. The research analysis also considered four categories: equity, accessibility, interinstitutional health coordination, and comprehensiveness. Various realities of transplant recipients are presented and analyzed from the perspective of ensuring access to the Public Health Policy in Brazil. The results concluded that the contradictions driven by capitalism under neoliberal hegemony and the new right have an impact on ensuring a public social protection policy that guarantees universality and social equity in the Healthcare Policy in Brazil. The impact is particularly noticeable in the voices of users who, with reduced waiting times, experience the difference between health conceptions and the assurance of social rights affecting their lives.

Keywords: National Transplant Policy; Right to Public Health; Social Protection.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias.....	28
Quadro 2 - Composição do Sistema Nacional de Transplantes.....	47
Quadro 3 - Encaminhamentos realizados	79

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Doação de órgãos	54
Imagem 2 - Transplantes realizados no Distrito Federal - 2022.....	58
Imagem 3 - Manual do TFD	76
Imagem 4 - Notícia Assistência Social do Distrito Federal.....	81
Imagem 5 - Notícia transplantado no Distrito Federal	85

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 -Transplantes no Brasil.....	53
--	----

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Processo de doação de órgãos	51
Fluxograma 2 - Protocolo de avaliação para transplante.....	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CET	Central Estadual de Transplante
CF-88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CIHDOTT	Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNT	Central Nacional de Transplantes
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
CTN	Câmaras Técnicas Nacionais de Transplante
CTU	Cadastro Técnico Único
DF	Distrito Federal
DPU	Defensoria Pública da União
GDF	Governo do Distrito Federal
GAE	Grupo de Assessoramento Especializado
HLA	Human Leucocyte Antigen
ICTDF	Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social

MELD	Model for End-stage Liver Disease
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PELD	Pediatric End-stage Liver Disease
PNT	Política Nacional de Transplantes
REDOME	Registro de Doadores de Medula Óssea
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCTH	Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1 - A BÚSSOLA E O CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO	23
CAPÍTULO 2- SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES NO BRASIL EM TEMPOS DE DESMONTES E PANDEMIA DA COVID 19.....	32
2.1 Capitalismo e políticas sociais no Brasil em tempos de hegemonia da nova direita....	32
2.1.1 – O direito à Saúde pública no Brasil	38
2.2 – Saúde Pública e Política Nacional de Transplantes: entre desmontes e a pandemia da Covid-19.....	44
2.3 – Política de Transplantes no Distrito Federal: estrutura, organização e procedimentos ..	56
CAPÍTULO 3 – SERVIÇO SOCIAL E OS/AS USUÁRIOS/AS DA POLÍTICA DE TRANSPLANTE NO DISTRITO FEDERAL NO ICTDF: VOZES QUE ECOAM POR DIREITOS	63
3.1- Atuação do Serviço Social na Política de Transplante no Distrito Federal.....	63
3.2 – A voz dos usuários sobre o tratamento de transplante nos registros contidos nos Prontuários do Serviço Social do ICTDF	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	92

INTRODUÇÃO

O presente estudo partiu de uma trajetória profissional de aproximadamente sete anos. A construção desse objeto de estudo compõe incontáveis horas de trabalho e troca de experiências na prática profissional da pesquisadora. Diante disso, a pesquisa é primeiramente coletiva e representa o exercício profissional das diversas assistentes sociais trabalhadoras no campo da saúde e dos incontáveis usuários/as que compartilham diariamente suas vivências com o objetivo da garantia do direito de acesso à saúde.

O trabalho como assistente social em uma unidade hospitalar de saúde de alta complexidade, com ênfase em transplantes, modificou minha percepção sobre a saúde, vida, morte e, principalmente, o exercício profissional. Dentre as contradições, complexidades e desafios profissionais apresentados cotidianamente, seja pelos usuários ou na prática profissional, surgem várias inquietações. Nessa pesquisa pretendemos aprofundar sobre algumas delas e conhecer através dos registros em prontuário social, como o/a usuário/a do Sistema Único de Saúde - SUS vivencia o processo de tratamento de transplante no contexto do político-econômico neoliberal atual do país.

O Serviço Social, através da própria particularidade da profissão, trabalha o princípio da integralidade e, mesmo por se tratar de realidades distintas, as dinâmicas são parecidas enquanto representação de desigualdade e, ao mesmo tempo, diferentes em suas especificidades. A escuta, realizada pelo/a assistente social como parte da construção coletiva e interdisciplinar do processo de tratamento em conjunto com o/a usuário/a, proporciona uma leitura da sua realidade através do relato sobre sua vivência, sua trajetória, os desafios e as facilidades de acesso à saúde e as contradições existentes da concepção do direito à saúde diante das contrarreformas das políticas sociais no sistema capitalista.

O Serviço Social está inserido na saúde¹ e tem seu papel reconhecido cotidianamente, destacando sua contribuição na abordagem integral do/a sujeito/a, quando através da atuação profissional podemos ressaltar suas diversas dimensões (seja ela física, social e/ou espiritual) e, dessa forma, evidenciar aquela realidade para que seu tratamento seja singular.

¹ O Serviço Social é uma profissão reconhecida da área da saúde, tem seus principais marcos legais e normativos nas Resoluções do Conselho de Saúde n. 218 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, e 29 de março de 1999 e os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde que referencia a atuação profissional pautada no Projeto Ético Político do Serviço Social.

No trabalho com transplantes, o Serviço Social tem seu papel já evidenciado e se torna essencial. Atualmente a produção de conhecimento científico está em crescimento e reflete essa ação profissional em todo o Brasil e nos mais diversos programas de transplantes, seja na atuação com doadores ou receptores de órgãos. Esses trabalhos têm ganhado espaços nos principais congressos da área e publicações em revistas de destaque para a categoria.

A utilização do protocolo de avaliação social² para transplante de Lemos (2002), que, através dos indicadores sociais, identifica os aspectos de dados sociodemográficos; valores, crenças, culturas e seus reflexos no tratamento; histórico de acompanhamento da doença, compreensão e adesão do processo de tratamento; composição familiar e mapeamento de rede de apoio sociofamiliar; compreende as condições habitacionais e de acessibilidade ao tratamento e avaliação socioeconômica familiar. Esse processo de avaliação social permite que sejam identificados os mecanismos de atendimento e de intervenção realizadas, além das demandas de encaminhamentos anteriores e atuais na trajetória e até mesmo na autorreflexão do/a sujeito/a, na qual são evidenciadas as limitações e os percursos traçados até aquele momento do seu tratamento.

Esse protocolo é registrado em instrumental próprio do Serviço Social conhecido como prontuário social. O prontuário social se difere do prontuário multiprofissional por se tratar de instrumental exclusivo da categoria, no qual são resguardadas e registradas informações sigilosas (CFESS, 2010).

O Brasil tem um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (o SUS) e o maior sistema público de transplantes de órgão e tecidos, conforme descreve o Sistema Nacional de Transplantes (SNT). A Política Nacional de Transplantes (PNT) está fundamentada nas legislações - Leis nº. 9.434/1997 e 10.211/2001, nas quais coloca o caráter gratuito do acesso, aponta os direitos e deveres envolvidos no processo de doação e dos receptores, o funcionamento de equipes e programas de centros transplantadores conforme preconiza a Constituição Federal de 1988 (CF-88).

² É um processo técnico e científico com caráter avaliativo da realidade social e intervenções de análise conjuntural, postura crítica e propositiva para os pacientes receptores de transplante e seus familiares como descrito em Freitas et al, 2020.

O transplante³ é a substituição de um órgão ou tecido por outro e pode ser de doador vivo ou falecido. O tratamento de transplante é indicado quando não há mais resposta aos outros tratamentos, tornando-se muitas vezes uma última opção, pois, além da complexidade do processo cirúrgico e clínico, é um tratamento contínuo, para a vida toda, com necessidade de reorganização e mudança de hábitos, cuidados e autocuidado. O transplante é classificado como de alta complexidade e torna-se um reflexo de todo o percurso vivido pelo usuário nos serviços de saúde, assistência, previdência e outros.

A legislação descreve através da organização dos estados e municípios sobre a complementaridade dos serviços, classificando a saúde por meio dos níveis baixa, média e alta complexidade. O grau de complexidade se dá pela densidade tecnológica envolvida no processo de tratamento do sujeito, ou seja, quanto maior o envolvimento de tecnologias, como exames e cirurgias, maior o grau de complexidade na divisão dos serviços de atenção à saúde. Dessa forma, a densidade tecnológica se refere a organização dos serviços, e não ao grau de complexidade do serviço prestado na atenção à saúde.

A descentralização dos serviços permite que haja essa complementaridade entre eles e que o sujeito possa, dentro do seu município, estado ou fora do estado, ter acesso quando necessário, aos níveis de atenção à saúde conforme processo de tratamento indicado. O deslocamento do usuário dentro do seu município, estado e fora do estado é previsto enquanto garantia de direito. O trânsito para acesso entre as unidades de saúde está normatizado pela Portaria nº 55 de 24 de fevereiro de 1999 do Ministério da Saúde, que descreve sobre o Tratamento Fora do Domicílio (TFD)⁴ e enfatiza os direitos dos sujeitos para acessar o tratamento através, principalmente, de transporte e ajuda de custo.

Ao descrever as possibilidades de fluxos que o/a usuário/a percorre para seu tratamento, poderia hipoteticamente dizer que ele/a, estando em acompanhamento na atenção básica, identificada uma necessidade clínica, é encaminhado/a para média e alta complexidade. Caso

³ Atualmente no Distrito Federal - DF são realizados pelo SUS os transplantes de coração, fígado, rim, córnea e medula óssea. O DF é referência nacional em transplantes e recebe usuários principalmente do centro oeste, regiões norte e nordeste.

⁴ O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Após esgotadas as possibilidades de tratamento em seu município é encaminhado para fora do estado com orçamentos previsto em lei, como ajuda de custo.

necessário sair de seu estado, está amparado/a com transporte e possíveis gastos, como permanência, deslocamento e alimentação. Na prática, como realmente acontece esse percurso?

Atualmente, enfrentamos no Brasil um contexto de desmonte das Políticas Públicas e contrarreformas que impactam diretamente toda a população. O aumento da exploração do/a trabalhador/a, a diminuição ou extinção de direitos sociais tornam a compreensão e o acesso às Políticas Sociais permeados de contradições e desconfiguram seus conceitos e construções. Isso ocorre de forma que a população passa a ter acesso reduzido e, conseqüentemente, é gerado um aumento da desigualdade social.

No contexto neoliberal, com um aprofundamento do empobrecimento da população e, em decorrência disso, o acirramento da luta de classes, Boschetti (2018, p. 169) relata que “o golpe parlamentar midiático de 2016, expõem o peso da dominação imperialista e a dimensão da acumulação por espoliação, organizadamente articulada à exploração do trabalho”. Temos assim uma forma contemporânea de superexploração do/a trabalhador/a. Justamente com a diminuição dos direitos sociais, através de privatizações, o/a trabalhador/a passa pelo agravamento da precarização do trabalho, com salários ainda mais baixos e sem suporte do Estado.

Os/as trabalhadores/as, segundo Boschetti, contam com um sistema que, no Brasil, devido a sua constituição tardia e não possuem características de um sistema de proteção social, não pode ser considerado como Estado Social e, assim, não contempla a demanda em sua ampla necessidade. Potencializada pela crise atual, o/a trabalhador/a passa a vivenciar a desresponsabilização social do Estado.

Ao mercantilizar serviços e direitos sociais, a classe burguesa, segundo Boschetti (2018), afeta a sociabilidade das classes trabalhadoras e, dessa forma, seu modo de ser e viver. A cultura e as ideologias são afetadas e submetidas ao projeto de sociedade dessa classe dominante. Dessa forma, toda a construção da sociedade passa a ser pensada a partir da lógica burguesa de superexploração do/a trabalhador/a e desconstrução de direitos. O direito à saúde é visto como fruto das disputas entre projetos distintos e antagônicos existentes na sociedade brasileira desde a sua implementação na CF-88. A política de saúde é um direito social conquistado a partir de lutas populares e sindicais para a garantia do direito de acesso à saúde em seu conceito mais amplo (Bravo et al, 2018)

Nesse sentido, este estudo se propôs a conhecer como os/as usuários/as do SUS vivenciam o tratamento de transplante utilizando para tal, as informações contidas nos registros em prontuário social de um serviço transplantador do DF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, referenciada no método dialético-crítico. As análises foram realizadas em cinco prontuários sociais contemplando os tratamentos de órgãos sólidos (coração, fígado e rim) realizados no DF.

Atualmente no Distrito Federal (DF) são realizados pelo SUS os transplantes de coração, fígado, rim, córnea e medula óssea. O DF é referência nacional em transplantes e recebe usuários principalmente do centro oeste, regiões norte e nordeste. É classificado como de alta complexidade e se torna um reflexo de todo o percurso vivido pelo usuário nos serviços de saúde, assistência, previdência e outros. A possibilidade de acompanhar esse usuário por tempo prolongado, muitas vezes por anos, permite buscar estratégias de intervenção profissional e acompanhamento das mais diversas demandas apontadas durante esse tratamento de forma multiprofissional.

Diante disso, este trabalho busca fornecer subsídios de análise dos registros em prontuário social dos/as transplantados/as e seus familiares, na sua trajetória de tratamento em um contexto político-econômico-ideológico capitalista, no qual há um fortalecimento da ideologia de discurso da nova direita e aprofundamento das contradições existentes para alcançar a concepção de saúde como direito no país.

A pesquisa está dividida em três partes. A primeira contextualiza a Política Pública de Saúde e a Política Nacional de Transplantes no Brasil, o sistema capitalista na lógica neoliberal da nova direita e a crise sanitária da COVID-19 relacionado à Política Nacional de Transplantes. Esta primeira parte, composta pelos Capítulos 1 e 2, pontua ainda o sistema de transplantes no DF, com estrutura, organização e procedimentos e atuação do Serviço Social na Política de Transplante do Distrito Federal na perspectiva do campo de pesquisa selecionado. Esse capítulo fundamenta as bases teóricas para o desenvolvimento da discussão frente ao modelo ideológico, político e econômico na compreensão do conceito de saúde de acordo com a perspectiva do bem-estar social, físico e social.

A segunda parte apresenta um espaço expositivo e exploratório da análise das entrevistas sociais, decorrentes do processo avaliativo de transplante do Serviço Social no campo de pesquisa selecionado. As categorias elencadas são: Equidade; Acessibilidade; Articulação Interinstitucional na Saúde; e Integralidade. Trata-se de uma análise das categorias

com foco na garantia de acesso à Política de Saúde Pública no Brasil. São apresentadas realidades diversas na perspectiva de cinco usuários/as sobre seu tratamento, documentados pela equipe de Serviço Social.

A terceira parte consiste nas considerações finais, destacamos o percurso da pesquisa, com destaque para a discussão da construção coletiva do direito à saúde enquanto política pública no Brasil.

CAPÍTULO 1 - A BÚSSOLA E O CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

A escolha do método é fundamental para conduzir o estudo científico, pois é através dele que serão adotadas as técnicas que vincularão o pensamento e a ação. Ao iniciar o diálogo sobre os direitos sociais e a Política de Seguridade Social no Brasil com foco na saúde, torna-se importante ressaltar a utilização do método crítico dialético considerando a complexidade e as contradições estabelecidas entre o Estado e sociedade civil na luta de classes que envolve a produção e reprodução do capitalismo, como descreve Behring e Boschetti (2006).

Esse método foi escolhido compreendendo a necessidade de superação das limitações das perspectivas unilaterais e a focalização em uma área específica das políticas sociais, ao levar em conta a complexidade e as contradições das políticas em busca da totalidade, que Behring e Boschetti (2006, p. 40) descrevem como um método que “compreende a realidade nas suas íntimas e complexas determinações, e revela, sob a superfície dos fenômenos, suas conexões internas, necessárias à sua apreensão”.

Para Flirk (2013), na perspectiva marxiana, o ser social é uma totalidade, o que pode ser definido como um conjunto articulado de partes com suas contradições. Superar a fragmentação do saber pode possibilitar a apreensão desse processo social. Para o autor, há uma relação dialética entre o todo e as partes, sendo, porém, o todo o momento determinante.

Totalidade [...] como princípio metodológico, significa que nada pode ser compreendido de modo isolado. O sentido de cada parte, de cada fato, de cada dado só emerge na medida em que ele for apreendido como momento de um conjunto, como resultado de um processo através do qual cada um dos elementos parciais vai adquirindo a sua natureza e a sua especificidade. Trata-se, pois, de apreender o processo através do qual vão se constituindo, ao mesmo tempo, a totalidade de determinado objeto e as partes que o compõem, a hierarquia e a ordem entre os diversos momentos, o modo como se relacionam entre si o todo e as partes, sob a regência do primeiro, as relações das diversas partes entre si e a passagem de um momento a outro (Tonet, 2013, p. 116).

Estudar o ser social e as contradições de sua realidade faz necessário o uso de um método que permita superar a lógica da focalização e fragmentação em que é construída e estruturada no sistema econômico vigente. Consideramos ainda que essa realidade não é estática e está em constante transformação e contradição.

Mas a totalidade concreta e articulada que é a sociedade burguesa é uma totalidade dinâmica - seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica. Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas - e o que a análise registra é precisamente a sua contínua transformação. A natureza dessas contradições, seus ritmos, as condições de seus limites, controles e soluções dependem da estrutura de cada totalidade - e,

novamente, não há fórmulas/formas apriorísticas para determiná-las: também cabe à pesquisa descobri-las.” (NETTO, 2011, p. 57).

A intenção desta pesquisa foi ouvir a voz dos transplantados por meio da utilização de relatos presentes nos registros das entrevistas conduzidas pelo Serviço Social do ICTDF para compreender as contradições presentes nas diferentes etapas do processo de tratamento, incluindo diagnóstico, encaminhamentos, transplante e acompanhamento pós-transplante. E para isso foi utilizada a pesquisa qualitativa, pois permite a abordagem da subjetividade dos processos e realidades envolvidas na vivência do/a usuário/a, assim como a possibilidade de aprofundamento das realidades e complexidades dos fenômenos. Esse método respeita os atores e é capaz de descrever a experiência humana, como é vivenciada e definida a partir da realidade do próprio sujeito. (Minayo, 1998)

Existem três pressupostos básicos apontados por Martinelli (1999) para a pesquisa qualitativa: o reconhecimento da singularidade do sujeito; a importância de conhecer a experiência social do sujeito para possibilitar o conhecimento sobre seu modo de vida. Este processo metodológico possui a capacidade de aprofundar a complexidade de fenômenos, processos e fatos com abrangência e extensão que envolve os sujeitos e suas relações.

De acordo com Minayo (1998), de forma linear a pesquisa qualitativa pode ser dividida em três fases, sendo; a) a primeira exploratória; b) a segunda, coleta de dados e o trabalho de campo; e c) terceira a análise e tratamento dos dados. A escolha dessa metodologia explicita nossa intenção em aprofundar o tema através da percepção do usuário submetidos a complexidade do tratamento de transplante, favorecendo o discurso dialético e abrangendo sua complexidade e contradições.

Buscamos articular as reflexões conceituais da vivência profissional com o aprofundamento teórico e metodológico para as definições do estudo sobre a experiência do trabalho como assistente social no serviço transplantador do Distrito Federal. Isso possibilitou desenvolver a escolha da inclusão dos sujeitos dessa pesquisa por meio da entrevista social já realizada com os/as usuários/as na sua chegada ao serviço transplantador e ao longo do processo.

A pesquisadora atualmente é assistente social e consultora técnica na área de transplantes, e atuou na instituição de realização da pesquisa ICTDF por aproximadamente sete anos. Dessa forma, o contato e o acesso à instituição e aos usuários em seu exercício profissional se deram de forma cotidiana, além de ampla participação nos espaços de articulação, como

congressos, grupos de pesquisa, mas também atuação na mobilização e participação do usuário no processo de controle e participação social.

O contato entre assistentes sociais e os/as usuários/as nesse campo de pesquisa se dá no espaço institucional através de acompanhamento e realização de grupos, eventos voltados para esse público. Essa dinâmica de acompanhamento prolongado favorece a ampliação do conhecimento e acompanhamento sobre as vivências, contradições e realidades envolvidas no processo, como as diferentes perspectivas relacionadas à origem do/a usuário/a, que pode estar vinculada a mesma localidade do serviço transplantador ou a estados que demandam um deslocamento dificultado.

O Distrito Federal conta hoje com três serviços transplantadores pelo SUS. Dentre esses o Instituto de Cardiologia e Transplantes do DF (ICTDF), que é uma instituição filantrópica. Esta instituição funciona como um serviço multitransplantador por realizar transplantes de coração, fígado, rim, córnea e medula óssea. Nessa instituição, o processo de avaliação para transplante conta com equipe multiprofissional (Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e equipe Médica) e todos os pacientes, de acordo com protocolos próprios dos programas, passam por atendimento no Serviço Social.

A escolha do ICTDF como campo de pesquisa se deu pela característica de ser um serviço multitransplantador, tem uma equipe multiprofissional ativa com um Setor de Serviço Social com protocolo de trabalho bem estabelecido. A pesquisadora teve a oportunidade, enquanto assistente social, de compor essa equipe e esse foi um determinante para a escolha do tema e do local de realização da pesquisa.

Outro fator de relevância foi de contar com uma documentação de extrema qualidade construída ao longo da existência da instituição, tornando-se um recurso de extrema riqueza para captar as diversidades de realidades apresentadas diariamente neste serviço e o processo interventivo profissional realizado.

A entrevista social registrada nos prontuários sociais permite contextualização, descrição de frases em formato de citação, encaminhamentos realizados e ações interinstitucionais realizadas. O formato da entrevista social é semiestruturado no processo de avaliação social e, após ocorrer a avaliação, os atendimentos são realizados em formato não estruturado.

O estudo aconteceu ao considerarmos fases de desenvolvimento, que serão descritas a seguir. A fase exploratória contou com a realização da pesquisa bibliográfica, documental e

levantamento de dados. Na pesquisa bibliográfica foi realizada consulta a teses, dissertações, artigos e livros publicados sobre a temática da Política Nacional de Transplantes e sua história no Brasil. O levantamento de literaturas sobre o SUS, Serviço Social e o sistema capitalista também se deu com a mesma profundidade teórica-conceitual e abrangeu diversos materiais disponibilizados em artigos, teses e livros sobre as temáticas imprescindíveis para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Na pesquisa documental, durante a fase inicial, buscou-se levantar informações sobre a Política Nacional de Transplantes, com operacionalização de histórico e discussão teórica-conceitual sobre os diversos processos que envolvem essa política pública brasileira. Esse levantamento abrange as informações disponíveis em sites oficiais do MS e ABTO. Foram analisadas as normas e regulamentações dos serviços de saúde voltados para o tratamento de transplante, assim como as políticas que estão conceitualmente relacionadas à complementaridade do acesso à saúde, como a Assistência e Previdência Social.

A pesquisa de dados foi realizada para possibilitar o levantamento de informações sociodemográficas, demográficas e contextualização do STN, através de dados informados pelo MS e ABTO. Esses dados são importantes para o conhecimento da realidade desse tratamento em forma ampliada e possibilitaram um dimensionamento dos registros sobre o tratamento de transplantes.

No trabalho de campo foram analisados cinco prontuários sociais, que consistem em prontuário decorrente do processo de avaliação social do paciente receptor de transplante. As assistentes sociais deste campo de estudo utilizaram dois tipos de prontuário (o prontuário multiprofissional, que é compartilhado dentro da instituição, e o prontuário social, que tem como característica não ser informatizado até o momento e resguarda o sigilo). O prontuário social é mantido em armário próprio dentro da sala administrativa do Serviço Social na unidade de serviço hospitalar.

A seleção dos prontuários foi realizada por conveniência, ou seja, uma escolha acessível da amostra, pensada para abranger os transplantes de órgãos sólidos realizados no Distrito Federal. Essa seleção visou garantir a representatividade de usuários residentes no DF, bem como aqueles encaminhados de outros estados para tratamento.

A exclusão dos transplantes de Medula Óssea e Córnea dessa seleção ocorreu devido ao protocolo estabelecido para essas duas modalidades. Após o transplante, foi realizada a

contrarreferência do usuário para o serviço de origem após um período de aproximadamente 100 dias, o que impossibilita o acompanhamento pós-transplante a longo prazo no ICTDF. Dessa forma, as informações registradas no prontuário social são limitadas.

Os órgãos sólidos, no entanto, possuem protocolo de acompanhamento pós-transplante sem previsão de contrarreferência. Assim o/a usuário/a permanece em acompanhamento no serviço transplantador para o resto da vida⁵, tornando os registros e acompanhamento social extenso e vinculado a demandas de atendimento.

As informações dos usuários selecionados foram sistematizadas e organizadas no Microsoft Excell®, com a identidade do receptor codificada para garantir o sigilo, informações sociodemográficas, histórico de tratamento e os principais apontamentos registrados pelos profissionais, como encaminhamentos e informações dos usuários registrados. Para análise dos dados coletados, foi utilizado as técnicas de análise de conteúdo considerando as três fases fundamentais da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação, que, segundo Bardin (2011, pg. 48), se constitui como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência do conhecimento, relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. (Bardin, 2011, p. 47)

A técnica de análise de conteúdo utilizou uma das categorias de análise definidas por Bardin (2011). A temática-categorial e as informações foram categorizadas em grupos temáticos sobre Equidade, Acessibilidade e Ações Interinstitucionais em Saúde.

⁵ O/a usuário pode ser contrarreferência para outros serviços caso: solicite acompanhamento em outra instituição; quando sua região tem/recebe a habilitação para um novo serviço e passa a oferecer o acompanhamento na modalidade de transplante necessária; e/ou quando o/a usuário/a se mudar de região necessitando de transferência.

Quadro 1 - Categorias

Categoria	Semelhanças
Equidade	Essa categoria indica como são as condições de encaminhamento e realização do tratamento em saúde. Mostra como os/as usuários/as vivenciaram o processo de tratamento na perspectiva pré e pós o transplante, considera a burocratização, comunicação, recursos financeiros entre outros
Acessibilidade	Nessa categoria, o impacto do tratamento na organização do/a usuário/a e seus familiares se mostra maior que a parte econômica para o tratamento.
Ações Interinstitucionais em Saúde	Referimo-nos às ações realizadas entre as políticas para que o tratamento aconteça com menor risco para os/as sujeitos/as.
Integralidade	Na categoria integralidade, compreendemos a perspectiva de totalidade do/a sujeito. Apontamos como o modelo de atenção integral à saúde necessita de ações articuladas dos serviços e políticas.

Fonte: Elaboração própria.

No primeiro momento deste estudo foi necessário abordar o processo de contextualização política, econômica e ideológica vivenciada no país, trazendo para o debate o sistema capitalista e as políticas sociais no contexto brasileiro de hegemonia da nova direita. Abordamos a concepção das necessidades humanas e o conceito marxista de direito desigual.

Quanto à Política Nacional de Transplantes, no contexto de pandemia do COVID-19, analisamos os principais impactos já mensurados no desenvolvimento da garantia de acesso ao tratamento no SUS. O levantamento das normativas que constroem essa política no decorrer dos anos se coloca como base histórica e possibilita a compreensão dos fatores determinantes desses processos de tratamento.

Sobre os registros analisados foi destacado o período dos anos de 2016 a 2023 e contamos apenas com os dados registrados no prontuário social e diário de campo da pesquisadora. Na sequência, apresentamos as características gerais dos/as usuários/as que tiveram seus prontuários analisados. Sejam:

Tabela 1 Distribuição das características gerais dos/as usuários.

Sujeito de Pesquisa	1	2	3	4	5
Idade	57	64	13	55	36
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Religião	Não declarante	Evangélico	Cristão	Evangélica/A dventista	Católico
Moradia/UF	Porto Velho/RO	Corumbá/MS	Ceilândia/DF	Manaus/AM	Formosa do Rio Preto/BA
Escolaridade	Técnico	Ensino Fundamental II	Ensino Fundamental I	Ensino Fundamental I	Ensino Médio
Situação Trabalhista	Servidor público em licença	Mecânico Aposentado	Estudante	Empregada Doméstica sem vínculo	“Trabalho Braçal” aposentado
Suporte Familiar no DF	Não possui	Não possui	Avós	Filha	Tia
Renda Familiar	2 S/M per capto	½ S/M per capto	½ S/M per capto	½ S/M per capto	1/3 S/M per capto
Situação Civil	Casado há 7 anos	Casado há 20 anos	Solteiro	Casado há 20 anos	Casado há 14 anos
Filhos	3 (34,33 e 7 anos)	2 (26 e 30 anos)	Não possui	4 (30,34,36 e 37 anos)	1 (9 anos)
Cuidador/a	Esposa	Esposa	Genitora	Filhos	Esposa
Programa de Transplante	Fígado	Coração	Fígado	Rim	Coração

Fonte: Elaboração Própria

Serão utilizadas variações do código criado “S.P.” para identificar os sujeitos de pesquisa, que serão numerados de 1 a 5, conforme indicado na tabela acima. Foram analisados quatro prontuários de indivíduos do gênero masculino e um do gênero feminino, totalizando dois casos de transplante cardíaco, dois de transplante hepático e um de transplante renal.

Em relação às características apresentadas, houve uma variação de 13 a 64 anos de idade. Foi considerada a idade do primeiro atendimento realizado como parâmetro para todos, independentemente da idade da realização do último atendimento. A escolaridade mínima foi do Ensino Fundamental I completo e a maior formação o Ensino Médio completo. Quanto à situação trabalhista, há uma diversidade, porém todos estavam sem atuação profissional no momento do tratamento, incluindo o estudante que se manteve afastado das atividades escolares.

O suporte familiar no DF próximo ao serviço transplantador apareceu em três dos cinco casos. Os dois que não apresentaram esse suporte revelaram demandas decorrentes da moradia para permanência durante o tratamento de acordo com as anotações no prontuário social. Nesse caso, consideramos suporte familiar as pessoas da rede extensa do/a usuário/a que residam próximo ao serviço transplantador e consigam oferecer suporte quanto a moradia, transporte e ou alguma participação no tratamento.

A renda familiar chama atenção pelo baixo valor especialmente quando considerado os integrantes da família, ou seja, a renda *per capita* não sendo considerado os gastos comuns como aluguel, alimentação e outros. A religião apontada pela maioria registra o cristianismo como referência e esse fator se apresenta como protetivo e em alguns casos como suporte financeiro e emocional. Todos os/as usuários com idade maior que 18 anos, são casados e esta condição se relaciona diretamente com a identificação do/a cuidador/a principal, composto majoritariamente pelas esposas, mesmo quando há presença de filhos adultos. Nos casos em que a cuidadora é a mãe, o genitor não desempenha papel de cuidado e convivência com o usuário. Ressaltamos aqui que a usuária foi a única que não contou com seu responsável legal direto como cuidador, ou seja, seu esposo, contando com os filhos no processo de cuidado.

O/a cuidador/a principal aqui se difere de um acompanhante. A necessidade de cuidados físicos, mentais, legais que pode ser remunerado ou não⁶. Os cuidadores são considerados trabalhadores domésticos, classificados como uma ocupação e, no tratamento de transplante,

⁶ Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

acompanha o/a usuário/a em todo o processo. O/a cuidador/a tem papel fundamental no processo de tratamento de transplantes e possui atuação ativa em todo o processo.

O perfil apresentado é composto por dados registrados, o que implica em limitações quanto à inclusão de outras informações que podem ser relevantes para os/as usuários/as. No entanto, os registros permitiram aprofundamentos das categorias temáticas durante o processo de análise.

Após a coleta do material as informações foram registradas e tabuladas, com manutenção das narrativas registradas. A organização do material se deu buscando construir a história e caracterização do processo de tratamento do paciente. As narrativas foram reagrupadas em dois grupos: características gerais dos usuários; e vivências e demandas apontadas em atendimento. Esse segundo grupo foi reagrupados em três eixos: a fase de encaminhamento para o serviço transplantador, a de avaliação pré-transplante e a pós-transplante.

A quantidade de prontuários avaliados se mostrou satisfatória para análise na perspectiva do objeto de conhecer como o/a usuário/a vivenciam a desigualdade no processo de tratamento de transplante pelo SUS no DF. Esse estudo não precisou ser avaliada pelo sistema CEP/CONEP conforme Carta Circular nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS de 12 de junho de 2018, que trata dos estudos tipo “relato de caso” nos sistemas CEP/Conep:

É conveniente observar que a Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 1º, parágrafo único, determina: “Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” Esta Carta circular não se aplica a estudo que utilize metodologia característica da área de Ciências Humanas e Sociais. (Brasil, 2018, p. 3)

Como já mencionado, para reduzir o risco que pode ser considerado mínimo para a realização deste estudo, optamos por codificar os dados de identificação dos/as usuários/as e apenas a pesquisadora teve acesso ao material coletado. Seguindo as orientações da Resolução CNS no 466 de 2012.

CAPÍTULO 2- SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES NO BRASIL EM TEMPOS DE DESMONTES E PANDEMIA DA COVID 19

Este capítulo introduz a concepção do conceito sobre as necessidades humanas na perspectiva do sistema capitalista. Para essa abordagem consideramos o aprofundamento das determinações sociais do capitalismo na sociedade e a perspectiva das políticas públicas de proteção social nesse sistema político-econômico.

A abordagem da chamada nova direita, como ideologia do atual sistema capitalista, enfatiza as contradições e antagonismos no atual projeto de sociedade. Coloca a saúde como um modelo sujeito em relação às diversas interpretações do modelo adotado, que fere a sua concepção original de garantia universal voltada para o bem-estar físico, social e mental. O conceito de direito desigual marxista se apresenta como base de análise do acesso aos direitos sociais, considerando as disparidades de acesso aos determinantes e condicionantes sociais.

No campo da saúde, a Política Nacional de Transplantes ganha destaque ao abordarmos sua construção histórica no Brasil. Isso ocorre por meio da sua legislação e a partir do modo como se dá essa política no atual cenário brasileiro, considerando o impacto da pandemia do COVID-19. A estrutura e organização desta política pública no DF aparece qualificando o campo de estudo e abordando o protocolo de tratamento utilizado na obtenção de dados desta pesquisa.

2.1 Capitalismo e políticas sociais no Brasil em tempos de hegemonia da nova direita

Para abordarmos a relação do capitalismo e as políticas sociais no Brasil é importante compreender algumas características desse modo de produção. Como ponto de partida, iniciamos a discussão sobre as necessidades humanas na perspectiva da satisfação das necessidades humanas mais “simples”, voltadas para a sobrevivência ou existência humana, como comer, abrigar-se, vestir-se. A partir desse raciocínio de existência ou sobrevivência, podemos avaliar que essas necessidades podem ser extraídas diretamente da natureza com poucas intervenções para utilização desses recursos através do trabalho humano.

As necessidades humanas são pautas individuais e coletivas ao mesmo tempo, visto que, quando em sociedade, desde a história da existência humana até a atualidade, apresenta-se como forma atividade essencial. Ao longo da história, a percepção das necessidades humanas

passa por modificações de como é percebida e alcançada, seja pelos indivíduos ou grupos na sociedade.

[...] devemos começar por constatar o primeiro pressuposto de toda existência humana e também, portanto, de toda a história, a saber, o pressuposto de que os homens têm de estar em condições de viver para ‘fazer história’. Mas, para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e este é, sem dúvida, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, assim como há milênios, tem de ser cumprida diariamente, a cada hora simplesmente para manter os homens vivos. (Marx; Engels, 2007, p.32)

Os meios para produção das necessidades humanas passam a desempenhar o papel de satisfazer a vida material, ganhando características próprias na sociedade. Para Marx (2008), a produção social pressupõe as relações sociais, que são independentes das vontades individuais de cada sujeito/a, e necessárias à produção da considerada vida social. E dessa forma, para atender as necessidades de produção, é necessária a cooperação entre os diversos indivíduos que acontece através do trabalho, conforme Marx e Engles (2007).

A forma de organização da produção da vida pode ser chamada de modos de produção, como exemplo podemos citar o escravismo, o feudalismo e o capitalismo. Marx (1985) detalha como ocorreu a passagem do modo de produção feudalista para o capitalista, destaca como ocorre a separação entre os trabalhadores e a propriedade dos meios de produção, evidenciando processos violentos para a efetivação dessa separação que obrigou essa classe social a vender sua força de trabalho para garantir sua sobrevivência. A produção social da vida é cada vez mais coletiva, social e contraditória à acumulação e apropriação da riqueza, que se mantém privada, conforme Iamamoto (2015).

Para Marx (2013) em “a lei geral da acumulação capitalista”, o processo de acumulação capitalista traz como efeito a miséria. O processo de acumulação capitalista produz uma população trabalhadora excedente, que é necessária para o processo de acumulação e sustenta a ideia da necessidade da disponibilidade da mão de obra excedente. Essa organização da sociedade estabelecida na exploração da mão de obra sustenta a lógica da manutenção da desigualdade social.

[...] o desenvolvimento do modo de produção capitalista e da força produtiva do trabalho – simultaneamente causa e efeito da acumulação – capacita o capitalista a movimentar, com o mesmo dispêndio de capital variável, mais trabalho mediante uma maior exploração extensiva ou intensiva das forças de trabalho individuais. Vimos, além disso, que ele, com capital do mesmo valor, compra mais forças de trabalho ao substituir progressivamente trabalhadores mais qualificados por menos qualificados, maduros por imaturos, masculinos por femininos ou adultos por adolescentes ou infantis.” (Marx, 2013, p. 863)

O/a trabalhador/a que passa a produzir mais riqueza alheia à medida que trabalha mais, promovendo uma valorização do capital e precarização no seu processo de trabalho e vida, transforma-se em assalariado. Seu tempo de vida é transformado em trabalho. A acumulação da riqueza se torna a acumulação de pobreza e miséria. Conforme Marx (2013, p. 961), “a assim chamada acumulação primitiva não é, por conseguinte, mais do que o processo histórico de separação entre produtor e meio de produção”.

A propriedade privada se coloca como uma condição da vinculação do trabalho também privatizado, em que o trabalhador perde o acesso aos meios de produção desenvolvendo uma relação de dependência com o processo estabelecido do trabalho. A expropriação da população da terra e dos meios de produção aumentam as contradições na sociedade e a desigualdade gerada pelo sistema capitalista.

As determinações do capitalismo na sociedade se apresentam como um desafio para a sobrevivência da população, mas também para o próprio sistema capitalista que evidentemente sofre mudanças frequentes decorrentes do seu próprio desenvolvimento. As políticas sociais podem se apresentar em uma configuração de provisão do Estado como sistema de proteção social para a classe trabalhadora, porém essa perspectiva não abrange a sua totalidade.

Dito de outra forma, relaciona as políticas sociais às determinações econômicas que, em cada momento histórico, atribuem em caráter específico ou uma dada configuração ao capitalismo e às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural. Do ponto de vista político, preocupasse em reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam. (Behring e Boschetti, 2006, p. 43)

Os aspectos econômicos das políticas sociais aparecem com uma centralidade, mas, conforme Behring e Boschetti (2006), a dimensão cultural, a participação da sociedade, assim como outros aspectos importantes, constituem a sua múltipla causalidade. As políticas sociais se apresentam como respostas e formas de enfrentamento das expressões da questão social no capitalismo. As contradições geradas pelo sistema capitalista são colocadas em todas as dimensões da complexidade da sociedade, e sua dinâmica de transformação se torna reflexo e reflete o momento histórico vivenciado.

Ainda sobre as políticas sociais e sua relação com a questão social, abordaremos a chamada questão social a partir da relação entre a classe que detém os meios de produção e a classe desprovida de tais meios. “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da

sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado” (Iamamoto; Carvalho, 2006, p. 77).

Dessa forma, a sociedade no modo de produção capitalista é dividida em classes sociais, a partir das quais a burguesia e o proletariado, em uma dinâmica de conflito e antagonismos geradas pela exploração de uma classe sobre a outra, mantêm a perspectiva destrutiva e produtora de desigualdade e miséria do capitalismo, constrói uma dinâmica de mercantilização da vida em todos os sentidos, como a vida humana individual e coletiva.

Ao privatizar e mercantilizar os meios de produção e de sobrevivência, como recursos naturais, a sociedade passa a enfrentar as mudanças na configuração de vida e necessidades básicas relacionadas ao desenvolvimento do capitalismo na sociedade. Os conflitos sociais gerados pelo reflexo dessa desigualdade na separação de classes do capitalismo, como a insegurança alimentar, violência, falta de moradia, superexploração da classe trabalhadora são objetos de luta da sociedade na busca e garantia de direitos sociais dentro do capitalismo. A política social e os direitos sociais se tornam importantes dentro da perspectiva político-econômica para os trabalhadores no desenvolvimento de serviços e benefícios que passam a se constituir como direitos.

Em síntese, a política social e os direitos que ela materializa são mediações importantes na totalidade concreta – a sociedade burguesa – desde quando os trabalhadores emergem na cena pública, pautando suas condições de vida e trabalho como “questão social”, a qual resulta da lei geral da acumulação. São produto histórico-social da luta de classes, e como tal se reconfiguram, acompanhando os movimentos do trabalho do capital e seus impactos sobre o Estado, como um componente central na garantia das condições gerais de produção e reprodução social. (Behring, 2016, pg. 19)

O modelo de economia política neoliberal atual, que tem como foco o individualismo, a competição e mínima intervenção do mercado, colocando a política de saúde em um cenário de conflitos, onde a disputa por interesses impõe lógicas privatistas, reducionistas de assistência à população e fragmentada, nas quais o foco de atenção não é integral, mas biologicista e não contempla a compreensão de saúde ampliada. Esse modelo potencializa o processo de privatização da saúde através de diversos mecanismos e utiliza da ideologia para a manutenção de um conceito de Estado incapaz de prover o direito à saúde.

O direito à saúde está diretamente relacionado à determinação social do capitalismo sobre a saúde, que se apresenta através de fatores multideterminados, incluindo aspectos de moradia, alimentação, espiritualidade, relações sociais e eles visam o acesso a bens e serviços

essenciais para a saúde. Dessa forma, o conceito de saúde não está ligado a mínimos sociais, mas a promoção de bem-estar físico, mental e social, assim descrito na legislação brasileira.

A autorresponsabilização do trabalhador pelo processo saúde-doença-cuidado no sistema neoliberal afasta cada vez mais a responsabilidade do Estado sobre o direito à saúde e permite a construção de uma lógica em que a ausência de saúde é de causa individual, e assim a promoção do acesso à saúde também é vista da mesma forma. O SUS passa a ser relacionado à ausência de recursos para prover um sistema de atendimento privado e não mais como um direito universal, integral e igualitário. A ideologia neoliberal é voltada para o mercado e o incentivo à acumulação de capital.

No sistema neoliberal como descreve Harvey (2008), a mercantilização da vida transforma tudo em mercadoria, mercadorização de tudo. O autor coloca que o neoliberalismo é um projeto de classe, da classe dominante, em que:

Nenhum modo de pensamento se torna dominante sem propor um aparato conceitual que mobilize nossas sensações e nossos instintos, nossos valores e nossos desejos, assim como as possibilidades inerentes ao mundo social que habitamos. Se bem-sucedido, esse aparato conceitual se incorpora a tal ponto ao senso comum que passa a ser tido por certo e livre de questionamento. (Harvey, 2008, p. 14)

A construção da ideia da liberdade individual em que a liberdade oferece uma possibilidade de conquista e crescimento vinculada apenas ao indivíduo, considerando o auto-investimento e o desenvolvimento econômico como forma de ascensão social. Esse modo de pensamento também contribui para desconstrução do direito coletivo e responsabilização estatal sobre a população. Diante disso, as contrarreformas ganham força e ascensão na sociedade atual.

A chamada ideologia da nova direita, conforme descreve Pereira (2018, p. 43), ganhou nos anos 1970 força intelectual e política, “como crítica liberal à ação social do estado”. Essa concepção abrange uma reação do pensamento liberal em relação aos gastos sociais com bem-estar e se coloca contrária à proteção social.

Entendemos por “Nova Direita” um fenômeno em escala global, iniciado na década de 1970, constituído fundamentalmente por uma aliança político-econômica entre neoliberalismo e neoconservadorismo, que assume características específicas na América Latina, revelando um fortalecimento recente como efeito de oposição aos governos populares da virada do milênio. (Ser Social, 2019, p. 261)

A nova direita constituída dessa aliança conservadora passa a resgatar princípios moralistas nas políticas sociais, com intervenções importantes e aprofundando as contrarreformas nas políticas e direitos sociais. Retoma ações como a filantropização de

políticas sociais, primeiro damismo, um discurso conservador que fere a igualdade e a proteção social.

A realidade social do indivíduo, no sentido de necessidade humana, é individual e coletiva ao mesmo tempo e está para além do seu sistema biológico, relaciona-se com seu contexto social, tornando-se um produto da sociedade e da história. Nesse sentido, um produto do sistema econômico e histórico da sociedade, posicionando-se como modelo neoliberal conservador da nova direita, não possibilita acesso a habitação, alimentação, trabalho, educação e saúde de forma universal e igualitária. Seu reflexo na população se dá de diversas formas. Aqui vamos nos aprofundar na política de saúde e sua compreensão de saúde em conceito ampliado.

As limitações de concepção do conceito ampliado de saúde e sua concepção voltada para o bem-estar são contraditórias em si ao abordarmos o entendimento da variação dos conceitos e objetivos das demais políticas públicas. Podemos pensar a partir da política de assistência social, que trabalha concepção de mínimos sociais conforme descreve a Lei nº 8.742/93, que destaca a política de assistência social como “não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” e aborda as necessidades humanas a partir das demandas básicas que dependem de mínimos sociais assegurados através de políticas públicas de proteção social.

A noção de mínimos sociais pode sofrer variações a depender do modelo de proteção social adotado, prover recursos mínimos para subsistência construída dentro de uma lógica capitalista, vincula a proteção social a um caráter individual e voltado para a pobreza absoluta (Pereira, 2006). Portanto, na atual lógica de fortalecimento da ideologia da nova direita, passamos a enfrentar o crescimento das perspectivas negativas voltadas para as políticas sociais e a Assistência Social passa a representar um fardo para o Estado dentro dessa lógica.

Dentre tantas contradições inerentes nesse processo, pautamos o processo de acumulação capitalista e a concepção de recursos mínimos para subsistência. Ressaltamos, nesta perspectiva, a concepção do sistema econômico que objetiva a acumulação de capital e desenvolve o consumo excessivo e insustentável até para a sobrevivência humana, visto que a exploração e a destruição dos equilíbrios ecológicos do planeta, ocasionados pelo processo de acumulação capitalista, impactam diretamente as demandas consideradas mínimas para a subsistência de um indivíduo ou de uma população.

A concepção de mínimos sociais possui uma amplitude de interpretação no sistema capitalista, que pode estar relacionada ao próprio meio ambiente e a necessidade de preservação da natureza, ou as tecnologias desenvolvidas que surgem como resposta ao modelo econômico atual, que fomenta o consumo e a necessidade de ampliação da necessidade humana para novas formas de entender a vida cotidiana e o bem-estar e, dessa forma, ganha novas compreensões sobre as consideradas necessidades básicas.

A política de saúde em sua abordagem de bem-estar apresenta em seu conceito legal um conjunto articulado de necessidades, como habitação, alimentação, transporte, lazer, renda, acesso aos bens e outros que não relacionam com mínimos sociais, mas ao bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, como é construída a concepção de necessidade mínima para o bem-estar dentro do sistema capitalista na perspectiva da nova direita, é antagônica a necessidade de uso da proteção social para subsistência, pois confere a responsabilidade de sobrevivência e manutenção da vida ao indivíduo para responder às próprias demandas para seu bem-estar.

[...] o direito à satisfação otimizada de necessidades, a partir da garantia das condições básicas como exigência fundamental para essa otimização, constitui o cerne de todas as justificações das políticas sociais públicas, incluindo a assistência, e a meta a ser alcançada e defendida por todos aqueles que acreditam que a condição de vida dos pobres deve ser crescentemente melhorada. Em suma, a satisfação otimizada de necessidades deverá visar simultaneamente à melhoria da *eficiência da política social* e da *equidade social*. (Pereira, 2006, p. 35)

A eficiência de uma política social estaria vinculada ao atendimento das necessidades humanas básicas, dentro da atual concepção universal e através da participação democrática da sociedade. Dessa forma, o debate das necessidades básicas amplia a percepção do que pode ser considerado mínimo pré-estabelecido biologicamente, vinculado à sobrevivência, para uma aproximação com o conceito de bem-estar.

2.1.1 – O direito à Saúde pública no Brasil

O direito à saúde é reconhecido como um dos principais direitos estabelecidos no Brasil. O marco de ampliação e consolidação é a CF/88. A partir dessa normativa, consolida-se no artigo nº 196 a saúde como um “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”.

A CF/88 aponta a saúde tendo como “determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação,

a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, o que ressalta o caráter ampliado de seu conceito e referência à saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. O caráter de acesso universal, igualitário e gratuito que objetiva a promoção, a proteção e a recuperação da saúde com suas características multifatoriais e integradas às demais políticas públicas.

A Seguridade Social no Brasil, constituída pela Previdência, Assistência Social, assim como as demais políticas de habitação, educação e outras, tem esse caráter de articulação para totalidade de atendimento ao sujeito/a. Quando entendemos o conceito ampliado de saúde, essa articulação se coloca indispensável. A política de saúde, como um dos pilares do tripé da Seguridade Social, é incapaz de oferecer “saúde” à população vista de forma isolada, e, para atingir o conceito de saúde, é necessário e imprescindível a articulação entre as políticas, visando a garantia de acesso às necessidades básicas e essenciais para a vida e o bem-estar social.

Dessa forma, projetamos o foco para a integração das diversas ações dessas políticas, buscando uma perspectiva ampliada do sujeito e das políticas. Não pensaremos nos fatores determinantes e nos condicionantes sociais e econômicos⁷ de forma fragmentada, mas visando a integralidade, a complementaridade e a articulação entre as políticas.

A contradição inerente ao sistema capitalista coloca o sistema de proteção social como respostas públicas contraditórias, a própria política de seguridade social é um exemplo. Como aponta Sposati (2013, p. 654), a proteção social passa a ser estigmatizada como um conjunto da ação estatal, com ações de cunho tutelar e assistencialista:

a proteção social na sociedade do capital, exatamente por atuar com "indivíduos" sem interesse imediato para o processo de acumulação, porque afastados da inserção no trabalho vivo, contaria com menos interferência de interesses econômicos do capital; todavia, não é isso que ocorre de fato. Pelo contrário, as atenções de proteção social, os dispositivos e regras que a regem, sua gestão e processos de trabalho são submetidos a múltiplas racionalidades geradoras de formas truncadas, parciais, desarticuladas de respostas às desproteções sociais.

⁷ É relevante pontuar que a expressão “determinação social da saúde” e do uso dos “determinantes e condicionantes sociais da saúde” conferem uma problematização importante que temos conhecimento. Alguns autores pautam a perspectiva de uma visão estática, hierarquizada que alguns autores/as abordam o conceito da OMS com uso dos termos determinantes e condicionantes sociais, essa perspectiva aponta para o uso do conceito de determinação social como uma possibilidade de ampliação da perspectiva para um âmbito mais abrangente do processo saúde-doença-cuidado. Neste estudo, não pretendemos nos aprofundar nestes conceitos com finalidade de sobreposição, mas reforçamos a perspectiva coletiva da vida e das pessoas, sua construção no processo histórico e subjetivo, sem a configuração de uma perspectiva uma determinação da sociedade como pontua Mynaio (2021). Diante da complexidade deste debate, seguirmos na abordagem dos conceitos e normatizações vigentes guiado pelo método dialético-crítico.

Ao considerar o momento de crise do capital, crise estrutural e sistêmica, Boschetti (2016) refere que o caráter restrito e regressivo do Estado Social, além de contribuir para o processo de acumulação do capital e a superexploração da força de trabalho, estimula mercantilização desses bens e serviços básicos para a sobrevivência, como a saúde, a educação, a previdência, a habitação, o transporte e outros.

Ao analisarmos sobre as várias dimensões das políticas públicas e seus aspectos que compõem a totalidade, como a parte econômica, histórica, social, cultural e política, podemos observar que seu reflexo se dá na mesma medida na sociedade e de forma multifatorial. Os direitos sociais constituídos através de mobilização e luta permitem acreditar na transformação da organização econômica e social do Estado. Mesmo em um sistema capitalista, porém, ao pensarmos as contradições vinculadas ao contexto da luta de classes, percebemos as limitações decorrentes dessa realidade, como aponta Tonet (2015, p. 281):

[...]o fundamento ontológico do conjunto de direitos – civis, políticos e sociais – reside naquele ato de compra-e-venda de força de trabalho. A forma concreta desses direitos será sempre o resultado das lutas travadas entre capital e trabalho. Contudo, por mais aperfeiçoados que sejam esses direitos, eles jamais poderão ultrapassar os limites que lhes são postos pela reprodução do capital.

As limitações postas para as políticas sociais para atender as demandas do trabalhador esbarra nas contradições da desigualdade gerada pelo sistema de acumulação capitalista. Para Marx e Engels (2014), os direitos sociais não significam igualdade, pois a igualdade não se limita apenas aos direitos políticos, mas às condições de vida dos indivíduos e às diferenças de classe. Dessa forma, a compreensão de direitos sociais não afasta a desigualdade, mas pode ser um mecanismo de transformação da sociedade através da revolução democrática.

Não há pretensão de neste momento dar respostas ou abordar de forma ampliada a desigualdade social, mas observar a diferença existente entre o direito político e o acesso ao direito estabelecido de forma legal, que estão sujeitos a desigualdade social e refletir sobre a compreensão que os direitos políticos também estão submetidos à classe dominante e ao sistema de produção capitalista.

Pensar o direito estabelecido a partir da concepção burguesa auxilia na compreensão de que não estamos falando em igualdade social, pois ele é fomentado para controlar o impacto da superexploração do trabalhador, possibilitando a manutenção da sociedade para o trabalho e consumo. Marx (2012, pg. 26) retrata que “esse igual direito é direito desigual para trabalho desigual”. Ele não reconhece nenhuma distinção de classe, pois cada indivíduo é apenas

trabalhador tanto quanto o outro”, não é considerada a desigualdade social e as especificidades das relações sociais para uma efetividade de igualdade.

As políticas sociais e os direitos pensados a partir da lógica da igualdade no contexto burguês limitam a realidade a fatores únicos, econômicos ou políticos ou sociais, pois, não considera, muitas vezes, a condição multifatorial das relações da sociedade e suas contradições. Está sujeito às condicionalidades estabelecidas como limite para sociedade, sem a pretensão de ultrapassar esses limites já estabelecidos pelo capitalismo.

Pensar o direito igual seria considerar a distribuição justa. Marx (2012) coloca como indissociável os meios de produção e, desse modo, exige uma forma de produção diferente do sistema capitalista, que pode ser alcançado através da revolução social. Partindo dessa concepção do direito desigual, a disparidade de acesso aos determinantes e condicionantes sociais constrói uma diversidade de realidades sujeitas à inclusão nas políticas públicas, como o acesso ao conhecimento através da educação ou a renda que pode se dar na perspectiva de exploração do trabalhador, venda da força de trabalho ou acesso a política de assistência social, por exemplo. A diversidade de formas de acesso reflete a complexidade e as contradições da sociedade e o modo como o conceito da política social se dá na perspectiva do sistema capitalista.

A política social é um produto da sociedade burguesa e não tem vínculo com a emancipação humana, a qual tem relação com um mundo livre de amarras do valor, da propriedade privada e do direito que lhes dá suporte. E mais, a política social se articula com o valor, via reprodução e condições de oferta da força de trabalho, mas também por meio da constituição e alocação do fundo público, com o que participa do movimento do capital como um todo. Ou seja, não é um lado de fora na totalidade concreta da sociedade burguesa madura ou uma espécie de troféu dos trabalhadores a dura e árdua luta de classes. (Behring, 2021, p. 257)

Na política de saúde, reafirmando o caráter multifatorial, temos uma amplitude de aspectos que podem ser abordados. Entretanto, iremos iniciar uma reflexão sobre o processo de privatização atual com a intenção de ampliar a compreensão de desigualdade nesse contexto de retrocesso das políticas sociais.

Diante da construção burguesa das políticas sociais, os serviços de garantias de direitos como a saúde são transformados em mercadoria, e modifica a construção e manutenção desse direito na sociedade. A contrarreforma dos direitos sociais acontece como um processo e, no Brasil, tem marcos importantes a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, como apontam as autoras citadas abaixo. Seja:

À contrarreforma do Estado, realizada no governo Fernando Henrique Cardoso, seguiu-se uma série de medidas adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores, que não romperam com essa lógica, apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, cumprindo um papel funcional ao capitalismo no Brasil. As políticas sociais, apesar de algumas inovações, sofreram influência da agenda da estabilidade fiscal e, conseqüentemente, os investimentos foram muito reduzidos, não apontando na direção de outro projeto para o país. (Bravo; Pelaez e Pinheiro, 2018, p. 10)

Com o avanço da contrarreforma, o congelamento de investimentos na seguridade social por vinte anos através da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016), os projetos privatistas ganham força e, em um contexto de crise, os trabalhadores passam a ser responsabilizados com tantos retrocessos e superexploração através de alta taxas de impostos, precarização do trabalho e diminuição da proteção social.

O Estado passa a instituir novas formas de privatizações e parcerias público-privadas na área da saúde e através dos chamados “Novos Modelos de Gestão” (Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Parcerias Público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entre outros) contribuem para a acumulação de capital, como afirmam Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 195-196):

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais.

No processo de mercantilização da saúde, o desmonte da política acontece em uma conjuntura ampliada ao expor o usuário a fragmentação dos serviços e a falta de acessibilidade que esbarra nos contratos firmados entre o estado e as organizações gestoras dos serviços. A precarização do trabalho aparece de forma importante nesse processo, visto que ao transformar do direito à saúde em mercadoria. Ocorre uma precificação do serviço que não visa o direito de acesso à saúde, mas contribuir para a desresponsabilização do estado e a acumulação de capital.

Como destaque no campo da saúde a privatização nos últimos anos apresenta um impacto importante no acesso ao direito e na própria organização dos serviços, que passam a ser geridos por empresas criadas ou contratadas para prestação de serviços e às vezes para a administração da política de saúde.

Porém, como bem descreve Silva (2021), a Seguridade Social passa por ataques sistemáticos desde sua instituição, com restrições de direitos contínuas e apresenta um agravamento no atual governo.

Tais políticas de austeridade orçamentária e privatização atingiram fortemente os sistemas de saúde e de previdência social públicos, no mundo inteiro, provocando a mercantilização crescente desses direitos, o que favoreceu a expansão e o fortalecimento dos fundos de pensão do mercado financeiro, pois a forma usual de ampliar a oferta dos planos privados de previdência social e saúde é inibindo a oferta dos sistemas públicos. Sem esses as pessoas que dispõem de reserva de renda não investida recorrem, em geral, aos planos privados de previdência e saúde. (Silva, 2021, p. 30)

O Incentivo e o investimento nos sistemas privados atingem a população trazendo prejuízo a classe trabalhadora com um movimento de contrarreforma para a restrição de direitos. Colocando em questionamento para a população, a efetividade dos direitos sociais com a valorização do capital e, conseqüentemente, as privatizações dos serviços atribuídos como direitos sociais.

O reconhecimento legal dos direitos sociais e, sobretudo, sua universalização nos sistemas de proteção social capitalista, seja em forma de bens e serviços, seja em forma de prestações sociais monetárias, possibilitou a melhoria das condições de vida, certa redução das desigualdades sociais e certa distribuição do fundo público. Mas, certamente, não desmercantilizou as relações sociais, que continuam regidas pelas relações capitalistas fundadas na produção socializada e na apropriação privada de seus resultados. (Boschetti, 2016, p. 20)

Os diversos conflitos e as contradições entre as classes nesse período afetaram diretamente a organização dos serviços de saúde com ampla participação do setor privado no processo de decisões e contrarreforma da política de saúde. Esse movimento não acontece de forma velada, porém a complexidade das ações é ofuscada pela superexploração, precarização dos serviços e mais recente ganha força, as distorções midiáticas que contribuem para que a população não compreenda o processo em sua amplitude.

A elaboração de um documento em 2017 pelo grupo Coalizão Saúde Brasil, formado por representantes da saúde da esfera produtiva, com o objetivo de apresentar um novo sistema de saúde, defendia que os setores público e privado precisavam construir uma rede integrada de cuidados contínuos (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018).

A integração pressupõe mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços, através de um novo modelo de governança. Há preocupação com a participação de empresários na difusão de ideias e disputa político-ideológica, bem como com a possível apropriação de conceitos do SUS de modo a atribuir outros significados. (Bravo e Pelaez, 2020, p. 17)

A ruptura do processo de integração e descentralização da saúde como serviço público, pela privatização dos serviços, alimenta a crença de não funcionamento do serviço público universal e fortalece a ideia da necessidade de investimentos em serviços privados tidos como populares, amplamente ofertados e reafirmados para a população.

Nesse processo de desmonte da política de saúde, a sociedade se posiciona e daremos destaque ao Conselho Nacional de Saúde e a atuação com a Frente Nacional Contra a Privatização, que amplia a participação social agregando movimentos sociais, profissionais da saúde e organizações na luta por um novo projeto societário.

A sociedade passa a cobrar respostas e fiscalização do uso do dinheiro público e sobre a prestação de contas dessas instituições terceirizadas que têm centralidade no ano de 2020. Afinal, vale ressaltar que não havíamos imaginado a pandemia sanitária mundial no ano de 2020, COVID-19, que passa a incorporar na política de saúde situação de calamidade pública e modifica radicalmente o cenário mundial.

Mesmo com órgãos de fiscalização e monitoramento dessas organizações, elas são alvos de denúncias e questionamentos sobre a efetividade da execução de contratos. Com redução de oferta dos serviços, antes oferecidos pelo setor público e apresentam maior custo, além da precarização do processo de trabalho.

Mesmo alvo de investigações e acusações quanto a sua eficiência e idoneidade, mantém-se atuante em parceria com o atual governo. Esse processo de privatização fechou as portas dos serviços de referência em atendimento de saúde no DF, pois os serviços passam a ser regidos conforme contrato preestabelecido com o governo e impõem limitações de acesso à instituição, além de mudar seu fluxo e formas de atendimento.

2.2 – Saúde Pública e Política Nacional de Transplantes: entre desmontes e a pandemia da Covid-19

O transplante é a troca de um órgão ou tecido que está doente por outro sadio proveniente de um doador, que pode estar vivo ou morto. Esse tratamento acontece através de procedimento cirúrgico. O Brasil é referência mundial em transplantes e segundo os dados do Ministério da Saúde. Em 2023, 95% dos procedimentos realizados no país têm como principal financiador o SUS. É considerado o maior sistema público de transplantes do mundo e o

segundo maior país transplantador do mundo em números absolutos, estando atrás apenas dos Estados Unidos (Brasil, 2023).

A realização de transplantes no Brasil pode ser considerada recente, visto que o primeiro transplante realizado no país aconteceu no ano de 1964, quando foi realizado um transplante renal com doador vivo, no Rio de Janeiro, onde um paciente de 18 anos de idade recebeu um rim de uma criança de nove meses de vida, conforme descrito por Moura-Neto, Moura e Souza (2016).

A primeira legislação sobre os transplantes só foi promulgada em 1968, através da Lei nº 5.479 de 10 de agosto, que dispõe sobre transplantes intervivos e falecidos. Os transplantes podem ser realizados com dois tipos de doadores, um com doador vivo, esse só é possível para alguns órgãos e outro com o doador falecido. Ambos os tipos de doação seguem legislação e regulamentação para que ocorram.

Após a realização do primeiro transplante no Brasil, temos poucas documentações sobre o tema. Considera-se que isso ocorra devido a um período de estagnação quanto a realização de transplantes, principalmente envolvendo outros órgãos além do renal. Porém, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), no ano de 1968 iniciou-se a primeira fase dos transplantes cardíacos no Brasil e, ainda no final da década de 60, foram realizados transplantes de pâncreas, de forma isolada, intestino e fígado no país. Contudo, há um aumento de procedimentos realizados na década de 1980 e, a partir desse período, os procedimentos envolvendo outros órgãos ganham força.

No ano de 1992, através da Lei nº 8.489, regulamenta-se a retirada e o transplante de tecidos, órgãos ou parte do corpo com finalidade terapêutica e científica. Essa lei ainda não possuía caráter de regulamentação do tratamento de transplante, possibilitando que os critérios fossem regionalizados. Nesse período também era possível através de registro em documento oficial sinalizar o desejo de realizar doação, mas a família representava um papel central nessa normatização com finalidade de autorização.

É importante ressaltar que no ano de 1997 a Lei nº 9.434, em seu texto original, adotava o princípio da doação presumida, retirando o caráter de consentimento da doação, que, caso não constasse em seus documentos de identificação civil seu desejo de não ser doador, mesmo com recusa familiar seus órgãos, poderiam ser doados após morte encefálica. Porém, após repercussão, a Lei nº 10.211/2021 altera os critérios e retira a doação presumida colocando à

família o direito de decidir quanto a doação ou não de órgãos do ente falecido, após resultado de morte encefálica (Brasil, 2001).

A centralização da família como figura decisória para o consentimento da realização da doação de órgãos se dá principalmente através da Lei nº 10.211 de março de 2021, quando se torna necessário que haja o consentimento familiar para realização da doação de órgãos. Essa lei tem o papel de regulamentar a Política de Transplantes que abrange vários aspectos importantes para que o transplante aconteça, como as campanhas de esclarecimentos para estimular doações e a forma de organização dessa política, com a sua regulamentação dos critérios definidos para a doação de órgãos e os para realização de transplantes, fornecimento de medicações, entre outros.

Essas mudanças na legislação trabalham para organizar processos e coibir possíveis desvios, como desigualdade de acesso, comercialização de tratamento. Através dessas mudanças, a família permanece com papel decisório, visto que respeitar a singularidade daquela realidade é prioridade. Dessa forma, o investimento em conscientização sobre a importância da doação de órgãos se torna ainda mais importante para respaldar as decisões da população.

Para realização da doação e captação de órgãos de doador falecido é estabelecido o conceito de morte encefálica, quando é utilizado um protocolo clínico que garante segurança para comprovar a ausência de atividades elétricas e/ou de fluxo sanguíneo cerebral. O diagnóstico de morte encefálica é regulamentado pela Resolução nº 2.173/2017, do Conselho Federal de Medicina - CFM e segue critérios rígidos e documentados na Lei nº 9.434 da CF/88. Os órgãos que podem ser doados através de doador falecido são os rins, coração, pulmão, pâncreas, fígado e intestino; os tecidos são córneas, válvulas, ossos, músculos, tendões, pele, cartilagem, medula óssea, sangue do cordão umbilical, veias e artérias. Nesse caso, atualmente é necessário o consentimento familiar para que a doação aconteça.

Para o transplante de doadores vivos, ele pode acontecer com doadores maiores de dezoito anos, com capacidade de decisão jurídica, que pode ser familiar (parente de até quarto grau) ou não aparentado. Porém, no caso de doador, não aparentado há necessidade de autorização judicial. Além do desejo de doação, o doador vivo deve passar por indicação clínica, que avalia a sua própria saúde para que não haja prejuízo e os critérios de compatibilidade com o receptor. Os órgãos que podem ser doados por meio de doador vivo são um dos rins, parte do fígado, parte da medula óssea ou parte dos pulmões (Brasil, 2001)

O Estado atua como regulador e gerenciador da Política de Transplantes através do Ministério da Saúde, sua atuação tem caráter descentralizado, contando assim com as Secretarias Estaduais de Saúde e todos aqueles que compõem o Sistema Nacional de Transplantes - SNT que perpassam as fases e processos que envolvem esta política.

Foi através do Decreto Lei nº 2.268/MS que o SNT juntamente com as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, são criados no ano de 1997. Essa lei normatiza e estabelece a forma de organização das listas de espera, assim como, a distribuição dos órgãos e tecidos. Essa legislação aponta mudanças importantes na organização e gestão de processos através desses serviços gerenciadores e reguladores que antes eram fragmentado e se localizavam nas Secretarias Estaduais de Saúde.

O SNT é coordenado pelo MS, que estabelece políticas públicas para a área de transplantes e promove a integração entre os componentes do sistema. O SNT conforme a Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 é formado:

Quadro 2 - Composição do Sistema Nacional de Transplantes

Coordenação Nacional do Sistema Nacional de Transplantes	Responsável pela normatização e regulamentação dos procedimentos relativos a captação, alocação e distribuição de órgãos.
Grupo de Assessoramento Especializado – GAE	Apoia a Coordenação Nacional, tem como atribuições a elaboração de diretrizes para a política de transplantes e enxertos; propor temas de regulamentação complementar, a identificação dos indicadores de qualidade para as atividades de doação e transplantes, análise dos relatórios com os dados sobre as atividades do SNT e emissão de parecer em situações especiais quando solicitados pela CGSNT.

<p>Câmaras Técnicas Nacionais de Transplante – CTN</p>	<p>São instâncias colegiadas, de natureza consultiva, vinculadas tecnicamente à CGSNT que tem a função de assessorar nos procedimentos relativos à formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas relativas aos critérios de inclusão de pacientes candidatos a transplantes nas listas de espera, aos critérios de distribuição de órgãos, tecidos e células captados para transplantes e aos critérios de autorização, renovação e exclusão de autorização de estabelecimentos e equipes.</p>
<p>Central Nacional de Transplantes – CNT, e as Centrais Estaduais ou do DF de Transplante – CETs</p>	<p>cada uma em seu âmbito de atuação, têm funcionamento ininterrupto e se articulam para a viabilização da doação de órgãos, seja com informações e interlocuções necessárias para o processo de oferta, seja para a viabilização da doação, quando e sempre que necessário inclui no caso da CNT a disponibilização de transporte para equipes e órgãos. Dessa forma, gerenciam as atividades de doação e transplantes, com sua principal função direcionada à captação e distribuição de órgãos e tecidos.</p>
<p>Organizações de Procura de Órgãos – OPOS</p>	<p>Atuam em parceria com as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTTs, que segundo a Portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, ambas serão corresponsáveis pelo desempenho da rede</p>

	de atenção à doação de órgãos, na sua área de atuação.
Banco de Órgãos e Tecidos	São responsáveis pela retirada, processamento e conservação de órgãos e tecidos para fins de transplantes.
Registro de Doadores de Medula Óssea – REDOME	Presta assessoria técnica do INCA nas atividades relacionadas a Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas - TCTH e são responsáveis pela coleta, processamento, armazenamento e distribuição de tecidos e células para transplante.
Serviços Transplantadores	São serviços especializados e autorizados para realizar os transplantes nos pacientes que estão na lista de espera por um transplante. Esses serviços especializados passam por autorização e renovação a cada dois anos formalizados para a Secretaria de Saúde.
Doadores e receptores de transplantes	São usuários do sistema de saúde que atendem os critérios para doação ou aguardam em lista na espera e acompanhamento por um transplante.

Fonte: Elaboração Própria

A atuação integrada entre todos os componentes do SNT é que viabiliza, de forma segura e eficiente, a realização de transplantes e, conseqüentemente, faz com que a Política Nacional de Transplantes atenda a população que realiza esse tratamento.

A fila de espera por um transplante é uma etapa importante e essa é a forma comumente conhecida pela população, que na verdade se trata do Sistema de Lista Única, uma lista de espera composta pelos pacientes que aguardam por um órgão ou tecido. Esse sistema constitui

o Cadastro Técnico Único – CTU, que possui exigências e regulamentação para a realização dos cadastros.

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, em dezembro de 2020 havia ao todo 43.643 pacientes ativos em lista de espera para realização de transplante; no ano de 2021, um total de 48.673; e em 2022, com 52.989 em todo o Brasil.

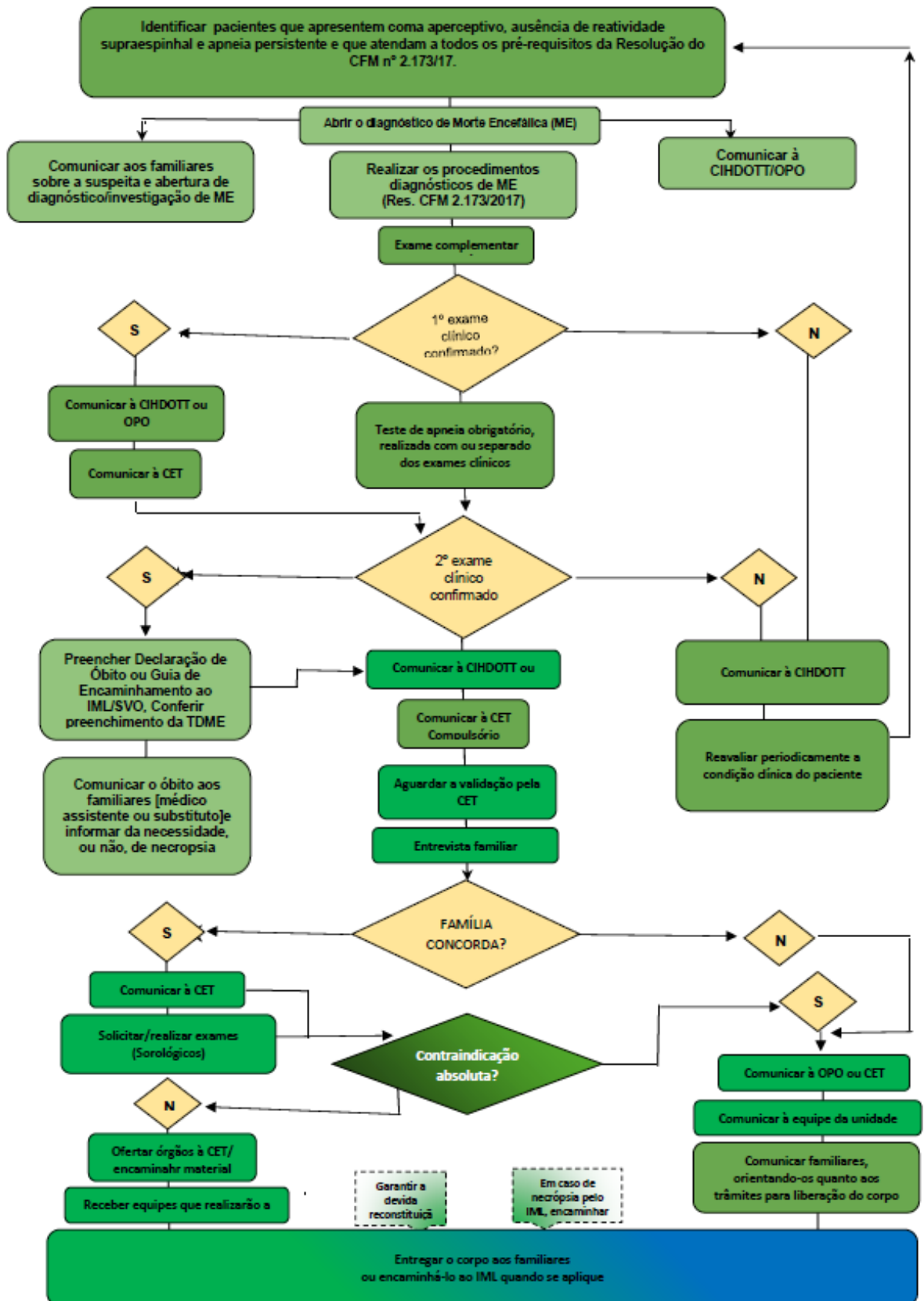
A lista de espera pela realização de um transplante tem aumentado e a quantidade de transplantes realizados não consegue acompanhar esse aumento. Evidencia-se ainda mais o caráter limitado do tratamento, visto que não há órgãos para todos e muitos usuários não conseguem realizar o tratamento e falecem aguardando o transplante ainda em lista de espera.

Os transplantes têm importância indiscutível para a saúde, o que tem possibilitado o aumento de equipes e desenvolvimento de novos estudos e tecnologias que visam sanar as atuais limitações referentes ao processo de tratamento. Nessa perspectiva, a manutenção do usuário receptor após a cirurgia tem ganhado foco em desenvolvimento de novos protocolos e formas de atendimento como preconiza o SUS.

Vale salientar que existe o transplante financiado pelo setor privado e o transplante financiado pelo SUS. Mesmo que o órgão seja captado pelo SUS, o custeio do tratamento pode vir do setor privado. No ano de 2020, foram incorporados um rol de cobertura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os transplantes renais e medula óssea e, em 2021, o transplante de córnea passou a receber cobertura dos planos e convênios de saúde. A abrangência de cobertura da saúde suplementar é regulamentada através da lei 14.307/2022, sendo que a última atualização ocorrida no ano de 2022, após consulta pública, integra o transplante hepático ao rol de cobertura juntamente com a inclusão de procedimentos para acompanhamento ambulatorial, internação e acompanhamento de exames e medicamentos necessários para o tratamento.

Quando uma equipe, OPOS e/ou CIHDOTTs, identifica e confirma um doador, há uma notificação para a Central de Transplantes que através de critérios de compatibilidade emite lista de possíveis receptores previamente cadastrados. Nesse momento, a equipe do serviço transplantador é notificada e inicia o processo de convocação para que o receptor esteja pronto para o procedimento cirúrgico.

Fluxograma 1 - Processo de doação de órgãos

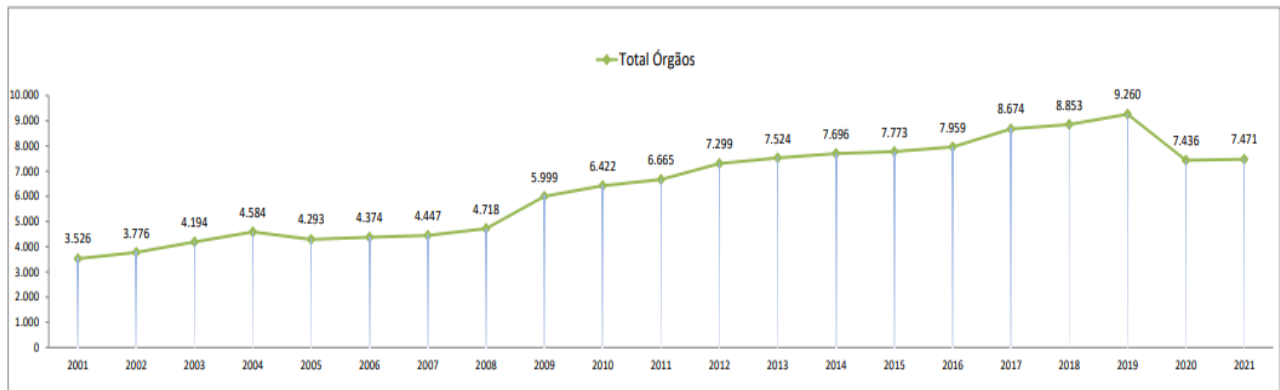


Utilizamos aqui o termo tratamento de transplante para enfatizar que não estamos abordando um procedimento cirúrgico, que já em si confere muita complexidade nesse processo, mas partimos da compreensão de que desde a indicação do diagnóstico sugestivo de transplante, a avaliação de equipe especializada, a realização de exames e consultas, a listagem, a cirurgia e o acompanhamento pós-cirúrgico fazem parte desse tratamento. O processo doação-transplante acontece mediado via regulação do SUS, e exige uma organização para além do processo de verificação de classificação e compatibilidade, mas a dinâmica de captação e de preparação do receptor.

Os critérios para alocação são diferentes para cada órgão ou tecido, tendo em comum na maioria a antiguidade em lista de espera como parâmetro. O transplante hepático pode ser considerado uma das exceções, pois utiliza a classificação/pontuação pelo MELD/PELD, que considera a gravidade do usuário (Portaria N° 2.600/2009). Já o transplante renal utiliza o HLA (Portaria n° 783/2006). Contudo, o tempo em lista de espera é utilizado como critério de desempate se necessário.

Existem normatizações e diretrizes específicas para os tratamentos de acordo com o tipo de transplante, também protocolos institucionais que levam em consideração as características regionalizadas, os serviços oferecidos e o modo como esse se configura dentro da rede de saúde local e estadual. O caráter multiprofissional do processo de preparação pré-transplante tem finalidade de possibilitar uma avaliação para além do biológico e visa diminuir o risco já inferido ao tratamento. Os exames e preparação do usuário varia a partir da singularidade do indivíduo e sua realidade, assim como as contraindicações também são identificadas nesse momento.

O programa de transplante no Brasil ganhou destaque nos últimos anos com o crescimento tanto de unidades que realizam o tratamento quanto na quantidade de transplantes realizados. Porém, com a pandemia do COVID-19, houve uma queda importante mundialmente no número de transplantes e o Brasil tem avançado para recuperar o impacto negativo da pandemia e retomar os avanços anteriormente alcançados, principalmente no ano de 2019, quando se destacava em crescimento relacionados ao transplante.

Gráfico 1 -Transplantes no Brasil

Órgãos Sólidos: coração, fígado, rim, pulmão, pâncreas e pâncreas rim.

Fontes dos Dados: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde - SNT/ CETs - Centrais Estaduais de Transplantes/ INCA/ TabWin

05

Fonte: ABTO 2022

A dificuldade em recuperar as taxas de doação e transplante anteriores à pandemia acontece com lentidão. Fatores relacionados ao processo de doação apontam para a recusa familiar, ou seja, quando não há autorização por parte da família para a doação dos órgãos, como uma das principais causas, nesses casos houve um aumento de 47 % tornando-se superior em 18% se comparado ao ano de 2019, e a contraindicação médica terminou o ano de 2022 com a taxa de 17%, 13% maior que no ano de 2019. A recusa para a doação não apresenta uma única causa, porém pode ser associada com a baixa conscientização e investimento em educação da população nesse período (ABTO, 2022).

Quando pensamos no impacto imediato da pandemia do COVID-19 no processo de transplante, temos que ressaltar a mudança nos critérios de avaliação de doadores e receptores para transplantes. O MS emitiu em março de 2020 a Nota Técnica nº 25/2020 na qual foram realizadas orientações sobre os critérios de avaliação de doadores, receptores de transplantes e outras orientações, e, logo em seguida, no mês de abril recebeu atualizações, descritas nas Notas Técnicas nº34 e 36 do MS, que recomendam critérios para a validação para doadores e receptores:

Imagem 1 - Doação de órgãos 2020

Doador Falecido - órgãos, tecidos oculares e pele	
<p>Doador com COVID-19 confirmada, ou Doador com teste de RT-PCR para SARS-CoV-2 positivo, ou Doador com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) sem etiologia definida e teste laboratorial não disponível.</p>	<p>Contra-indicação absoluta para doação de órgãos e tecidos.</p>
<p>Doador que teve contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19;</p>	<p>Se o contato ocorreu há menos de 14 dias, descartar; Se o contato ocorreu há mais de 14 dias, o doador pode ser validado para doação de órgãos mediante: a) Resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo realizado 24h antes da captação; Em caso de aceite do enxerto, considerar colocar o receptor em isolamento respiratório e de contato após o transplante.</p>
<p>Doador com suspeita clínica, porém com resultado de teste laboratorial para SARS-CoV-2 negativo.</p>	<p>Se os sintomas ocorrerem há menos de 14 dias, descartar; Se os sintomas cessaram há mais de 14 dias, o doador pode ser validado para doação de órgãos mediante: a) Resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo realizado 24h antes da captação; Em caso de aceite do enxerto, considerar colocar o receptor em isolamento respiratório e de contato após o transplante.</p>
<p>Doador que teve COVID-19, com regressão completa dos sintomas há mais de 14 dias.</p>	<p>Pode ser validado para doação de órgãos, mediante: a) Resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo realizado 24h antes da captação.</p>
<p>Doador sem suspeita clínica e sem contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.</p>	<p>Pode ser validado para doação de órgãos, tecidos oculares e pele mediante resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo realizado 24h antes da captação;</p>

5. RECEPTORES AGUARDANDO TRANSPLANTE - DOADOR VIVO OU DOADOR FALECIDO

- a)** Ainda que o paciente à espera do transplante não apresente sintomas ou sinais clínicos de COVID-19, este deverá realizar teste RT-PCR para SARS-CoV-2 durante a avaliação pré-transplante, sempre que possível;
- b)** Caso o paciente apresente resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 positivo na avaliação pré-transplante, deverá ser temporariamente suspenso da lista de espera e reavaliado após 28 dias;
- c)** Suspender temporariamente os serviços de ambulatório pré transplante dos pacientes listados;
- d)** Manter o atendimento a demanda de inclusão em lista, tomando as devidas providências para minimizar o risco de contágio ou transmissão de coronavírus;
- e)** Manter o paciente ativo em lista e a atenção à validade dos exames;
- f)** Elaborar fluxo isolado da emergência para a entrada de pacientes na instituição de transplante;
- g)** Organizar pós-operatório em lugar adequado;
- h)** Aplicar alta precoce.

Essas notas permaneceram vigentes até o ano de 2022 quando foi realizada uma atualização que permanece em vigor: a Nota Técnica nº 24/2022, que se refere às orientações sobre os critérios de doação considerando o COVID-19:

Imagem 2 - Doação de órgãos 2022

Doador vivo de órgãos	
Condição do Doador	Indicação
Sem histórico de COVID-19 e RT-PCR NÃO DETECTADO	Aceitar para a doação.
Doador com histórico de COVID-19 há menos de 28 dias do início dos sintomas, com resolução clínica, e RT-PCR NÃO DETECTADO .	Aguardar 6 semanas a contar do início dos sintomas, considerando a gravidade do quadro de COVID-19 do doador. Em casos de urgência para o receptor, e após análise individualizada de risco-benefício , a doação pode ser considerada após o prazo mínimo de 28 dias do início dos sintomas.
Doador com RT-PCR DETECTADO <ul style="list-style-type: none"> Sem história clínica ou com história prévia de COVID-19 há mais de 90 dias, com resolução clínica. 	Aguardar 6 semanas a contar da data da realização do teste. Apenas em casos de urgência para o receptor, e após análise individualizada de risco-benefício , pode ser considerada doação com o prazo mínimo de 28 dias.
Doador com teste RT-PCR DETECTADO <ul style="list-style-type: none"> Com história de COVID-19 há menos de 90 dias do início dos sintomas, com resolução clínica. 	Aguardar 6 semanas a contar do início dos sintomas, considerando a gravidade do quadro de COVID-19 do doador. Apenas em casos de urgência para o receptor, e após análise individualizada de risco-benefício , pode ser considerada doação com o prazo mínimo de 28 dias do início dos sintomas.

Fonte: Nota Técnica nº 24 MS 2022

Esses fatores limitaram consideravelmente potenciais doadores de órgãos e tecidos, visto que considera contraindicação absoluta doador com COVID-19, ou que tiveram contato com suspeitos ou confirmados com a doença e até mesmo com suspeita clínica sem confirmação como descrito na imagem acima. Nesse caso, a pandemia exigiu controles rigorosos de qualidade e segurança para o receptor.

No ano de 2021, ainda comparado ao ano de 2019, houve uma queda de 17% no número de doadores efetivos. Mesmo com queda significativa, principalmente quando comparamos aos números anteriores à pandemia, as equipes não interromperam os transplantes, e permaneceram buscando estratégias para a garantia de acesso ao tratamento de forma segura.

Mesmo com o movimento de desmonte das políticas públicas e o desfinanciamento da saúde, como evidencia a PEC 95/2016 (BRASIL, 2016), observa-se no Gráfico 1 um crescimento do número de transplantes realizados de forma gradualmente crescente e proporcional. No contexto da pandemia, entende-se que haja uma queda nesse crescimento e

em quantitativos de cirurgias realizadas visto o contexto mundial. Contudo no Brasil, diante de um cenário a ação de uma política de caráter negacionista e neodireitista do governo Bolsonaro, temos um agravamento da pandemia e, conseqüentemente, um impacto na Política de Saúde e em todo o cenário brasileiro.

A política de desarticulação do enfrentamento da COVID-19, que fortaleceu um discurso que nega a ciência e evidências científicas⁸, com incentivo a não adesão às medidas e recomendações sanitárias mundiais, provocou um resultado catastrófico do impacto da pandemia no país com mortes declaradas de aproximadamente 703.719 mil pessoas⁹.

Os efeitos da pandemia no Brasil, não podem ser dissociados de seu caráter histórico e de determinação social. Dessa forma, ressaltamos a construção histórica do processo de agravamento das desigualdades sociais que ganharam centralidade e destaque com o COVID-19.

Como já mencionado, o desmonte da Seguridade Social que ganharam força nos governos Temer e Bolsonaro, com interesses voltados ao mercado privatista, agravados pela crise sanitária, tornou-se uma crise política e ideológica no país (Fontes, 2019). Conforme declarado pela OMS, o COVID-19 não acabou, porém, no dia 05 de maio 2023, foi alterado seu status e deixa de ser classificado como emergência de saúde pública de interesse internacional.

2.3 – Política de Transplantes no Distrito Federal: estrutura, organização e procedimentos

No Distrito Federal são realizados os transplantes de córnea, rim, fígado, medula óssea e coração atualmente. As equipes cadastradas e autorizadas para a realização de transplantes na capital são do setor público e privado, assim como os serviços de captação. Como um fator importante, cabe ressaltar que no SUS o DF utiliza o serviço de regulação e, dessa forma, os encaminhamentos e direcionamentos das vagas para os transplantes são gerenciados pelo GDF, o que potencializa o acesso da população do DF e encaminhados de outros estados, proporcionando maior acessibilidade e transparência.

⁸ Conforme as frases proferidas em 15 de março de 2020: “Não podemos entrar em uma neurose como se fosse o fim do mundo [...]. Com toda certeza há um interesse econômico nisso tudo para que se chegue a essa histeria”, e em 27 de março de 2020: “‘Não estou acreditando nesses números’ — 3.417 casos e 92 mortes” (Tajra, 2020).

⁹ Dados disponíveis pelo Ministério da Saúde em: <https://covid.saude.gov.br/>

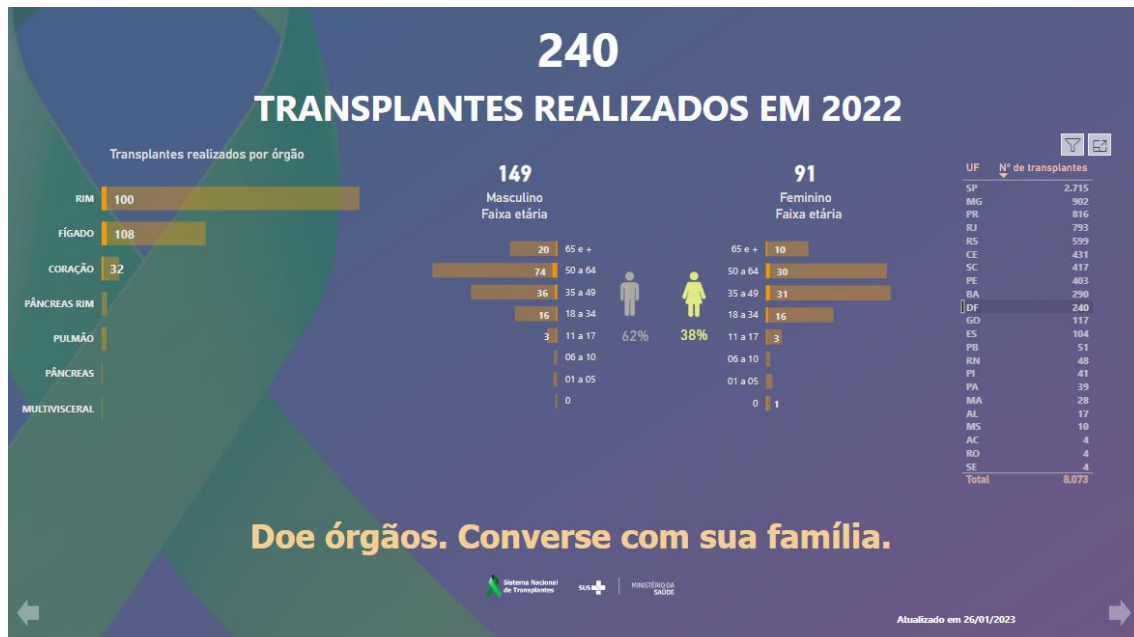
O Complexo Regulador em Saúde do DF é composto por quatro diretorias, diretoria administrativa, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU responsável pelo atendimento móvel, regulação ambulatorial e hospitalar da Secretaria de Saúde e Central Estadual de Transplantes.

O DF finalizou o ano de 2022 com 524 pessoas cadastradas nas listas do transplante renal, hepático, coração e córnea. Esse dado permite enfatizar uma das principais limitações vinculadas ao tratamento de transplante, o acesso ao tratamento depende da doação, que hoje é insuficiente para atender a demanda da população. Dessa forma, enfatizamos aqui que não há disponibilidade de órgãos e, conseqüentemente, de tratamento para todos/as que precisam. Isso reafirma a necessidade de preparação dos/as receptor/as de transplante por meio de equipes multidisciplinares.

No ano de 2021, foram realizados no Distrito Federal, 25 transplantes cardíacos, 100 transplantes de fígado, 104 transplantes renais, 357 transplantes de córnea e 121 transplantes de medula óssea. Esses usuários/as tiveram acesso ao tratamento e passaram por todo o processo de avaliação, listagem e cirurgia de transplantes. O Distrito Federal utiliza o sistema de regulação para realizar o processo de encaminhamento e atendimento dos pacientes do SUS, e atende pacientes vindos de vários estados e regiões do Brasil. Para algumas modalidades de transplante como o cardíaco é referência principalmente para a região centro-oeste, norte e nordeste.

Já em 2022, tendo um total de 8.073 transplantes realizados no Brasil, o DF foi responsável por 240 conforme tabela abaixo:

Imagem 3 - Transplantes realizados no Distrito Federal - 2022



Fonte: Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt>

No DF são realizados transplantes de coração, fígado, rim, medula óssea e córnea pelo SUS e o maior serviço transplantador da região é o Instituto de Cardiologia e Transplantes do DF, uma instituição filantrópica conveniada ao SUS.

O Distrito Federal possui uma localização privilegiada e possibilita um deslocamento estratégico ampliando as possibilidades de captação quando há acionamento para uma possível doação e captação de órgãos. Essa posição central do DF permite ainda que haja deslocamento de candidatos a receptores de transplante para realizar tratamento, o que torna a Capital Federal referência para as regiões centro-oeste, norte e nordeste do país para alguns tipos de transplante.

O DF conta com 30 equipes ativas no processo de transplante atuando diretamente com o receptor conforme tabela abaixo:

Tabela 1- Número de equipes e transplantes realizados

Número de equipes que realizaram transplantes durante o ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CÓRNEA	13	12	12	12	12	12	12	12
RIM	3	3	4	5	5	5	7	8
FÍGADO	2	2	3	3	2	3	4	3
PÂNCREAS (<i>não realiza</i>)								
CORAÇÃO	1	1	1	1	1	2	1	4
PULMÃO (<i>não realiza</i>)	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDULA ÓSSEA	5	5	4	5	6	8	10	10
Número absoluto de transplantes	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CÓRNEA	533	453	368	302	409	216	357	311
RIM - total	85	112	75	72	86	78	104	101
<i>doador vivo</i>	5	11	11	11	24	14	36	34
<i>doador falecido</i>	80	101	64	61	62	64	68	67
FÍGADO	62	76	86	86	90	100	100	108
PÂNCREAS (<i>não realiza</i>)								
CORAÇÃO	30	43	37	34	29	22	25	32
PULMÃO (<i>não realiza</i>)								
MEDULA ÓSSEA	69	111	111	132	120	103	127	195

Fonte: ABTO 2022

O Instituto de Cardiologia e Transplantes do DF se destaca em números expressivos. Ele é responsável pela maior quantidade de transplantes realizados no DF conforme os dados disponibilizados pelo SNT e ABTO. Como uma das referências nacionais, realiza os transplantes de coração, fígado, rim, medula óssea e córnea.

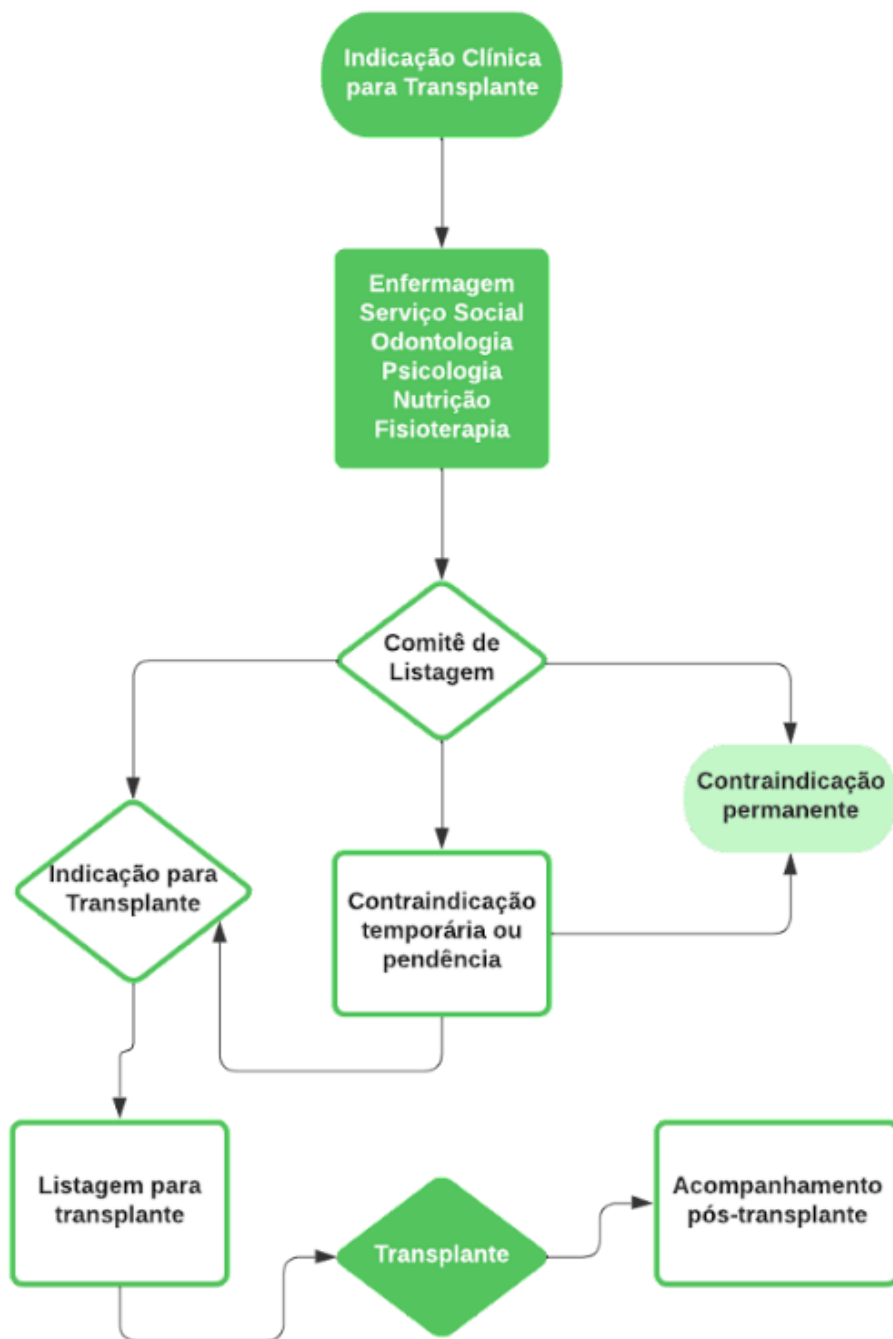
O protocolo de avaliação e acompanhamento de receptores para transplante vai variar de acordo com cada especificidade do órgão a ser transplantado, que pode ser alterado pelas medicações, complexidade de procedimento entre outras características. Ele também está sujeito às características regionais e instituição em que é realizado o tratamento. Contudo, pelo caráter multifatorial do processo saúde-doença-cuidado, o trabalho multiprofissional é necessário para o acompanhamento desses/as usuários/as.

O ICTDF segue as diretrizes e protocolos nacionais e internacionais em seus protocolos e de forma geral segue uma linha de atuação multiprofissional que participa do processo de avaliação de todos os candidatos a transplantes. A equipe multiprofissional conta com médicos/as, assistentes sociais, enfermeiros/as, nutricionistas, psicólogos/as, odontologistas e fisioterapeutas. Todos esses profissionais que compõem as equipes de transplantes são membros/as dos chamados comitês de listagem institucional.

Os comitês de listagem consistem em uma comissão multiprofissional, colegiada em que se apresenta o protocolo de avaliação pré-transplante do usuário para avaliação de

indicações, pendências e contraindicações ou qualquer outro ponto importante que precise ser de conhecimento coletivo e/ou avaliado pela equipe de transplante. Cada equipe multiprofissional tem sua metodologia e indicadores necessários de avaliação que compõem o protocolo institucional.

Para melhor exemplificar, após o agendamento realizado pela regulação da Secretaria de Saúde do DF, o/a usuário tem sua primeira consulta onde a equipe médica do ICTDF avalia a indicação para realização do transplante, que pode ser imediata ou pode acontecer depois de um período de acompanhamento. Após a confirmação clínica de indicação se inicia o protocolo de avaliação como mostra o fluxograma a seguir:

Fluxograma 2 - Protocolo de avaliação para transplante

Fonte: Elaboração própria

O processo de avaliação em transplante não acontece de forma homogênea em todos os programas da instituição, apesar de constituir formalmente através de documentação esses processos. A conjuntura que envolve cada tipo de transplante e cada equipe tem reflexo na prática dos diversos profissionais, mas aqui vamos abordar o protocolo de avaliação do Serviço Social construído para atender todos os programas.

CAPÍTULO 3 – SERVIÇO SOCIAL E OS/AS USUÁRIOS/AS DA POLÍTICA DE TRANSPLANTE NO DISTRITO FEDERAL NO ICTDF: VOZES QUE ECOAM POR DIREITOS

A atuação do Serviço Social no campo da saúde e na Política Nacional de Transplantes é apresentada aqui com suas contradições sócio-históricas e reafirmada diante de seu papel teórico-metodológico, ético-político comprometido com uma atuação voltada para a defesa dos direitos humanos e defesa do SUS.

A ênfase da atuação das assistentes sociais que compõem as equipes de transplante fortalece o papel da profissão e apresenta também o protocolo de trabalho com suas complexidades e desafios que permitem a análise do material deste estudo.

A análise do material coletado dos prontuários sociais permite, através da metodologia já retratada, o agrupamento e o debate das categorias retratadas a seguir: Equidade; Acessibilidade; Ações interinstitucionais e Integralidade.

3.1- Atuação do Serviço Social na Política de Transplante no Distrito Federal

Na atual conjuntura de desmonte das políticas públicas, apontar a trajetória de prática profissional do Serviço Social se torna um desafio que abrange a atual contrarreforma das políticas públicas que se tornou ainda mais agravada diante da crise sanitária da pandemia do COVID-19¹⁰. Os reflexos da contrarreforma da política de saúde no Brasil reforçam diversas tentativas de desmonte da saúde pública e conseqüentemente a importância da atuação dos/as assistentes sociais no enfrentamento da questão social.

O Serviço Social é regulamentado como profissão com atuação na área da saúde pela Lei nº 8.662/93, por meio da Resolução nº 218 de 06/03/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNCs). O reconhecimento da profissão no campo da saúde é sustentado por meio da atuação técnica, fundamentada nos princípios do SUS e na defesa da garantia dos direitos sociais. O campo da saúde historicamente permanece como maior campo de atuação profissional do/as assistentes sociais.

Para pautarmos a atuação da profissão, torna-se importante destacar o projeto ético-político do Serviço Social, que tem como marco a ruptura com o conservadorismo histórico da

¹⁰ Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, considerada uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020 (Opas Brasil, 2020).

profissão e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade, compromisso com a emancipação humana, propondo uma nova ordem societária, sem exploração de qualquer tipo e compromisso com a categoria e usuários (Matos, 2017, p. 62).

Segundo Matos (2017), o Serviço Social no campo da saúde iniciou sua atuação inserido em um contexto de construção de serviço hierarquizado e baseado em pressupostos positivistas. Tinha sua inserção em equipe multiprofissional relacionada a uma relação de complementaridade com atuação voltada para as atividades que o médico “não queria fazer”.

As particularidades da ação profissional dos/as assistentes sociais na Saúde, surgem como uma resposta às demandas dos usuários na perspectiva de garantia de acesso ao tratamento, que através de sua atuação passa a construir uma ligação entre o usuário, familiares e a instituição. Nesse sentido, a intervenção do assistente social inicialmente trabalhava demandas de relação entre a empresa e o usuário em uma forma de mediação e com uma visão funcionalista (Bravo, 1996) de alteração comportamental do mesmo, na perspectiva de que uma mudança de hábitos afetaria sua realidade e problemas vivenciados. O campo da saúde enquanto espaço de atuação profissional apresenta contradições expressivas que estão presentes cotidianamente no exercício profissional.

O trabalho desenvolvido pelos/as assistentes sociais no campo da Saúde se inicia desde a origem da profissão, porém a própria categoria profissional tem passado por mudanças importantes, que para além das mudanças históricas, tem as próprias transformações e construções da profissão. É importante ressaltar as contradições existentes na profissão ao longo da história, que resultaram em um movimento de questionamento do conservadorismo na profissão. Nos anos de 1960 e 1970, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social é um marco importante da categoria e na área da saúde aproxima a profissão ao Movimento Sanitário brasileiro. (Matos, 2017 p. 59-60)

A afirmação do Serviço Social como uma profissão comprometida com seu projeto ético-político marca o processo de ruptura com o conservadorismo, e na saúde com o modelo biomédico e privatista. O fortalecimento de uma profissão voltada para a defesa dos direitos humanos e para a defesa do SUS em seu cotidiano profissional.

Diante do atual desmonte das políticas sociais e avanço do discurso da chamada nova direita que nega a coletividade dos direitos e desresponsabiliza o Estado enquanto provedor de

direitos, o Serviço Social atua com o enfrentamento das mais diversas contradições na organização do trabalho e na defesa das políticas sociais. Dessa forma, o/a assistente social tem como objeto de intervenção profissional o enfrentamento da questão social, pautado no código de ética profissional e com suas competências e atribuições respaldadas pelos parâmetros de atuação da profissão em todos os espaços de atuação dentro da organização do SUS, que aponta para a construção do exercício profissional comprometido com justiça social e liberdade.

O Serviço Social atualmente compõe equipes de captação de órgãos e de transplantes como parte fundamental, porém não foi encontrado um marco de quando passou a integrar as equipes no trabalho com transplantes. Mesmo com a compreensão do conceito ampliado de saúde, a política pública ainda caminha para um olhar mais integral do/a sujeito/a.

A atuação do/a assistente social na política de Saúde com transplantes pode acontecer em pelo menos duas áreas. Neste momento, teremos que diferenciar a atuação do/a assistente social que atua no processo de captação de órgão, ou seja, aqueles que realizam uma abordagem com a família do possível doador para autorização da doação de órgãos e/ou tecidos e o profissional que atua com o/a usuário receptor de transplantes.

Nesta dissertação, a ênfase dada é na perspectiva do processo de transplante do receptor e diante disso há um marco importante na trajetória da profissão que destacamos, que foi a contribuição profissional do Serviço Social para a I Diretriz de Transplante Cardíaco, ocorrida no ano de 1999, resultando na diretriz que aponta a avaliação social como parte necessária e indispensável para esse tratamento. A diretriz indica conceitos e formas de atendimento como norteador para o trabalho com transplantes. A participação da assistente social Cláudia Regina Haponczuk de Lemos, na construção desse documento norteador, iniciou a formalização do processo de trabalho das assistentes sociais e permitiu trazer visibilidade para o trabalho da categoria. Foram publicados posteriormente por ela a metodologia utilizada para a avaliação social em transplante cardíaco e sugerido que houvesse adaptação dessa metodologia para atender todos os tipos de transplante.

A escassez de órgãos humanos disponíveis é um fator importante que torna o processo de atuação profissional com transplantes, visto que conforme já demonstrado na quantidade de usuários que aguardam em lista de espera. Não há oferta de órgãos suficientes para atender a população. Esse desafio influencia diretamente no processo de avaliação pré-transplante, visto que o receptor de transplante necessita estar preparado para o processo saúde-doença-cuidado em todos os aspectos, como alimentação, moradia, renda, acessibilidade e outros, tornando

esses critérios que impactam na sua sobrevivência e, conseqüentemente, na sua indicação para o tratamento.

A atuação do/a assistente social materializa através de seus instrumentais técnicos-operativos a dimensão teórica-metodológica, ética-política e viabiliza em seu exercício profissional o enfrentamento da questão social. O desenvolvimento de estratégias nos mais diversos aspectos ligados à singularidade, universalidade e intersetorialidade da política de saúde permite à profissão a utilização de um conjunto de conhecimentos nas mais diversas realidades. “A instrumentalidade no exercício profissional do/a assistente social parece ser algo referente ao uso daqueles instrumentos necessários ao agir profissional, através dos quais os assistentes sociais podem efetivamente objetivar suas finalidades em resultados profissionais” (Guerra, 2008, p. 01). O desenvolvimento de metodologias, instrumentais e técnicas de intervenção profissional para que a práxis alcance a intencionalidade assumida.

O trabalho das assistentes sociais no ICTDF tem sua participação nas equipes de transplantes desde a fundação da unidade hospitalar. Isso significa que a atuação do Serviço Social está vinculada diretamente ao processo de avaliação e as profissionais compõem os espaços vinculados ao tratamento como os comitês de listagem.

O Serviço Social ICDF iniciou suas atividades desde a concepção do ICDF. Sua intervenção profissional está voltada na assistência em saúde, por meio da atuação direta ao usuário, sua rede familiar e no planejamento e desenvolvimento de ações nos programas cirúrgicos e transplantes, fortalecendo as dimensões técnico-operativa, ético-político e teórico metodológico do Serviço Social. (Freitas, 2021)

O atendimento das assistentes sociais para os transplantes utilizados no ICTDF utiliza o trabalho de Lemos (2002) e compõe o protocolo de transplantes, seguindo as especificidades de cada tipo de transplante e equipes da instituição. Esse processo de avaliação social é composto por um conjunto de ações que compõem o processo avaliativo, como entrevista social com utilização de instrumental de coleta de dados e avaliativo, visita domiciliar, atendimento em grupos, articulação com a rede socioassistencial do DF e outros estados ou regiões, entre outros.

O foco da intervenção profissional se constrói nesse processo de articulação do poder dos usuários e sujeitos da ação profissional no enfrentamento das questões relacionais complexas do dia, pois envolvem a construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acesso, organização, informação, comunicação. (Faleiros, 1997, p.37).

O caráter de interventivo do Serviço Social, fundamentado em seu projeto ético, político, teórico e metodológico, possibilita a construção de um processo articulado de ações e

estratégias construídos em conjunto com o/a usuário/a, rede socioassistencial e equipe de transplantes que atendam as demandas e necessidades visando à garantia de direitos e acesso à saúde.

As assistentes sociais têm como uma das características de atuação com abordagem para a integralidade do sujeito/a, princípio do SUS, que, através de seu exercício profissional, permite uma atuação multiprofissional institucional, mas, para além da própria instituição, o trabalho em rede com as demais políticas que o/a usuário venha a necessitar.

O exercício do trabalho das assistentes sociais é um campo vasto e em crescimento e constante transformação, visto que as mudanças que percorrem as diversas realidades dentro de uma percepção de coletividade têm caráter político, econômico, social e refletem a conjuntura do país. Diante disto, a instrumentalidade do Serviço Social pode ser traduzida como:

uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. (Guerra, 2007, p. 2)

Essa capacidade de criação, adequação das condições apresentadas e transformação em instrumentos de trabalho é inerente ao trabalho da profissão e permite a utilização de diversos mecanismos de trabalho. A avaliação social em transplantes pode ser considerada, nesse caso, como um conjunto de instrumentos para alcançar as condições objetivas e subjetivas para o tratamento de transplantes, visando a garantia do direito de acesso à saúde.

Esse processo de avaliação conta com uma diferenciação importante quando pensamos em tratamentos distintos. Cada tipo de transplante apresenta especificidades próprias que vão necessitar de adequação, porém é consenso que as necessidades de acesso à saúde estão vinculadas ao sujeito/a e carrega a perspectiva de coletividade. Esse processo permite que haja uma adaptação do protocolo utilizado para todos os tipos de transplante, com intervenções voltadas para cada necessidade de saúde-cuidado.

Avaliações das condições de saúde de uma população servem de ferramentas valiosas para elaboração de políticas sociais e construção de indicadores que, em última instância, vão auxiliar governos e sociedade na promoção do desenvolvimento humano e no aumento do bem-estar social. Apesar da realização de transplantes de órgãos ser, inegavelmente, uma conquista muito importante da nossa medicina, de nosso sistema de saúde, e de toda a sociedade brasileira, os resultados parecem indicar que as desigualdades ainda são preocupantes em transplantes, que comprometem a equidade da prestação deste serviço de saúde à população brasileira. (Marinho, Cardoso e Almeida, 2011, p. 36)

Durante a pandemia do COVID-19 o agravamento da desigualdade e os efeitos da política da nova direita no Brasil tornou a crise sanitária para além da saúde. Seus efeitos atingiram todos os aspectos relacionados à vida, como emprego, alimentação, renda, lazer. A diminuição no número de doadores de órgãos e, conseqüentemente, de transplantes realizados foi um dos impactos, mas, na perspectiva do receptor, esse impacto muitas vezes representou limitações para garantia de acesso ao tratamento, desde o acesso à cirurgia até condições de manter os cuidados necessários para o tratamento, necessitando de políticas de proteção social para a garantia de saúde, em seu amplo conceito.

3.2 – A voz dos usuários sobre o tratamento de transplante nos registros contidos nos Prontuários do Serviço Social do ICTDF

Como informamos no capítulo 1 sobre o percurso metodológico da pesquisa, foram analisados cinco prontuários de receptores de transplante de órgãos do Distrito Federal. O período dos registros analisados foi correspondente aos anos de 2016 a 2023 em prontuários sociais.

Os dados foram registrados durante o processo de avaliação social por meio de entrevistas conduzidas pelas assistentes sociais do ICTDF, seguindo os protocolos de avaliação específicos para cada tipo de tratamento. Nesses casos, foram identificadas e observadas as demandas expressas pelos/as usuários/as e seus familiares e registrados em um instrumental profissional de acesso restrito.

Os tratamentos selecionados para este estudo são os transplantes de coração, fígado e rim, pela característica de protocolo de acompanhamento do campo de pesquisa, que mantêm os/as usuárias/as em acompanhamento pelo resto da vida. Para compreender a dinâmica social e as relações estabelecidas no processo de tratamento na perspectiva dos/as usuários/as, os dados qualitativos foram agrupados em categorias temáticas: I - Equidade; II – Acessibilidade; III - Ações ininteresintitucionais; e IV Integralidade.

I – Equidade

“Falaram que não havia mais nada para fazer, disseram que eu iria morrer.” (S.P. 2)

A equidade é um dos princípios do SUS e seu conceito se relaciona com a igualdade e a justiça social. O princípio da equidade reconhece os determinantes sociais, as desigualdades sociais e seus impactos na saúde individual e coletiva da população. Ao considerarmos o direito desigual inerente ao sistema capitalista a equidade se apresenta com caráter compensatório nas políticas públicas para amenizar a desigualdade social produzida pelo capitalismo.

Na legislação, afirma-se em “igualdade de assistência” (item VII, art. 7º da lei 8.080), como sinônimo de equidade. A equidade busca corrigir as desigualdades, com o objetivo de reduzir as disparidades e promover a justiça social. Consiste em assegurar condições equitativas às oportunidades, considerando as diferenças que podem influenciar o acesso.

A organização dos serviços de saúde no SUS acontece de forma descentralizada a partir da qual a União, os estados e os municípios têm suas co-responsabilidades nas ações e dos serviços de saúde. Como princípios organizativos, a regionalização e a hierarquização dos serviços classificam em níveis crescentes de complexidade de forma hierarquizada, complementar e articulada. A descentralização e o comando único possibilitam autonomia nas esferas do governo e possibilita a gestão voltada para as necessidades específicas de cada região. A participação popular por meio dos conselhos e conferências de saúde, garantem a participação da sociedade para formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

A desigualdade de acesso aos serviços de saúde aparece para esses usuários/as como um fator que impacta o tempo de encaminhamento para os serviços transplantadores, ou mesmo a falha de comunicação de diagnóstico, conseqüentemente a ausência de encaminhamento para os serviços de referência.

As dificuldades e as facilidades do/a usuário/a estão presentes em diversas etapas do acompanhamento em Saúde, sendo que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o funcionamento de tratamentos como os transplantes podem atrasar ou impossibilitar a chegada do/a usuário/a ao serviço especialista.

Na análise dos dados levantados pela pesquisa, S.P 1 informa que é residente de Porto Velho - RO, referiu a dificuldades em seus atendimentos na sua cidade, tendo 57 anos de idade e sendo técnico em educação no serviço público. Queixou da condução do seu tratamento em seu município de origem, o que o levou a buscar atendimento fora do seu estado por conta própria.

“Assisti o DR. (-) dando uma palestra na TV Senado, paguei uma consulta on-line, ele me orientou a vir para Brasília buscar tratamento” (S.P. 1)

As diferenças regionais e o acesso aos serviços de Saúde apresentam muitas vezes ausência de profissionais com conhecimento para identificação de tratamentos, mas, principalmente dos fluxos e organização dos serviços de saúde, esse impacto da ausência de informações adequadas desencadeia falhas no processo de encaminhamento, preenchimento de documentações e conseqüentemente dificuldade de acesso ao tratamento.

O usuário S.P. 5, procedente da Bahia, recebeu seu diagnóstico no DF, pois quando passou mal procurou a capital federal para atendimento. Seu encaminhamento para atendimento no DF foi realizado pelo seu município de origem. Relata que recebeu o diagnóstico de cardiopatia chagásica e continuou com o acompanhamento ambulatorial na atenção especializada até ser encaminhado para o serviço transplantador pela regulação do GDF, visto que já estava inserido no sistema como morador local.

“Fui diagnosticado com chagas em 2018 e passei a acompanhar com o cardiologista no Hospital Regional do (...), depois fui encaminhado para o ICDF.” (S.P. 5)

O sistema de regulação dos serviços é alimentado pelos usuários e serviços. Com frequência a alimentação incorreta dos dados podem ocasionar divergências na compreensão da real demanda da região e dificultar soluções para as referências e contrarreferências entre os estados e municípios. Além da perspectiva de gestão dos serviços, os/as usuários/as são impactados diretamente com a ausência de encaminhamentos formais, dificuldade no deslocamento para os atendimentos e ausência de inserção em direitos socioassistenciais.

A portaria nº 4.279 de 2010 do MS, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Reforça que o atual cenário brasileiro tem por características a diversidade regional e afirma as marcantes diferenças socioeconômicas e econômicas de saúde da população. Reforça em suas Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS as pressões do mercado privatista e suas contradições no processo de constituição do sistema unificado e integrado no país. Aponta ainda a intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrados por:

[...] (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção

da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (Brasil, 2020)

O sistema de referência e contrarreferência compõe o sistema logístico que funciona na organização, trânsito dos encaminhamentos e informações de cada usuário/a atendido/a no SUS. Nesse sentido, o sistema conta com fluxos e contrafluxos pensados na perspectiva de um atendimento integral dos/as usuários/as. Esse sistema de comunicação está sujeito às limitações e potencialidades de cada serviço que engloba serviços do SUS e os conveniados a ele e a fragmentação é uma consequência do modelo adotado atualmente na perspectiva do sistema capitalista.

A usuária S.P. 2, por possuir diagnóstico de insuficiência renal e como tratamento realizava hemodiálise três vezes na semana, relata que:

“Em 1994 senti dor nas costas, descobri a doença no rim, fiquei acompanhando no consultório e mais ou menos dois anos depois me falaram da possibilidade do transplante. Em 2018 me encaminharam para cá.” (S.P. 2)

A especificidade e a singularidade de cada tratamento e sujeito demandam de um olhar atento para suas necessidades. Quando há indicação de tratamento de hemodiálise, existe uma normativa já estabelecida que pontua na Resolução - RCD nº 154 de 2004:

No prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, o serviço deve, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência. (Brasil, 2004)

Nesse sentido vale ressaltar que a notificação é compulsória quanto ao aceite ou à recusa do/a paciente e/ou seu responsável legal pela instituição que realiza o serviço de hemodiálise. Não podemos afirmar a partir desse relato que a usuária não foi informada sobre a possibilidade de tratamento, mas conseguimos afirmar que a comunicação não foi efetiva, visto que ela declara não conhecer a possibilidade de transplante no tempo previsto nas normativas. Tendo o tempo de listagem como um dos fatores determinantes para sua posição em lista de espera e o tratamento como uma possibilidade de melhora da sua qualidade de vida, o impacto desse processo gerou prejuízo para ela.

Nesse processo não podemos deixar de mencionar o impacto financeiro decorrente do tempo de encaminhamento da paciente, Gouveia et al (2017) aponta que os custos do transplante renal são menores a partir do segundo ano da cirurgia, e coloca essa modalidade como a principal opção de terapia renal substitutiva.

A acessibilidade do processo de referenciamento da paciente que realiza hemodiálise necessita de uma atenção diferenciada, visto que, se ausentando do seu estado, encaminhada para outra cidade e muitas vezes necessitando de permanecer para a realização de exames e consultas complementares, ela deverá ter organizado o tratamento de hemodiálise em trânsito para garantir tratamento atual, aumentando a complexidade de organização para esse tratamento.

Essa organização da referência é articulada pelo sistema de regulação e, também, das clínicas de hemodiálise que articulam as vagas necessárias para essa modalidade. Ressaltamos aqui que esse processo é dificultado pela baixa disponibilidade de vagas para hemodiálise, relacionada principalmente por se tratar de um serviço que apresenta aumento de novos usuários/as desproporcionais ao número de altas do serviço, mantendo-se em perspectiva crescente de demanda.

A equidade se apresenta para além dos princípios e diretrizes do SUS e coloca seu uso em aspectos como proximidade geográfica, informações e comunicação eficientes, acesso aos serviços, equipamentos e insumos necessários para a garantia do direito à saúde.

II - Acessibilidade

“Eles não repassaram o dinheiro da ajuda de custo. Não tenho como pagar o aluguel, vou pedir para o Dr. (...) para me liberar, vou para casa”(S.P 2)

Acessibilidade é um conceito que se relaciona à integralidade e à equidade do direito à saúde. Esta categoria está ligada a uma amplitude maior que o caminho percorrido do usuário para acessar ao tratamento indicado, mas a possibilidade de manutenção deste tratamento.

No primeiro atendimento com o Serviço Social, S. P. 1 e sua esposa informaram que não tinham lugar para permanecer no DF. Moram em Corumbá-MG e apresentam uma dificuldade em compreender as informações passadas.

“Não temos lugar para ficar. Vocês têm algum lugar para indicar?” (S.P. 2)

A necessidade de permanência após a consulta médica de triagem próximo ao serviço transplantador para a realização de exames e consultas resultou em um impacto financeiro importante para o S.P 1, após a permanência de 10 meses, questionam a liberação médica para retornar ao município de origem. Agitado, acompanhado da esposa:

“Ele desmaiou e foi parar no hospital, tentei segurar ele e me machuquei, ele é muito pesado. Recebemos a ajuda de custo esse mês” (S.P. 2)

Com necessidade de exames que não estão disponíveis em seu município, o usuário permanece aguardando uma ligação com o agendamento via regulação do DF, que não tem definição de data e horário para acontecer. Essa afirmativa se relaciona diretamente a fragmentação dos serviços já mencionados, visto a inexistência de comunicação e contrarreferenciamento efetivo para esses usuários, que com a gravidade de tratamento, na maioria dos casos tem pouco tempo para finalização de avaliação para transplante.

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. Há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis. (Barata, 2012, P. 41)

A organização dos serviços e sistemas demonstra o nível de acessibilidade e desigualdade para a população. A permanência desses/as usuários/as fora de seu estado de origem gera uma despesa direta de moradia para eles e seus respectivos acompanhantes. Observa-se que dos quatro sujeitos de pesquisa oriundos de outros estados, dois foram encaminhados seguindo os fluxos de regulação e os outros dois não foram.

O encaminhamento formal desses/as usuários/as inclui a inserção no Programa de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, regulamentado pela Portaria nº 55 de 1999 do MS que dispõe sobre a rotina do TFD, e estabelece tabela de procedimentos e outras providências. Essa normatização considera a importância do acesso ao tratamento fora do domicílio de origem do/a usuário/a.

O pagamento de despesas relativas ao deslocamento dos/as usuários/as nesta portaria é relativo ao transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado e autorizadas após análise dos gestores do SUS.

Essa portaria prevê a elaboração e aprovação pela Comissão de Intergestores Bipartite - CIB¹¹, do Manual Estadual do TFD, neste formato existe a possibilidade de os municípios e

¹¹ É constituída (em nível estadual) paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Incluem, obrigatoriamente, o Secretário de Saúde da capital do estado.

estados adequem a normativa a sua realidade, visto que as regionalidades devem ser levadas em conta na construção das políticas públicas. Contudo, essa possibilidade de criar regras e adequar a portaria às demandas regionais abre uma crítica importante sobre as diversas interpretações da portaria do TFD e seu excesso de burocratização estabelecido pelos estados e municípios.

Atualmente os valores do TFD para ajuda de custo são R\$24,75 para alimentação com pernoite; R\$8,40 para alimentação sem pernoite; R\$181,50, a cada 200 milhas, para viagem aérea; R\$3,70, a cada 27 milhas náuticas, para transporte fluvial e R\$4,75, para cada 50 km, no deslocamento terrestre. Esses valores que foram estabelecidos no ano da publicação em 1999 necessitam de atualização e hoje não correspondem às necessidades para o tratamento.

Problematizar o programa de TFD está para além da atualização de valores, visto que os profissionais de saúde lidam diariamente com as demandas geradas pela forma que o programa é implementado hoje. O usuário S.P 5 retrata uma parcela importante da população usuária do tratamento de alta complexidade no SUS, quando o transporte é oferecido pelo município sem a parte burocrática de inserção ao programa e quando há necessidade de outros aspectos, como é o caso da ajuda de custo: o/a usuário/a precisa buscar formalizar os processos de referência que já aconteceram, ou seja, retornar aos médicos e serviços que o encaminharam e não o atendem mais para preenchimento de fichas, formulários e acesso aos exames que não foram entregues para conseguir formalizar a inserção em programa.

S. P. 5, no primeiro atendimento, acompanhado da tia, estava preocupado e inquieto planejando como iria organizar o cuidado do filho de 9 anos que não viria acompanhar o tratamento, planejava pedir suporte com os sogros na Bahia.

“Ainda não conseguimos dar entrada no TFD, não conseguimos voltar para casa ainda”.
(S.P. 5)

Após receber auxílio da família para entrega da documentação, informam a equipe:

“A prefeitura vai ajudar, vão pagar R\$1000,00 (Mil reais) a cada dois meses, vamos juntar para pagar nosso aluguel”. (S.P. 5)

A descaracterização da política enquanto direito e a manutenção da crença desses direitos na perspectiva da “ajuda e caridade” reforça a necessidade de debate sobre essa temática. O sistema capitalista, conforme afirma Mézaros (2003 p. 17) é totalmente “incompatível com suas próprias projeções de universalidade globalizante” desconstruindo a

realidade e a transformando em uma projeção alienada e *reificada*. Podemos aqui pontuar a análise do material coletado das diferenças dos processos vivenciados entre os usuários S. P. 1 e S. P. 5, em que ambos solicitaram inserção ao programa após a consulta de triagem médica e atendimento com o Serviço Social, no qual foram informados de seus direitos.

“Encaminhamos os documentos por e-mail, inclusive o relatório do gastro de Porto Velho, mas se negaram porque ele veio por conta própria” (Esposa do S. P. 1)

“Eles falaram que eu tenho que ir lá pessoalmente para assinar, o médico aqui não me liberou, já estou na fila de transplante.”(S. P. 1)

“Eles disseram que estão com dificuldade de pagar, vou na justiça.” (S. P. 5)

Quando o fluxo não é realizado, os/as usuários/as enfrentam diversas barreiras e dificuldades, principalmente porque os manuais não preveem falhas no referenciamento dos/as pacientes. A judicialização se tornou uma prática cotidiana que nos documentos de orientação da Defensoria Pública da União - DPU, aparece como uma das principais demandas relacionadas à saúde, quanto aos serviços transplantadores, já se acostumaram às rotinas de preenchimento de relatório médicos e fornecimento de documentação necessária aos processos.

O processo de judicialização para a garantia de direitos expressa a fragilidade das nossas normativas, reforça a necessidade de discussão das políticas e programas que não conseguem atender as demandas vivenciadas pela população e as contradições decorrentes do sistema capitalista.

Porém, o programa de TFD apresenta demandas para além de sua inserção burocratizada e descolada de avaliação das reais demandas dos/as usuários/as. Nesta pesquisa, observamos que a divergência de valores de ajuda de custo repassada aos usuários, a falta de regularidade nos repasses e fluxos de viagem dos/as usuários/as ganharam destaque nos relatos trazidos para a equipe de Serviço Social.

S.P. 4, relata dificuldade em organizar seu retorno após consulta médica, pois foi identificada a necessidade de realização de exame para confirmar a liberação para retorno ao município de origem.

“A passagem foi solicitada no dia errado, não conseguimos contato com o TFD para pedir alteração”. (S.P. 4)

Em resposta o TFD, afirma:

“A passagem da paciente foi emitida ida e volta considerando apenas o agendamento que foi entregue na prestação” (Dia da solicitação de passagem antes da vinda ao DF para consulta)

“Dessa forma, a paciente deve entrar em contato com a empresa e para remarcação deste bilhete que será por conta da paciente e de seu acompanhante”

O TFD justifica por meio do que está estabelecido em manual, encaminhando o trecho referente à emissão de passagens na comunicação realizada por e-mail:

Imagem 4 - Manual do TFD

8 – Da Emissão de Passagem para TFD

O fornecimento de passagens de ida e volta será pelo meio de transporte de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente e também, para o acompanhante quando autorizado.

As passagens aéreas serão emitidas quando a logística ou distância inviabilizar o transporte fluvial ou rodoviário e o tempo de deslocamento trazer risco a sua saúde.

O deslocamento do paciente e acompanhante (quando necessário) será emitido de acordo com a data do agendamento do TFD, não sendo permitida a escolha da companhia e nem do horário ou dia do deslocamento.

O deslocamento do paciente e acompanhante para outra Unidade da Federação por meio de transporte aéreo será nominal, com trajeto definido. Não sendo permitido: mudança do trajeto; desmembramento dos trechos das passagens; mudança de acompanhante em um mesmo período de tratamento fora de domicílio, salvo em casos de extrema necessidade, devidamente comprovados e autorizados pela Gerência de TFD.

Caso ocorra a reemissão ou cancelamento de passagem por motivo de perda de voo por quaisquer motivos que não seja comprovadamente por problemas de saúde ou óbito do paciente/acompanhante, o paciente ou seu acompanhante devem arcar com a despesa de taxa cobrada para cancelamento ou reemissão e diferença do valor da tarifa da passagem (se houver) diretamente com a Empresa Prestadora do Serviço correspondente.

Na utilização da passagem fora do período compatível com o tratamento, o paciente perderá o direito à solicitação de TFD.

No caso de embarque que requeira Autorização Médica (MEDIF) – para aqueles passageiros com necessidades especiais, o referido formulário deverá ser entregue à Gerência de TFD com 10 (dez) dias de antecedência à consulta. Tal preenchimento do MEDIF deve ser efetuado de forma urgente pelo médico responsável solicitante, o qual deverá ser enviado à companhia Aérea para análise e autorização do embarque.

Fonte: prontuário social

A interpretação do próprio manual pela equipe de TFD se deu distorcida visto que no item 13 do referido manual consta “Passagens de retorno serão emitidas mediante Relatório de Alta/Contrarreferência podendo não exceder a 03 (três) dias úteis após data dos documentos de alta, sob pena de perder o benefício do retorno (bilhete de passagens) a cidade de origem” (Brasil, 2019) que expressa a falha no fluxo do programa, penalizando a paciente sem qualquer

respaldo. A contestação dos usuários, quanto às práticas que entendem equivocadas pelos programas, em muitas vezes são mediadas pelas equipes, acreditam que possam sofrer penalidades quando há reclamações.

Esse comportamento reforça a perspectiva hierarquizada dos serviços, excludente e muitas vezes isenta da participação dos/as usuários/as. O cenário desfavorável do contexto político e ideológico do país constrói cada vez mais a auto responsabilização do usuário e limita o uso dos mecanismos de acesso aos direitos já estabelecidos em lei.

A acessibilidade para o tratamento de transplante abrange a necessidade de permanência do/a usuário/a próximo ao serviço transplantador. Dos cinco prontuários analisados, quatro foram referenciados por outros estados. Desses, três precisaram permanecer próximos ao serviço transplantador para que fosse viável a realização da cirurgia de transplante, visto o prazo máximo que cada órgão consegue manter suas atividades fora do corpo humano.

Durante esse período de listagem e espera desses três sujeitos de pesquisa S.P 1, 2 e 5, tem direito a receber a ajuda de custo mensal do programa de TFD, que varia em cada estado. A variação de valor teria apenas impacto positivo se considerarmos que a portaria estabelece valores mínimos a serem repassados para os/as usuários/as. Porém ela reflete as diversas interpretações desta portaria e expõe suas fragilidades na implementação impactam diretamente a vivência dos usuários atendidos por este programa.

O usuário S. P. 2 informa em seu atendimento social registrado em prontuário que a utilização da ajuda de custo foi direcionada para o pagamento do seu aluguel.

“Estamos pagando R\$ 700,00 de aluguel, R\$ 80,00 de água e R\$ 70,00 de luz. Mas estamos gastando muito com remédios, esse mês a ajuda de custo veio pouca, por conta da internação, eles não pagam”. (S.P 2)

Esse valor de aluguel corresponde a uma moradia de 1 quarto, 1 sala, 1 banheiro e 1 cozinha com alvenaria completa em uma cidade distante aproximadamente 30 km do serviço transplantador. Há de se pensar que a renda familiar, mais a ajuda de custo do programa de TFD seria suficiente para a manutenção dos dois, porém não podemos esquecer que eles possuem moradia em seu município de origem que necessita também de recursos para sua manutenção para quando retornarem.

Conforme a Portaria nº 55/1999 do MS descreve no Art. 1º § 4º - “Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência” os valores referentes ao período de hospitalização são descontados, mesmo que o tratamento indique necessidade de longa permanência.

Esse contexto, as demandas citadas de experiências sobre a inserção em programa de TFD, para tratamento de transplantes no DF de usuários do SUS, para que haja garantia de direito, com foco no acesso e integralidade de atendimento, há necessidade de discutir propostas de atualização da normatização, com novas estratégias e articulações entre os serviços que visem o bem-estar da população como preconiza o SUS.

III - Articulação Interinstitucional na Saúde

“Não conseguimos vir para a consulta porque não tínhamos dinheiro para a passagem”. (S.P. 3)

O conceito de saúde prevê a integralidade e complementaridade dos serviços, visto que não há saúde sem segurança alimentar, moradia, renda, lazer e o que mais compor o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Dessa forma, a saúde pode ser considerada decorrentes de fenômenos multifatoriais.

O Serviço Social tem uma ação interventiva de análise conjuntural, com a práxis voltada expressões da questão social, que “se expressa nas desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gêneros, características étnico-raciais e formações regionais”. (Iamamoto, 2007, p. 160).

O foco da intervenção profissional se constrói nesse processo de articulação do poder dos usuários e sujeitos da ação profissional no enfrentamento das questões relacionais complexas do dia, pois envolvem a construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acesso, organização, informação, comunicação. Faleiros (1997, p.37).

As características dos atendimentos de avaliação e acompanhamento pós-transplante permitem às assistentes sociais neste campo de trabalho acompanhar os/as usuários/as por um período ampliado, que pode durar anos. Essa característica de acompanhamento proporciona a verificação e articulação de encaminhamentos de forma diferenciada.

Dos cinco sujeitos de pesquisa avaliados, todos tiveram encaminhamento realizados formalmente, com elaboração de relatórios, contatos por e-mail e telefone na perspectiva de

garantia de acesso à direitos. Vale ressaltar, que esta característica profissional demonstra a complexidade do atendimento realizado, que não se encerra após a entrevista social, mas tem continuidade com os encaminhamentos relacionados às necessidades apresentadas.

Quadro 3 - Encaminhamentos realizados

Sujeito de Pesquisa	Encaminhamentos realizados	Renda Familiar Per capita
1	TFD	2 S/M
2	Passage livre DF, Instituição de Acolhimento Temporário, TFD, Unidade Básica de Saúde	½ S/M
3	Conselho tutelar, Passe Livre DF, Centro de Referência em Assistência Social.	½ S/M
4	TFD, INSS, Centro de Referência em Assistência Social.	½ S/M
5	TFD, Centro de Referência em Assistência Social, Defensoria Pública da União	⅓ S/M

Fonte: Elaboração própria.

Parte dos encaminhamentos já foram relatados no decorrer das análises, dessa forma seguiremos com a análise dos temas ainda não abordados nesta pesquisa. A insegurança alimentar e a dificuldade de locomoção por limitação financeira são fatores de extrema relevância apontados pelos/as usuários/as e familiares.

A renda avaliada dos sujeitos de pesquisa chama a atenção e está diretamente relacionada aos encaminhamentos realizados. Considerando que o S. P. 1, 2, 4 e 5 passaram a receber ajuda de custo para a permanência no DF, tiveram sua renda aumentada pelo período de permanência no DF, considerando as intercorrências e fragilidades do programa de TFD ao longo do tratamento.

O S. P. 3 residente do DF, mais precisamente na considerada maior favela do Brasil¹², era acompanhado por outro hospital conveniado à rede de saúde do SUS no GDF, quando indicado o tratamento de transplante foi encaminhado para o ICTDF. A renda familiar

¹² Conforme dados divulgados pelo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE a cidade de Sol Nascente se tornou a maior favela do país por número de domicílios. Até o ano de 2023 ela pertencia a região administrativa de Ceilândia, atualmente ela se tornou uma região administrativa por meio da Lei nº 6.359, de 14 de agosto de 2019.

de ½ salário-mínimo por morador em sua residência, não demonstra a amplitude da fragilidade vinculada ao processo de tratamento, que gerou falha no seguimento, gastos com medicação e transporte, insegurança alimentar da família.

“Já falei com outra assistente social, ela pediu agendamento no CRAS, não tenho mais dinheiro para vir ao hospital com ele” (Mãe do S. P. 3)

Diante das urgências clínicas, sociais e necessidade de manutenção do tratamento foi acionada a rede socioassistencial. A renda familiar proveniente de Benefício de Prestação Continuada - BPC¹³ do usuário não supria a demanda de necessidade de direitos necessários. Após tentativas de ampliação de benefícios sem sucesso, o Conselho Tutelar foi acionado em parceria para mediação e respaldo junto ao CRAS de referência.

O passe livre DF é concedido com gratuidade¹⁴ para casos específicos, considerando idades previstas em lei e situações especiais de saúde, não contemplando o paciente com insuficiência hepática. Dessa forma, o CT avaliou e tentou articulação com demais políticas para fornecimento de transporte gratuito, sem sucesso.

Quanto à política de Assistência Social, a família foi inserida nos programas de auxílio emergencial à exemplo do Programa Prato Cheio¹⁵. Ambos os benefícios de transferência de renda têm como característica tempo determinado de concessão do programa, necessitando de solicitação de renovação após o término.

Consideramos importante ressaltar aqui que o tempo de espera para um atendimento agendado conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Assistência Social do DF pode demorar meses ou anos. A declaração do atual Governador Ibaneis Rocha no ano de 2022,

¹³ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), direito garantido pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/93 e pelas Leis nº:12.435/2011 e nº 12.470/2011, que alteram dispositivos da LOAS; e pelos Decretos nº 6.214/2007, nº 6.564/2008 e nº 7.617/2011, assegura 1 (um) salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Em ambos os casos, é necessário que a renda mensal bruta familiar per capita seja inferior a ¼ (um quarto) do salário-mínimo vigente.

¹⁴ O Passe livre DF concede gratuidade em caráter especial para: Deficiência auditiva (Leis 566/93; 4317/09) Deficiência visual (Leis 566/93; 4317/09) Deficiência intelectual (Leis 566/93; 4317/09) Cardiopatia - ICC (Lei 4887/12) Insuficiência renal crônica: em diálise (Lei 453/93) Pessoas com HIV, Anemia falciforme ou Talassemia e Hemofilia, Câncer (Lei 773/94) e Deficiência física.

¹⁵ O programa Prato Cheio, da Secretaria de Assistência Social do DF, foi criado em maio de 2020, para garantir proteção alimentar às famílias em vulnerabilidade afetadas principalmente pela pandemia do COVID-19. O programa foi instituído por meio da Lei 7009 de 17/12/2021 como programa de provimento alimentar emergencial destinado para famílias que vivenciem insegurança alimentar.

ampliou o debate para a pauta que no DF representa ainda hoje uma dificuldade de acesso aos direitos sociais:

[...] uma declaração recente do governador Ibaneis Rocha (MDB) sobre as filas nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Durante convenção partidária que oficializou seu nome como candidato à reeleição para o governo do Distrito Federal, Ibaneis disse que “quem reclama da fila do CRAS tem muito o que agradecer”, argumentando que os benefícios sociais de seu governo não existiam no passado. (Declaração do governador sobre filas nos CRAS repercute mal no plenário, 2022)

Após essa declaração foi realizado um levantamento pela Câmara Legislativa do DF que apresentou os dados em que o número de pessoas com algum grau de insegurança alimentar alcançava mais de 1,79 milhões (59,5% da população). Esses usuários passaram a procurar a Assistência Social “A fila de espera para atendimento nos CRAS cresceu 278% entre 2019 e 2021, com 185.139 aguardando atendimento”.

Imagem 5 - Notícia Assistência Social do Distrito Federal

g1 DISTRITO FEDERAL

Mulher de 44 anos morre após passar mal enquanto esperava atendimento em fila da assistência social no DF

Janaína Nunes Araújo chegou a ser levada ao hospital por populares, mas não resistiu. Segundo testemunhas, ela tentava senha para serviços do 'Cras' há oito dias. Governo do DF disse que 'está prestando toda assistência necessária'.

Por Raiane Sena e Laura Tizzo, TV Globo
17/08/2022 11h45 · Atualizado há 10 meses

[f](#) [t](#) [w](#) [e](#) [l](#) [s](#)

Fonte: g1.globo.com¹⁶

A fragilidade e vulnerabilidade social que envolveram a família perpassa o serviço de saúde. Foram necessários meses de atendimento e intervenção para minimizar a desigualdade gerada para essa família e tornar o processo de tratamento de transplante mais seguro para o usuário.

¹⁶ Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2022/08/17/mulher-de-44-anos-morre-apos-passar-mal-aguardando-atendimento-em-fila-do-cras-no-df.ghml>

A forma como o serviço se constrói, como instituição conveniada, dificultou o acesso às comunicações utilizadas pelas redes de serviço do DF, gerando uma demanda excedente de trabalho para o Serviço Social da instituição. Aqui expressa-se também a fragmentação dos serviços e a desconstrução dos mecanismos de comunicação. Os fluxos estabelecidos para os diversos encaminhamentos diários foram construídos por meio do trabalho em rede e Fórum de Seguridade Social da categoria.

A desarticulação das políticas públicas resulta na construção de um pensamento que gera descredibilidade e incompetência dos serviços e servidores. O trabalho em rede se constrói atualmente por meio de ações dos/as trabalhadores/as dos diversos serviços, que compreendem as demandas cotidianas e articulam soluções de trabalho coletivo para responder com a implementação das ações de garantia de direitos. Entretanto, a vinculação de profissionais e a não formalização de acesso e integralidade dentro das políticas, fragilizam a equidade e a construção de políticas públicas que gerem saúde.

IV - Integralidade

“Nosso filho vai ter que ficar lá, não vamos conseguir trazer ele” (S.P. 5)

A integralidade como um dos princípios do SUS impõe seu conceito para que exista saúde em seu conceito ampliado. Pode ser associada a acessibilidade como já mencionado acima, ou abordado sob a ótica da equidade. Este conceito consiste na compreensão do/a indivíduo/a complexo e vincula-se à perspectiva de totalidade do/a sujeito.

Na Constituição Federal de 1988 a integralidade ganha uma abordagem voltada para a assistência em saúde, dessa forma ela é compreendida como “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990)

Para o desenvolvimento deste estudo a categoria integralidade se apresenta como um desafio, pois está presente em toda a análise e discussão do trabalho. As diversas narrativas categorizadas expressam as variedades de formas de apresentação desta categoria e a atuação das assistentes sociais reforça seu papel profissional voltado para proporcionar o atendimento integral do/a usuário/a. Diante disso, temos dois aspectos relacionados a esta categoria que iremos destacar, a singularidade do usuário e a atuação profissional das assistentes sociais neste campo de estudo.

“Eu faço bico, sou manicure para ajudar na renda (...) ainda não sabemos onde vamos morar (aqui em Brasília), não temos dinheiro para o aluguel” (S.P 5)

Para que o usuário S.P 5 estivesse apto para listagem, além do tratamento clínico, é necessário que haja viabilidade de cuidado pós-transplante. Ele e sua esposa relataram nos atendimentos registrados em prontuário social que havia dificuldade de organização para permanência no DF como necessário. A necessidade de permanecer com suporte de cuidado gerou impacto financeiro, a sua esposa não conseguia mais exercer trabalho remunerado e as despesas aumentaram. A partir da indicação do tratamento de transplante eles precisaram se organizar para a manutenção de duas moradias, a moradia permanente em seu município de origem e a temporária próxima ao serviço transplantador.

A compreensão da realidade do/a usuário/a impacta diretamente no processo de tratamento, desde os prazos estabelecidos para que as diversas etapas aconteçam como para o risco do tratamento naquele momento para ele. Aqui vale ressaltar que o contato de vulnerabilidade social não pode ser percebido como um impedimento para o tratamento, mas que a condução de como ele deve acontecer deve ser decidida em conjunto com o usuário.

A comunicação adequada com o/a usuário/a aparece como um fator que possibilita a ampliação da compreensão da realidade dele/a e sua família. Para o usuário S. P. 2, que informa estar insatisfeito no atendimento, refere que:

“O médico está dizendo que eu não tomo os remédios, mas não me perguntou o que aconteceu. Eu caí na rodoviária, não vi o buraco da obra, porque não estou enxergando e acabei não tomando o remédio, por causa do acidente.” (S.P. 2)

O caráter multifatorial da Saúde abrange as características da realidade social em que as pessoas vivem e trabalham e todo o contexto social que afeta a saúde. A integralidade se coloca como as combinações das ações de saúde que promovem o bem-estar físico, social e mental. Dessa forma compreender as múltiplas condições de vida do processo saúde-doença-cuidado e para que isso seja possível é necessário o trabalho em equipe multidisciplinar.

Adotar um modelo de atenção integral significa mais que registrar demandas e/ou características dos/as usuários/as, mas criar ações e atuação para a promoção da singularidade do atendimento com finalidade de atender as demandas daquela realidade. Para

os usuários S.P. 2 e 5 que devido ao protocolo de avaliação social para o transplante cardíaco, receberam visita domiciliar pós-transplante do Serviço Social¹⁷.

“Ainda não conseguimos arrumar aqui, mais vamos pintar” (Esposa do S.P. 5)

“Não tem máquina de lavar, lavo na mão. As coisas estão assim porque não deu tempo de arrumar, porque estou no hospital com ele né”. (Esposa S.P. 2)

Após a realização do transplante cardíaco o/a usuário/a passa a tomar medicação conhecida como imunossuppressores, que torna os/as transplantados/as suscetíveis ao aparecimento de infecções. São orientados por toda a equipe quanto aos cuidados com o ambiente doméstico, alimentação, autocuidado, entre outros. Condições adequadas de habitabilidade são recomendadas para esse o tratamento e na sua ausência são consideradas um fator de risco para o/a usuário/a. Como exposto no Quadro 3, considerando o impacto financeiro gerado pelo tratamento de transplante o Serviço Social, com a utilização do instrumental de visita domiciliar apreende a realidade e pode atuar na garantia de direitos.

A visita domiciliar aqui tem como objetivo imediato a realização de intervenção e apreensão da realidade social com foco na percepção de singularidade e totalidade do sujeito. Esse instrumental subsidia o processo de humanização e articulação interdisciplinar e interinstitucional.

a partir do desenvolvimento de ações interventivas em articulação com as cinco categorias: Educação em Saúde, Apreensão da realidade, Singularidade no tratamento, Acessibilidade e Articulação das Políticas Públicas, que visam uma abordagem com centralidade no paciente e grupo familiar, articulado ao contexto social, materializando a perspectiva emancipatória e na construção de respostas para as refrações das questões sociais dentro do processo de cuidado no pós-transplante cardíaco. (Freitas et al, 2019)

A categoria integralidade está presente em todo o processo descrito na análise, para além das demandas apontadas pelos usuários percebe-se que o papel do profissional de saúde aparece como mediador e tem papel ativo para que ela seja implementada. Contudo para que o profissional de saúde desenvolva seu papel para um atendimento integral do sujeito devemos levar em conta as limitações impostas pelo sistema capitalista.

¹⁷ A visita domiciliar é realizada para os pacientes transplantados cardíacos. Ao iniciar o período de internação na enfermaria ocorre a programação de visita. Dessa forma, a visita domiciliar analisa as condições de habitação, identificação de possíveis focos de infecção, dinâmica de organização familiar, orientação sobre o processo de cuidado.

Mesmo a Seguridade Social objetivando a universalização de ações e integração das políticas, as políticas foram regulamentadas por meio de leis distintas “[...] acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência social)” (BOSCHETTI, 2006, p. 8).

Imagem 6 - Notícia transplantado no Distrito Federal

Distrito Federal

Família do DF pede ajuda para receber bebê transplantado em casa

Isaac Lucca, 2 anos, recebeu o transplante de coração em dezembro e só poderá voltar para casa depois que o local passar por reforma

Thalita Vasconcelos

14/01/2022 18:05, atualizado 14/01/2022 18:48

Fonte: Jornal Metrópolis¹⁸

A fragmentação dos serviços torna o processo de atuação profissional um desafio, distanciando a articulação e compreensão da saúde como interinstitucional. O risco aumentado de exposição do/a paciente às possíveis complicações pós-transplante mobiliza as famílias para o que entendem necessário à garantia da saúde. As articulações realizadas com a Política de Habitação acontecem sempre que possível, porém não há formalização da atuação dos serviços de forma conjunta.

O desenvolvimento de estratégias para integrar políticas fragmentadas e a própria fragmentação dos saberes ressaltam as contradições existentes da perspectiva capitalista, sobretudo da nova direita que tem como discurso a desconstrução dos direitos e autorresponsabilização do/a sujeito/a.

¹⁸ Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/familia-do-df-pede-ajuda-para-receber-bebe-transplantado-em-casa> acesso em 04/05/2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciar a conclusão deste estudo significa ir além da finalização de uma produção científica, que em vez de se encerrar constrói tantas outras possibilidades de caminhos a serem percorridos a partir dela. Partimos da experiência profissional da pesquisadora e vivências de usuários/as registradas em prontuários sociais, com o intuito de compreender como o tratamento de transplante aparecem enquanto trajetórias dos/as sujeitos/as de pesquisa.

Este estudo percorreu caminhos próprios e sua construção por meio do método dialético possibilitou identificar as limitações e contradições com direcionamento crítico do conteúdo, considerando o contexto político-econômico e a própria disponibilidade de informações abordadas qualitativamente do instrumental de análise utilizado.

Diante das limitações de informações colocadas, ampliou-se para utilização de bases públicas como serviços de informações on-line, que permitiram demonstrar como as categorias e vivências se apresentam para a sociedade no formato de comunicação em massa.

A base teórica construída neste projeto nos permitiu analisar na atual perspectiva política-econômica-ideológica, como as políticas públicas têm se consolidado enquanto direito no Brasil, assim como as contradições existentes nas compreensões das necessidades básicas para o provimento do direito de bem-estar físico, social e mental.

Diante disso, considera-se importante ressaltar que as contradições existentes no processo de escrita desta dissertação foram dificultadas por fatores variados, alguns contextualizados neste estudo, como a pandemia do COVID-19 que impactou diretamente o programa de mestrado e como trabalhadora assalariada o campo de estudo em que a pesquisa aconteceu. Outros fatores decorrentes da determinação social do capitalismo na classe trabalhadora afetou o processo saúde-doença-cuidado da pesquisadora, que por vezes se percebeu limitada para se dividir entre o trabalho, estudo e maternidade nos espaços acadêmicos e de pesquisa.

Ressalta-se a importância desta pesquisa que objetivou conhecer a realidade social por meio da percepção dos usuários registrados em prontuário social em um serviço transplantador no DF. Dessa forma, qualificamos a ação profissional da categoria, a importância dos diversos instrumentais utilizados pela profissão e o fortalecimento do exercício profissional em todos os

aspectos que compõem a ação dessas trabalhadoras da saúde, que possibilitam transformação da realidade social e a trabalham para a garantia de direitos.

Da mesma forma que o método dialético crítico compreende a realidade, como se dá a construção social da história com todos seus aspectos contraditórios, observamos que a totalidade do sujeito de pesquisa está vinculada também a construção dos serviços de saúde, como ele se estabelece em organização e fluxo articulado ou não às outras políticas públicas e as influências decorrentes do sistema político-econômico-ideológico atual da sociedade.

No capítulo 2, observamos como o sistema capitalista constrói e molda a sociedade, com seus discursos antagônicos à perspectiva de direitos sociais e da construção normativa do Estado de Direito. Destacamos aqui a compreensão da desigualdade social na lógica do direito desigual que reforça as limitações impostas para que a Política de Saúde seja implementada com totalidade. As contrarreformas estabelecidas, as privatizações e a construção de um discurso antagônico à concepção do SUS implicam em um desafio para a consolidação do direito à saúde.

Na Política Nacional de Transplantes, construímos por meio da legislação um histórico que permitiu compreender como esta política está organizada e conceitua os principais parâmetros para a compreensão do objeto de estudo. Na conjuntura do cenário de pandemia e contrarreformas, percebe-se que as informações disponibilizadas sobre o sistema ainda não permitem uma análise qualitativa, mas que precisa de uma ampliação das informações para construirmos uma leitura adequada de como se dá a regionalização da política de transplantes.

É importante colocar que o atual formato adotado devido a segurança e qualidade para os receptores de transplante, traz exigências que na avaliação do receptor vinculadas ao COVID-19, necessitam de revisão para que este não permaneça como limitante para o aumento das doações de órgãos e tecidos.

Os protocolos desenvolvidos para os tratamentos de transplante, aparecem como um desafio quando percebemos que há diferenças de organização entre as modalidades de transplante realizadas. A presença de diretriz que norteia o transplante cardíaco, por exemplo, estabelece como obrigatória a composição de equipe multiprofissional no serviço transplantador. Esse parâmetro não é obrigatório para todas as modalidades, fica vinculado aos protocolos internos dos serviços que decidem a inclusão das equipes e criação de fluxos que atendam as demandas dos pacientes que considerem pertinentes.

A valorização da equipe multiprofissional é imprescindível para que o/a paciente acesse ao tratamento de forma integral. As formas de organização das equipes em comitês de listagem fortalecem a horizontalidade dos serviços e a construção coletiva dos serviços de forma qualificada.

O Serviço Social que tem seu cotidiano profissional voltado para a defesa dos SUS e da saúde como direito. Neste estudo fica evidenciado seu papel como parte indispensável na composição das equipes transplantadoras. O desenvolvimento de estratégias profissionais apresentadas não aparece no cotidiano para os demais membros da equipe ou para a própria instituição, onerando a categoria com horas de trabalho invisíveis para o desenvolvimento do processo de avaliação social para transplantes.

Consideramos a necessidade de adequação do protocolo de avaliação social para a atual realidade, considerando outros fatores que ela ainda não contempla. Para que esse protocolo seja atualizado, o incentivo à construção teórica coletiva na área de transplantes deve ser visto como prioridade. O desenvolvimento de ciência e métodos qualificados de trabalho devem ser elencados também como exercício das atividades profissionais.

O tempo é um determinante quando pensamos em saúde, mais ainda quando falamos em transplante. O tempo de identificar a doença, de receber acompanhamento especializado, entrar na “fila” para concorrer a um transplante e chegar no tempo para que o órgão seja viável é fundamental. A desigualdade de acesso ao transplante diariamente pode ser percebida no tempo, em quanto tempo se leva para o primeiro atendimento, receber o diagnóstico, para realizar os exames necessários, para receber acompanhamento de equipe especializada.

A escassez de órgãos para doação torna esse processo um desafio que vai além da compatibilidade entre doador e receptor de órgãos e tecidos. A utilização de um protocolo complexo de preparação e avaliação que segue em um tratamento para a vida toda no pós-transplante. Conforme já demonstrado o número de pessoas à espera de uma doação para transplante é superior a quantidade de doações, formando “filas” de espera.

Após a listagem, quando o sujeito cumpre os requisitos multiprofissionais estabelecidos para a indicação de transplante presentes nas diretrizes e protocolos, ele passa a estar em um sistema que garante gratuidade e igualdade de acesso, seguindo os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A “fila” ou lista não avalia critérios de raça, renda ou outros determinantes sociais que possam ser fatores de discriminação. Marinho, Cardoso e Almeida

(2011) apontam que as desigualdades se sobressaem aos fatores biológicos e que a gravidade clínica, características socioeconômicas e a posse de planos de saúde privados interferem diretamente na desigualdade de acesso ao transplante.

As desigualdades em saúde acontecem em toda a vivência do sujeito em seu processo de saúde-doença e estão ligadas a forma de organização social. Barata (2012) aponta que o acesso e a utilização dos serviços refletem essas diferenças através da forma de organização dos sistemas de saúde e podem estar relacionados à escolaridade, renda, características culturais e classe social.

É importante ressaltar que esses aspectos fazem parte da avaliação do receptor ao tratamento de transplante devido à complexidade do tratamento. Fatores como baixo suporte social, baixa adesão, doenças psiquiátricas graves sem tratamento, uso de substâncias psicoativa são previstos como fatores de contraindicação para o tratamento de transplante, avaliados por equipe multidisciplinar. É importante ressaltar que esses fatores e outros já previstos na legislação, que varia conforme cada tipo de transplante, coloca o usuário em risco e por isso pode ser considerado uma contraindicação para a realização do transplante.

Considerando esses aspectos multifatoriais que em sua maioria reflete a determinação social do capitalismo na sociedade, como a desigualdade social, superexploração do/a trabalhador/a, pouco acesso aos serviços de saúde previstos no SUS, enfatiza que a trajetória do/a sujeito/a para um acesso integral em saúde precisa estar presente em toda sua vida e com a integração das outras políticas constituindo a perspectiva de totalidade do usuário.

A corrida contra o tempo acontece em todo momento. A garantia do acesso ao tratamento está vinculada ao conjunto de ações e serviços, seja diagnóstico, exames ou até acesso a renda, alimentação, moradia que podem acontecer antes, durante ou após a listagem e transplante. Barata (2012, p. 53) afirma que “as desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença”, dessa forma estão ligadas às desigualdades individuais e a distribuição de renda e organização dos serviços de saúde nos municípios. A desigualdade pode ser vista nesse caso como a distribuição desigual de poder e propriedade em um processo que reflete o direito desigual.

Em uma organização de serviços desiguais, tanto financeiramente, quanto sobre o funcionamento dos serviços como infraestrutura, fluxos e uma vivência social desigual em termos de acesso a ensino, cultura, bens essenciais, renda e todos os outros que compõe as

condições mínimas para uma possível igualdade de acesso, o usuário pode encontrar facilidade ou dificuldade distintas. Através dessa compreensão não há como entender o processo saúde-doença com igualdade, se distanciando ainda mais da perspectiva de equidade social.

Além de todas as limitações das desigualdades impostas aos usuários, o contexto de privatização e desmonte das políticas fragmentam o acesso a hospitalização e continuidade de tratamento, fecham portas de serviços especializados de atendimento do SUS, precarizam o trabalho e burocratizam o acesso ao direito à saúde.

O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, exige políticas públicas que percebam os determinantes sociais como reflexo das contradições sociais e de organização dos serviços e da sociedade e suas relações de poder, dessa forma é possível através da transformação social em uma nova perspectiva de organização do Estado.

As contradições do acesso à saúde se dão em todas as dimensões da própria definição de seu conceito. “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, Brasil (1988). O acesso universal e igualitário à saúde tem se mostrado um desafio no capitalismo diante dos seus antagonismos. As políticas sociais têm um papel muito mais importante que apenas uma mediação burocrática das demandas sociais, percebê-las para além de finalidades focalizadas é o atual desafio para lidar com o contexto de desigualdade e urgência para atender a sociedade.

Aqui por meio da percepção dos usuários em seus relatos registrados em prontuário social, elencamos as categorias de equidade, acessibilidade, ações interinstitucionais e integralidade. Essas categorias analisadas demonstram demandas decorrentes do cotidiano dos/as usuários/as que são apresentados como uma consequência da ausência de saúde.

Como fator importante da análise, observamos que as categorias se apresentam conectadas e aparecem em toda a análise de forma direta ou indireta. Dessa forma se colocam como interligadas e indissociáveis na garantia do direito à saúde.

A presença do protagonismo dos/as usuários/as neste estudo reforça a perspectiva da participação da sociedade no desenvolvimento e avaliação das políticas públicas, mas aponta também para a concepção de fragmentação das políticas sociais e da atual percepção do sistema de proteção social, ainda vinculado ao discurso neodireitista de desconstrução de direitos.

Por fim, destacamos os aspectos centrais da luta de classes no combate contra as contrarreformas, que reforçam a importância dos espaços de atuação profissional como base da

construção coletiva de direitos sociais vinculados às necessidades da população. Neste espaço se dá a construção do saber profissional, da coletivização dos/as usuários/as na compreensão dos seus direitos e a consolidação da quebra dos paradigmas nas diversas articulações entre os serviços e instituições, seja ela acadêmica, assistencial ou de participação. A consolidação e garantia desses direitos se dão de forma coletiva e articulada e esse estudo se encerra explicitando o compromisso do Serviço Social nesta luta.

SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A partir das questões apontadas na conclusão deste estudo, apontamos temas como sugestão para avaliação de novos trabalhos.

1. Estimar um perfil sociodemográfico do transplantado no Brasil.
2. Realizar uma revisão normativa e pesquisa da participação e composição de equipe multidisciplinar em transplantes.
3. Avaliar o processo de doação de órgãos e tecidos no Brasil, na perspectiva dos familiares das pessoas doadoras e equipes de captação.
4. Propõem - se ainda a documentação dos processos de trabalho já desenvolvido pelas equipes multiprofissionais no Brasil, objetivando o compartilhamento de saberes e construção coletiva de normativas e diretrizes mais robustas contemplando a saúde de forma multifatorial e ampliada.

REFERÊNCIAS

- ABTO - Associação Brasileira De Transplante De Órgãos. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2023/03/rbt2022-naoassociado-2.pdf&hl=en>>. Acesso em: 24 mai. 2023.
- BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Ed. 70 ltda, 2011.
- BEHRING, Elaine. **A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil**. *SER Social*, Brasília, v. 18, n. 38, p. 13-29, 2016.
- BEHRING, Elaine. **Fundo Público, valor e política social**. São Paulo: Cortez, 2021.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BEHRING, E. R. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. *SER Social*, v. 18, n. 38, p. 13-29, 2016.
- BOSCHETTI, Ivanete. Tensões e possibilidades da política de assistência social em contexto de crise do capital. In: *Argum*, v. 8, n. 2, 2016.
- BOSCHETTI, Ivanete. Tensões e possibilidades da política de assistência social em contexto de crise do capital. In: *Argum*, v. 8, n. 2, 2021.
- BOSCHETTI, Ivanete. (org). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.
- BRASIL. Associação Brasileira de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado (2011-2018). **Registro Brasileiro de Transplante**, Ano XXIV, nº 4, ABTO. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf> Acesso em: 13 nov. 2020.
- BRASIL. Associação Brasileira de Transplantes. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado (2011-2018)**. Registro Brasileiro de Transplante, Ano XXIV, nº 4.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº 166/2018 – CONEP/SECNS/MS**. Esclarecimento acerca da tramitação dos estudos do tipo “relato de caso” no Sistema CEP/Conep para a área biomédica. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/CartaCircCart166.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2020.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União, 1997.

BRASIL, Constituição Federal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília-DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Sistema Nacional de Transplantes**. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde . Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968**. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1968. p. 7177.

BRASIL, Lei nº 8.742. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Brasília: Diário Oficial da União, 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1997.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2600: aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes**. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria SAS/MS, Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. 1999. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>. Acesso em: 14 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2600: aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, de 21 de outubro de 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC nº 154, de 15 de junho de 2004**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Brasília: Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. **Resolução CFESS n. 383/1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2022.

BRASIL. **Resolução CNS n. 218/1997**. Reconhece o assistente social e outros como profissionais de saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html>. Acesso em: 25 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

FLICK, U. **Métodos de pesquisa: introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2013.

FREITAS, D. S.; SILVA, T. R. O.; VAZ, L. O. A.; SANTOS, D. C. ; Steytler, S. J. S. **A Visita Domiciliar no Pós transplante Cardíaco: um instrumental do Serviço Social**. 2019. Disponível em:

<<https://sistemaparaevento.com.br/evento/abto2019/trabalhosaprovados/naintegra/12907> > Acesso em: 13jan. 2020.

FREITAS, D. S. et al. **Serviço Social e Transplante Cardíaco: Os Desafios da Intervenção Profissional** In: Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde, São Paulo: Ribeirão Preto, 2020.

FREITAS, D. S. et al. Serviço Social e Transplante Cardíaco: os Desafios da Intervenção Profissional. In: **O Carater Sociopolítico e Interventivo do Serviço Social**. Ed. Atena, 2021.

GARCIA VD. **Por uma política de transplante no Brasil**. São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda; 2000.

GOUVEIA, D. S. S. et al. Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. **J. Bras. Nefrol**, v.39, n.2, p.162-171, 2017.

GUERRA, Y. A instrumentalidade no Trabalho do Assistente social. In: Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais - 6ª Região. (Org.). **Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte: CRESS 6ª Região, 2008, v. 1, p. 50-51.

HARVEY, D. **Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

LEMOS, Claudia Regina Haponczuk de. **Avaliação social em programa de transplante cardíaco**. São Paulo, 2002.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3.ed. Trad. Carlos A. Silveira. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos Estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, 2011.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Desigualdades por sexo e por raça, e o direito ao transplante de órgãos no Brasil. **Rev. Dir. Sanit.**, v. 12, n. 3, 2012.

MARTINELLI, M.L. O uso das abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: _____(org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora. 1999.

MARX, K. **O capital**. 10.ed. São Paulo: Difel, 1985. Livro 1. v.I, II.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Expressão popular, 2008.

MARX, Karl. e Engels, Friedrich. **Manifesto Comunista**. 3ª reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2014.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política. O processo de produção do capital. Livro I**. São Paulo, Boitempo, 2013.

MARX, Karl. **Crítica do Programa de Gotha**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2012.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

- MÉSZÁROS, István. **O século XXI: socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.
- MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M. C. DE S.. **Determinação social, não! Por quê?** Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 12, p. e00010721, 2021.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** 1.ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- PEREIRA, Potyara A.P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Trad. Ana Crisitna Nasser. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos Estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1560-1568, 2011.
- MARINHO. A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Desigualdades por sexo e por raça, e o direito ao transplante de órgãos no Brasil. **Rev. Dir. Sanit.**, v. 12, n. 3, 2012.
- MOURA-NETO, J. A.; MOURA, A. F.; SOUZA, E. Cinquenta Anos do Primeiro Transplante no Brasil. **Brazilian Journal of Transplantation**, v. 19, n. 4, p. 26–29, 2016.
- SER SOCIAL, R. Editorial. **SER Social**, [S. l.], v. 21, n. 45, p. 261–262, 2019. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/26424. Acesso em: 09 maio. 2022.
- SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Expropriação de direitos trabalhistas e previdenciários em favor da lucratividade do capital.** Revista Praia Vermelha, v. 27, n. 1. Rio de Janeiro, 2017.
- SILVA, Maria Lucia Lopes da. “**A previdência social no Brasil sob a mira e ingerências do capital financeiro nos últimos 30 anos e a tendência atual de capitalização**”. In: SILVA, MLL da. (org.) A contrarreforma da previdência social no Brasil (uma análise marxista). Campinas-SP: papel social, 2021. P.24-63
- SPOSATI, Adailza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, n. 116, p. 652-674, 2013.
- TAJRA, Alex. **Todos nós vamos morrer um dia: veja falas de Bolsonaro sobre o coronavírus.** UOL, São Paulo, 1 maio 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimasnoticias/redacao/2020/05/01/todos-nos-vam-os-morrer-um-dia-as-frases-de-bolsonarodurante-a-pandemia.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

TONET, Ivo. **Método científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TONET, Ivo. Qual política social para qual emancipação. **Revista SER Social**, v. 17, n. 37, p. 279-295, 2015.