



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

GABRIELA MENDES SOUZA

**SUS, POLÍTICA DE TRANSPLANTE E SERVIÇO SOCIAL:
DISCUTINDO OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO
TRABALHO PROFISSIONAL**

Salvador
2021

GABRIELA MENDES SOUZA

**SUS, POLÍTICA DE TRANSPLANTE E SERVIÇO SOCIAL:
DISCUTINDO OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO
TRABALHO PROFISSIONAL**

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Valéria dos Santos Noronha

Salvador
2021

GABRIELA MENDES SOUZA

**SUS, POLÍTICA DE TRANSPLANTE E SERVIÇO SOCIAL:
DISCUTINDO OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO
TRABALHO PROFISSIONAL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Serviço Social.

Salvador, 29 de novembro de 2021.

Banca examinadora

Valéria dos Santos Noronha – orientadora _____
Pós-doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Mércia Santos Nascimento – 1ª Avaliadora _____
Mestranda em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Bahia (PPGSS/UFBA)

Marina da Silva Cruz – 2ª Avaliadora _____
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)

AGRADECIMENTOS

E chega ao fim mais um etapa e, talvez, a mais importante da graduação. Nesse momento tão importante, não posso deixar de prestar meus agradecimentos as pessoas que foram essenciais durante todo o processo e me ajudaram a chegar até aqui. Primeiramente a Deus, que nunca me desamparou e mostrou que, mesmo diante de tantas adversidades que precisei enfrentar durante o final desse ciclo, nunca estarei sozinha e me deu forças para continuar em busca dos meus sonhos. Porque para Ele nada é impossível.

Agradeço também aos meus amigos e familiares que sempre me apoiaram e ajudaram a perseverar e, acima de tudo, tiveram paciência com as minhas ausências e preocupações causadas por este trabalho. A minha mãe, Adriana Cavalcante Mendes, a minha irmã, Bruna Mendes Souza e ao meu pai, Francisco de Assis Barbosa Souza (in memoriam), meu muito obrigada! Quero em vida retribuir metade do que vocês fizeram e fazem por mim. Obrigada por sempre torcerem pela minha vitória e acreditarem que sou capaz de alcançar todos aos meus sonhos.

Aos meus “presentes da UFBA”, Caroline Sant’Anna, Ana Vitória, Talita Emilly, Daiana Santos e Mariana Lavine, meu muito obrigada pelo companheirismo de sempre. Independente do caminho que a vida nos levar, estarei sempre torcendo por vocês e lembrarei eternamente de todas as nossas aventuras na graduação. A Neto, meu amor e amigo, agradeço o incentivo de sempre, as palavras de força e por sempre me fazer enxergar tudo que sou capaz. Não sei o que o destino reserva para nós dois, mas sou grata por tudo que vivemos até aqui.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao corpo docente de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia que me guiaram ao final desse ciclo. Profissionais competentes, dedicadas e comprometidas com a Universidade e com a profissão. Em especial, agradeço a minha orientadora Prof.^a Valéria Noronha, que com sua leveza, carisma e competência, me ajudou a construir este trabalho. Professora, sem você, sua calma e seu humor incomparável, eu não teria levado tão tranquilamente o processo de elaboração deste trabalho. Obrigada por todas as palavras de incentivo, pelos elogios, críticas, orientações e pela disponibilidade constante. Passo agora a trilhar novos caminhos, mas agradeço profundamente a todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a chegar até aqui.

*Um desejo, não de ser ave,
Mas de poder
Ter não sei quê do voo suave
Dentro em meu ser.*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O presente trabalho buscou realizar uma análise histórica da Política de Transplantes no Brasil, sob a perspectiva crítica do Serviço Social. Para a elaboração deste estudo foi de fundamental importância identificar os processos históricos relacionados à construção das políticas de saúde, bem como, identificar de que modo ocorreu a atuação do/a Assistente Social no âmbito da saúde. O percurso histórico traçado compreendeu o marco da Reforma Sanitária com considerações sobre as políticas de saúde até aos dias atuais, com destaque para a Política de Transplantes e as configurações do trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos Centros de Transplantes e Hospitais. Os dados da pesquisa foram obtidos por meio de uma revisão de literatura, tendo sido evidenciada a escassez e/ou raras produções críticas sobre o trabalho profissional de assistentes sociais vinculados à política de transplantes no Brasil.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Política de Transplante.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Identificação dos estudos citados.....	49
Quadro 2	Listagem dos artigos do Jornal Brasileiro de Transplante.....	51

LISTA DE SIGLAS

- ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
- ABTO** - Associação Brasileira de Transplantes de órgãos
- CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial
- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social
- CIHDOTT** - Comissões Intra-Hospitalares para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
- CNCDO's** - Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
- CNS** - Conferências Nacionais de Saúde
- EDD** - Estado Democrático de Direito
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- JBT** - Jornais Brasileiros de Transplantes
- MRSB** - Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
- NHS** - National Health Services
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OPO's** - Organizações de Procura de Órgãos
- SBPC** - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
- SNT** - Sistema Nacional de Transplantes
- SUS** - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SUS: DA REFORMA SANITÁRIA À ATUALIDADE	14
2.1. A SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL	23
2.2. O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES	26
3. O TRABALHO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE	31
3.1. O TRABALHO PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE TRANSPLANTES	42
4. DIALOGANDO SOBRE OS CAMINHOS METODOLÓGICOS E PRINCIPAIS ACHADOS DA PESQUISA	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	59

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a definição do conceito de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (1948), a saúde compreende um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Assim, partindo dessa noção, os aspectos biopsicossociais passam a ter centralidade no tocante à assistência em saúde, possibilitando a abertura de espaço para a inserção de novos profissionais. Atrelado a esse conceito, em 1999, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), através da Resolução nº: 383 de 29 de março de 1999, dispõe o/a Assistente Social como profissional da saúde, instituindo um marco regulatório para a profissão. Desde então, o campo da saúde se tornou um dos espaços socio-ocupacionais de maior atuação dos/as Assistentes Sociais e muitos estudos se desenvolvem na perspectiva de desvelar as demandas cotidianas desse campo.

Nesse sentido, muito se sabe sobre as demandas recorrentes, as singularidades do cotidiano e do exercício profissional pautado nas diretrizes de saúde. Entretanto, o âmbito da saúde, na sua vasta extensão de possibilidades, demanda cada vez mais que além do conhecimento de suas atribuições e competências, o profissional necessita superar a imediatividade do cotidiano e, portanto, do processo saúde-doença, ampliando seu conhecimento e atuação para os mais diversos espaços sendo preciso considerar os atores sociais em sua individualidade e como sujeitos de direitos.

Atrelado a esse fato, ainda é escassa a produção de conhecimento acerca de alguns campos de atuação que surgem ao longo dos anos, desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), até os dias atuais. A Política Nacional de Transplante (Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001), nesse sentido, é um campo no qual o/a Assistente Social é chamado a atuar como figura singular e essencial para a validação de todo processo, embora sejam pouco os estudos que abordam essa temática no campo das Ciências Humanas e Sociais.

Dessa forma, diante da alta complexidade do sistema e da presença crescente e significativa de Assistentes Sociais nesse espaço, buscou-se neste trabalho construir uma análise crítica da Política Nacional de Transplante do Brasil, no intuito de compreender a sua trajetória de acordo com os marcos históricos do país, bem como, o seu cenário atual nas instituições públicas e privadas de saúde, situando o Assistente Social nesse processo através de uma perspectiva crítica da própria

profissão. O interesse por esta temática surgiu a partir da experiência de estágio no Hospital Jorge Valente, situado em Salvador - BA, durante o ano de 2019 a 2020. A vivência no cotidiano profissional instigou a necessidade de maiores estudos acerca desta temática, principalmente quando associada ao Serviço Social, visto que, são raras as discussões acadêmicas críticas sobre a formação da Política de Transplante do Brasil e sua interface com as transformações vivenciadas pela Política de Saúde do Brasil.

Nesse sentido, ainda que seja pouco discutido, o Assistente Social possui um papel fundamental durante todo o processo de transplante, considerando o trabalho de fortalecimento de vínculos entre os familiares, bem como o posicionamento do profissional a favor dos direitos humanos e individuais, como critério essencial para a humanização de um processo naturalmente complexo, dado a fragilização dos usuários nesse momento. A área de transplantes surgiu nos últimos anos como uma nova dimensão do trabalho do Assistente Social no espaço socio-ocupacional da saúde, sendo o estudo referente a esta temática essencial para a construção de um pensamento crítico e dialético que fortaleça o cotidiano de atuação profissional.

As primeiras legislações que tratam o processo de transplante de órgãos são recentes no país e, desde então, tem sofrido diversas alterações visando o ajuste das políticas com a realidade vivenciada nas intuições de saúde e nos centros de transplantes. A principal delas, Lei Nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, regula a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, além de dispor acerca das notificações e captações de órgãos e tecidos.

Todo processo de entrevista, captação e distribuição dos órgãos é de responsabilidade do SUS, através desse sistema, que é o maior programa público de transplante de órgãos, tecidos e células do mundo, fica garantido a efetividade e regularidade dos transplantes. Segundo dados do Ministério da Saúde¹, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pelo financiamento de cerca de 95% dos transplantes do país, sendo constituído de 27 Centrais Estaduais de Transplantes; 13 Câmaras Técnicas Nacionais; 619 estabelecimentos; 1.157 equipes de transplantes;

¹ Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**. Disponível em: <<https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2017/outubro/sistema-nacional-de-transplantes>>. Acesso em 15 mai. 2021.

574 Comissões Intra-hospitalares de Doações e Transplantes; e 72 Organizações de Procura de Órgãos (OPOs).

Portanto, reconhecer a trajetória de construção do SUS, suas diretrizes e princípios, é de caráter essencial para compreender o espaço de trabalho no qual irão atuar os/as Assistentes Sociais junto a Política Nacional de Transplante. Nesse sentido, é de conhecimento que o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é permeado pelos interesses de diversas instâncias populares, bem como de figuras de grande representatividade na saúde brasileira, que possuíam o interesse comum de elaborar um sistema público de natureza integral, equitativa e universal. Esse movimento, que se inicia ainda no governo ditatorial, projeta o Estado como o único agente que detém o dever de manutenção de todo sistema.

A ideia, que pouco agradava as instituições de saúde privadas, bem como o próprio governo enfraquecido nos anos finais da ditadura, partiu de uma grande mobilização popular que, insatisfeitos com o modelo excludente de saúde vigente até então no país, buscaram apoio de figuras importantes e ativas dos hospitais brasileiros e, juntos, elaboram o projeto do que hoje se constitui um dos sistemas de saúde mais eficaz, de maior cobertura e qualidade do mundo. Assim, segundo Paim (2009, p.39)

Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Trata-se do movimento da RSB, também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde.

Dessa forma, diante do esforço coletivo de redemocratização, na Constituição de 1988, fica então definida as diretrizes e princípios do SUS, concebendo a população brasileira, pela primeira vez, acesso livre e gratuito a todos os serviços de saúde. Esse direito conquistado se materializa em todos os níveis de complexidade de assistência na saúde, além dos campos de previdência e assistência social.

Diante disso, o objetivo geral deste trabalho é analisar criteriosamente a atual Política Nacional de Transplante e sua relação com o trabalho do Assistente Social, além de traçar a trajetória histórica de construção do SUS e os objetivos específicos adotados: Contribuir na construção de conhecimento científico crítico sobre o trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos Centros de Transplantes e Comissões

Intra-Hospitalares; Identificar as produções científicas até então produzidas pela comunidade acadêmica e categoria profissional sobre a Política de Transplantes. Nesse sentido, utilizou-se como metodologia para desenvolvimento da pesquisa a revisão de literatura dos textos de Serviço Social em revistas e bases de dados.

De acordo com Minayo (2001, p.53), a pesquisa bibliográfica coloca frente a frente os desejos do pesquisador e dos autores envolvidos em seu horizonte de interesse. Dessa forma, o presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, baseada em uma revisão integrativa de literatura de natureza qualitativa e caráter exploratório acerca da temática do Trabalho Profissional do Serviço Social na Política de Transplantes. Segundo Marconi e Lakatos (2001, p.43- 44), a pesquisa bibliográfica, refere-se ao:

(...) levantamento de toda a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas em imprensa escrita (documentos eletrônicos). Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de sua pesquisa ou manipulação de suas informações (...)

A revisão integrativa, por ser um método que objetiva delinear uma análise acerca de um conhecimento já construído anteriormente em outras pesquisas sobre o tema e objeto de pesquisa, possibilitou uma síntese dos estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesse sentido, a revisão se deu por meio da busca de artigos, teses e dissertações por meio eletrônico, através das principais fontes de produção teórica científica do Serviço Social. Vale destacar que essa pesquisa ocorreu durante a vigência da pandemia do COVID-19, o que impossibilitou a busca em materiais físicos do acervo do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia – UFBA, bem como a realização de entrevistas com profissionais na área no intuito de possibilitar um contato efetivo com a prática cotidiana.

Dessa forma, os critérios para a pesquisa foram todas as produções teóricas publicadas nos principais meios de socialização de conhecimento no Serviço Social, através de um recorte temporal entre os anos de 2016 a 2021, que possibilita aproximação mais recente com as produções, visto ser também uma área nova para a profissão. Definiu-se os seguintes descritores: “Serviço Social”, “Saúde”, “Política de

Transplantes” e “Trabalho Profissional”. O resultado dessa pesquisa mostrou que são ainda incipientes ou mesmo inexistentes as produções da categoria acerca dessa temática.

A monografia está estruturada em três capítulos. No primeiro, será analisada a trajetória de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) do marco histórico da Reforma Sanitária até os dias atuais, realizando o esforço de discutir a saúde como um direito e, posteriormente, abordar a Política Nacional de Transplante inserida no SUS e associada às Políticas de Saúde. No segundo capítulo será discutido o trabalho do Assistente Social no âmbito da saúde, desde o entendimento da profissão enquanto inserida na divisão social de trabalho, até seus marcos legislativos e as especificidades de atuação na Política de Transplante. Já no terceiro capítulo, serão abordados os procedimentos metodológicos da pesquisa, bem como a análise e a sistematização dos dados pesquisados por meio da revisão de literatura, que buscará trazer elementos com o objetivo de compreender se existem produções teóricas e científicas acerca do trabalho profissional na Política de Transplantes, sendo esta a questão problema dessa pesquisa.

Por fim, nas considerações finais, será realizada uma análise do conhecimento adquirido durante a pesquisa e seu impacto para a atuação do Assistente Social na atualidade, seja para profissionais em campo, ou para estudantes de graduação que buscam maior aprofundamento no tema.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO SUS: DA REFORMA SANITÁRIA À ATUALIDADE

Uma breve análise do panorama da saúde pública internacional é capaz de revelar a importância da defesa de Políticas Públicas de Saúde e a necessidade de construção de um sistema de saúde inteiramente público. Alguns países considerados desenvolvidos, como por exemplo os Estados Unidos, ainda demonstram como o efeito do capitalismo nas esferas da vida social podem afetar de forma significativa o direito do povo às suas necessidades básicas. Tal país supracitado, insiste em defender um projeto de saúde privado, sendo seu modelo de assistência exemplo mundial a não ser seguido. E ainda, em pleno século XXI, nenhum de seus líderes foram capazes de instituir um projeto simples de um sistema – mesmo que parcialmente – público. O exemplo dos Estados Unidos é um instrumento essencial para compreender o porquê da necessidade de defesa e construção constante do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Sabe-se que o Brasil percorre uma trajetória histórica conturbada. Seja no sentido econômico, político ou social. Economicamente, acabou ficando marcado como país exportador, servindo como um mero depósito de mercadorias para as outras nações desenvolvidas, o que atrasou – e muito – o desenvolvimento de indústria e economia estritamente nacional. No campo social, os livros de história sempre irão retratar o Brasil como o solitário, retrógrado e último país a abolir a escravidão de homens, mulheres e crianças negras, mesmo que esse fato tenha se dado de forma quase simbólica, dado o marco de desigualdade racial vivenciada até os dias atuais. E por fim, no campo político, é onde se deu – e que se perpetua até hoje – o cenário mais turbulento, marcado por golpes e corrupção que o país já vivenciou.

Falar de política no Brasil causa estranhamento, revolta e até o silenciamento organizacional daqueles que optam por esconder essa face da nação. Entretanto, ainda com todos esses marcadores que fazem do país subdesenvolvido aos olhos internacionais, o Brasil foi capaz de superar o governo ditatorial militar, o marco histórico mais vergonhoso do país, e construir – efetivamente – junto à população uma Constituinte democrática que contemplava os direitos básicos do cidadão: saúde, assistência e previdência.

Diante do exposto, é essencial fazer uma releitura da história e compreender que a construção do SUS perpassou diversas lutas e disputas sociais, nascendo da necessidade da população por um sistema que integrasse não somente a classe trabalhadora industrial, mas que suprisse todas as demandas populacionais e sanitárias. Dessa forma, ao pensar o nascimento do SUS, estipula-se três momentos cruciais: a medicina previdenciária, medicina do trabalho e a saúde enquanto inteiramente pública, este último destacando-se as medidas sanitárias de combate às endemias e campanhas de vacinação.

Deste processo de consolidação do SUS, são diversos atores e entidades sociais que foram elementos chave para pensar a proposta do novo modelo de saúde, dentre eles destaca-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o próprio Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Estes, centralizando as necessidades coletivas, pensaram e elaboraram a proposta do que seria consolidado posteriormente na Constituição de 1988 como o SUS, sendo essencial o estudo mais aprofundado dos elementos históricos que deram origem ao MRSB.

Neste sentido, no período de 1970 a 1980 – momento em que o país vivia as décadas finais de ditadura – intensificou-se no Brasil o modelo de saúde privatista, liberal e hospitalocêntrico, que tinha como finalidade tornar a saúde restrita aqueles que possuem meios de custeá-la através dos seguros de saúde. Paralelo ao crescimento dessa medicina liberal e empresarial crescente no país, estavam as poucas ações estatais direcionadas a medicina de caráter filantrópica que prestavam assistência a parcela da população que não estava inserida no campo de trabalho e, portanto, não seriam assistidas através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mediante convênios. Diante desse contexto, na década de 80 inaugurou-se uma espécie de crise da saúde no Brasil, dado o fato que as ações enfraquecidas do estado e a limitação de acesso à saúde privada, colocavam alguns setores da população em situação de vulnerabilidade. Segundo Paim (2009, p.38)

Havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadores de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção ou recebendo serviços de baixa qualidade.

Dessa forma, a complexidade de modelos de saúde presente no Brasil representou um grande desafio para a construção do SUS e reorganização do novo sistema de saúde. Um claro exemplo disso é que, de acordo com Paim (2009, p. 38), “um estudo censurado pelo governo militar durante a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, indicava, só na área federal, 71 órgãos desenvolvendo ações de saúde.”. Assim, era primordial pensar um sistema que unificasse as ações de saúde, ao mesmo tempo que expandia a assistência em todos os níveis para toda a população sem distinções econômicas ou sociais.

Dessa forma, o cenário de saúde pública do Brasil na transição para década de 80 indicava a necessidade de um esforço coletivo para reorganizar o vencido modelo de saúde de caráter excludente e construir, coletivamente, um sistema capaz de suprir as demandas de saúde de toda população e em todos os níveis de complexidade. Para realização de tal, foram necessários diversos atores sociais de influência no campo da saúde e entidades do meio que, através da realização de conferências coletivas, pensaram o novo modelo de assistência. Essa mobilização popular ficaria conhecida posteriormente por Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). É a partir desse movimento que o país consegue incluir em sua agenda política a democratização do sistema de saúde, possibilitando a implantação do SUS.

Foi a partir dessa organização popular - que reforça o caráter democrático do sistema - que se deu a construção efetiva do SUS, através de conferências de saúde que contavam com a participação das entidades e atores sociais partes do MRSB. Em 1979, por exemplo, o Cebes apresentou no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados um documento intitulado “A questão democrática na área da saúde” que seria, posteriormente, indicado como marco de primeira proposta de construção do SUS, justificando seus princípios e diretrizes essenciais que mais tarde, na Constituição de 1988, seriam regulamentados.

Nesse sentido, o movimento se fortaleceu e ganhou força nacional, contando com a participação de quase cinco mil pessoas nas Conferências de Saúde e levando o debate do SUS ao Congresso Nacional. Esse panorama reforça ainda mais a relevância do sistema enquanto instrumento de participação popular e marco de redemocratização do país, considerando o cenário internacional em que muitos países ainda lutavam contra regimes autoritários e buscavam o mínimo de direito social e o Brasil, que muito demorou de avançar finalmente elaborava coletivamente o que se

tornaria o um dos maiores sistemas de saúde do mundo com acesso universal a serviços e ações de saúde, estando assegurado na Constituição Brasileira como condição de cidadania, fruto do Movimento da Reforma Sanitária.

O marco histórico de formulação das Políticas Públicas de Saúde e, conseqüentemente, do SUS, foram as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), estas que representaram não somente a força da coletividade, como também foram essenciais para marcar a necessidade da reforma no setor de saúde transcender os limites administrativos e financeiros, sendo um movimento de transformação social, efetivação de direitos e afirmação da cidadania. Todas as CNS de alguma forma impactaram posteriormente na implantação do SUS.

A principal delas, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada de 17 a 21 de março de 1986, que dentre as suas conquistas, inspirou o capítulo “Saúde” da Constituinte e, posteriormente, se desdobrou nas Leis Orgânicas de Saúde, além de ser concretizada como marco histórico de construção do SUS. Culminando, posteriormente, com a institucionalização e legitimação do novo modelo de saúde enquanto um direito de todos, sem distinção, e dever do Estado de prover assistência, meios e recursos para tal. Assim, na Constituição Federal de 1988, art. 198, fica previsto

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Desse marco legal até os dias atuais, o SUS, sua defesa e, principalmente, seu financiamento, foram sofrendo oscilações. Expansões, regressões, cortes, desmontes e conquistas. O ponto de partida desse debate está atrelado ao fato de que as disputas ocorridas no campo político, bem como os diferentes modelos de gestão, associados aos já diferentes projetos de saúde presentes no Brasil – mesmo com o advento e fortalecimento da reforma sanitária – irão implicar na tendência de fortalecimento ou desmonte do Sistema Único de Saúde.

Sem dúvidas, o contexto político e socioeconômico do país revela as causas para o panorama atual de desmonte das políticas públicas. Já no governo de Fernando Henrique Cardoso, é perceptível o movimento de contrarreforma do setor da saúde estimulada pelo então presidente. Movimento esse que, de forma sutil, gradual e informal, alcançou o feito de fragilizar o direito ao acesso universal à saúde e serviu de princípio para as reformas que iriam acontecer nos anos seguintes.

Nesse sentido, é preciso destacar a transição dos governos petistas, desde o ex-presidente Lula, a conseguinte sucessão da ex-presidente Dilma Rousseff e seu impeachment sofrido em 2016 – também colocado em debate como golpe parlamentar posto em prática para ascensão de grupos de poder político de caráter autoritário e não democrático (OLIVEIRA, 2016), o posterior governo Temer e, por fim, o atual governo Bolsonaro. Esse debate requer, sem dúvida, o entendimento das motivações partidárias e projetos políticos que irão influenciar no modelo de governança assumido e, por consequência, na estruturação das políticas de saúde e financiamento do SUS.

De acordo com Teixeira (2016), uma análise das políticas de saúde no governo Lula revela a permanência dos princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição de 88 para o SUS, no sentido de continuidade das ações. Entretanto, a autora ressalta que as mudanças ocorridas nesse período não foram de caráter significativo no que diz respeito ao aprofundamento e permanência da Reforma Sanitária Brasileira.

Portanto, destaca-se que embora o governo Lula tenha sido popularmente colocado enquanto democrático e progressista no sentido de direitos, é inegável a presença da ameaça constante de fortalecimento do modelo liberal-privatista, presente desde a década de 1990, através dos chamados novos “Modelos de Gestão” que tinham o intuito de substituir a gestão estatal, sendo associado ainda ao modelo de reforma sanitária flexibilizada que se constitui no seio da reconfiguração do Estado Brasileiro e, por consequência, do constante desmonte das políticas públicas e do financiamento da seguridade social (BRAVO & PELAEZ, 2020). Este último projeto – reforma sanitária flexibilizada – é, segundo Bravo (2013), consolidado nos governos petistas.

Nesse sentido, a tendência privatista apoiada no avanço dos princípios neoliberais no país, adentra no campo das disputas políticas e se fortalece, sendo implementada e abertamente defendida nos anos seguintes de governo Temer e Bolsonaro. Dessa forma, segundo Bravo & Pelaez (2020, p. 194)

As disputas entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com diminuição de direitos para a classe trabalhadora e participação cada vez maior do mercado, em todos os aspectos da vida social.

Assim, o que se observa no governo Temer é um processo de intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado Brasileiro. São acentuadas medidas de descentralização do Estado e contrarreforma nas políticas públicas, através do congelamento de gastos nas políticas sociais por 20 anos, pela Emenda Constitucional 95, cortes orçamentários nas políticas de saúde que aparecem como única resposta à crise econômica e pagamento da dívida externa, além das constantes ameaças a Política Nacional de Atenção Básica e os retrocessos grotescos no campo da saúde mental, favorecendo o aumento das internações em hospitais psiquiátricos em detrimento da assistência em nível primário nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para além disso, no campo da saúde, destaca-se ainda o fortalecimento do modelo privatista com a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis e a articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017)². Foi claro o posicionamento contrário do governo Temer com relação aos princípios da RSB. Um exemplo disso é que em seu discurso falacioso, o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, defende a ideia de que o Brasil “não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso” ((BRAVO & PELAEZ, 2020).

Essa tendência privatista representa um regresso gigantesco no tocante tanto aos princípios democráticos, quanto a gestão participativa e, acima de tudo, no que diz respeito aos direitos sociais firmados e compreendidos na Constituição de 88 enquanto seguridade social, reproduzindo no campo da saúde os efeitos da contrarreforma neoliberal que estarão sendo experienciados em todos os níveis de assistência e aspectos da vida social. O que será vivenciado nos anos seguintes de

² Se constitui como um de uma série de documentos criados pelo Instituto Coalizão Saúde (ICOS), composto por empresários e entidades privadas de saúde, com o objetivo de construção de um novo modelo de saúde e gestão que beneficiasse o capital privado. Maiores discussões podem ser encontradas em MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; VIEIRA-DASILVA, Lígia Maria. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4479-4488, 2019.

governo é apenas um reflexo do caos que já vinha sendo construído a algum tempo, a diferença está no fato de um governo que se elege de forma legitimada e que já demonstrava em tempos de campanha a fragilidade, incompetência e desinteresse pela luta em defesa do SUS ou mesmo para lidar com os problemas já existentes no próprio sistema. O governo Bolsonaro, portanto, é a consolidação caótica da contrarreforma estatal que vinha sendo construída anteriormente e representa a falta de esforço das políticas atuais em defender o SUS e os serviços e programas derivados dele. Um exemplo claro disso é a desvalorização, desde o governo Temer, do Programa Mais Médicos. O Programa – criado em 2013 pelo Governo Dilma – busca suprir as desigualdades regionais e carências do sistema de saúde por meio da inserção de médicos nas grandes periferias do Brasil e municípios do interior, representando um caminho para redução das iniquidades³ em saúde.

Nesse sentido, além de fortalecer o sistema público de saúde, o Mais Médicos é claramente concernente aos princípios constitucionais do SUS. Entretanto, durante o governo Bolsonaro, foi apresentada uma proposta de reformulação do Programa Mais Médicos que, no final das contas, culminou com a saída de médicos cubanos e com a dificuldade de permanência dos médicos brasileiros. Isso representa, sem dúvida, uma perda enorme para o sistema de saúde e, principalmente, para a população das localidades remotas que eram assistidas por esse programa, consequência única de um governo despreparado, tomado por disputas partidárias – já que se afirma que a reestruturação do programa seria para torná-lo menos político e mais técnico, fazendo alusão ao governo petista que implementou o programa – além do patriotismo excessivo, acompanhado de uma xenofobia vergonhosa, direcionada pelo próprio Presidente da República aos médicos cubanos, sendo uma das motivações para a saída dos mesmos.

O cenário que se tem, portanto, é o total desinteresse pela pauta da saúde pública, o fortalecimento das ideologias neoliberais e privatistas, que culmina no desaparecimento ou falta de financiamento e gestão em diversas outras políticas e programas de saúde. Agravado ainda pela pandemia do COVID-19, o governo Bolsonaro se mostrou ainda mais incapaz de lidar com a crise de saúde e econômica gerada, visto que, além de ser insuficiente na construção de políticas de assistência à

³ Segundo Buss & Pellegrini (2006), são “aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil”.

população mais atingida pela crise econômica gerada pela pandemia, também não se preocupou em direcionar mais recursos a saúde ou em fazer alianças internacionais para a compra de vacinas, além do óbvio ambiente caótico que se tornou o Ministério da Saúde com a saída sucessiva de vários ministros que só confirmam a instabilidade do desgoverno.

Nesse panorama, se torna evidente que a proposta de contrarreforma que teve seu princípio no governo FHC, apenas se fortaleceu ao longo dos anos e conseguiu ocupar espaço no interior das políticas públicas e nos recursos orçamentários para essas. O grande plano de reestruturação do Estado, pautado no discurso da necessidade de arcar com os custos da grande dívida externa que o país carrega, revela as estratégias sinuosas do Estado Brasileiro de reduzir gradativamente o orçamento para, nesse caso, o setor da saúde. Tendência essa que existiu em todos os governos, inclusive aqueles considerados de esquerda.

Essas reformas impactam diretamente no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde e, gradativamente, os direciona para um complexo processo de desqualificação do trabalho e das instituições de saúde pública. O peso dessas reformas no âmbito da saúde reflete nos indicadores do país. Segundo dados obtidos através do endereço eletrônico do Conselho Nacional de Saúde, associado ao Ministério da Saúde⁴, em 2017, ano anterior a introdução da Emenda Constitucional 95, os gastos com a saúde no Brasil representavam 15,77% da arrecadação da União. Entretanto, em 2019, quando já vigorava a Emenda, os gastos com a saúde caíram para 13,54%, o que representa uma perda de R\$ 20 bilhões para o setor. Nessa projeção, nos anos seguintes as perdas para o setor da saúde podem ultrapassar quase R\$ 400 bilhões, segundo projeção da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS.

Conclui-se, portanto, que os resultados distributivos das políticas públicas, principalmente no âmbito das políticas de saúde, fortalecimento dos SUS e dos princípios da RSB, diferem durante os períodos de governança e gestão. Sendo mais fortalecido, financiado e defendido durante os governos ditos de esquerda, e tendo, por outro lado, um constante desmonte em todos os níveis e aspectos durante os governos que – mesmo que não se assumam enquanto de direita – são opostos aos

⁴ Ministério da Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em 29 nov. 21

ideais de esquerda e, portanto, se opõem a defesa dos interesses da classe trabalhadora e dos sistemas públicos, optando por atuar via legitimação e acumulação de capital, fortalecendo assim instituições e modelos privados de assistência.

Gosta Esping-Andersen⁵, ao tratar das causas de emergência do Welfare State, coloca em pauta justamente esse fato de avanço das políticas sociais nos governos que prezam pela classe trabalhadora e que agregam as questões dessa classe nas formulações das políticas públicas. Assim, em “As três economias políticas do welfare state”, Esping- Andersen (1991) explica que

é um fato histórico que a construção do *welfare state* dependeu da edificação de coalizões políticas. A estrutura das coalizões de classe é muito mais decisiva que as fontes de poder de qualquer classe tomada isoladamente.

E ainda que,

As forças históricas por trás das diferenças de regime são interativas. Envolvem, em primeiro lugar, o modelo de formação política da classe trabalhadora e, em segundo, a edificação de coalizões políticas durante a transição de uma economia rural para uma sociedade de classe média.

Portanto, ao analisar o nível de pressão e influência da classe trabalhadora e a tomada de poder e ocupação de cargos parlamentares por governos de esquerda, Esping-Andersen afirma que o modelo de estado a ser construído caracteriza-se por um sistema de proteção social abrangente, com cobertura universal, e com benefícios, garantidos como direitos, cujo valor é desvinculado do montante de contribuição efetuado pelo beneficiário. Trata-se de assegurar padrões mínimos vitais, distribuídos segundo critérios de equalização, e não de mérito. Nesse sentido, essa perspectiva analítica permite compreender a trajetória vivenciada no Brasil desde o Movimento da Reforma Sanitária aos dias atuais, levando em consideração as variáveis políticas que interferem nesse processo e no âmbito da saúde e, obviamente, no caráter do Estado de Bem-Estar vivenciado, sendo perceptível a influência das mudanças governamentais vivenciadas e as consequências desse processo para a constituição, fortalecimento e defesa do SUS.

⁵ Sociólogo dinamarquês cujo foco principal tem sido o estado de bem-estar social e seu lugar nas economias capitalistas.

2.1. A SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL

Neste tópico, a intenção é ratificar as reflexões anteriores, destacando que a *Saúde é um Direito*, essa concepção fortemente defendida no contexto do Movimento Sanitário como registrado anteriormente, demarca uma ruptura com modelos assistenciais centrados na lógica do favor.

A noção de detenção de direitos é associada diretamente ao entendimento da cidadania. Ou seja, para que uma pessoa seja considerada cidadã, ela precisa ter acesso a todos os seus direitos. Thomas Marshall (1967), ao tratar essa conceituação, destaca três direitos fundamentais que indicam o reconhecimento do homem enquanto sujeito participante na sociedade e, portanto, com direitos e deveres.

São eles: os direitos civis (relacionados aos direitos necessários à liberdade individual, o que compreende inclusive direitos no campo das relações de trabalho); os direitos políticos (relacionados ao direito de participação no exercício do poder político); e, finalmente, os direitos sociais (relacionados à participação na riqueza socialmente produzida). Assim, para Marshall (1967), a culminação no século XX dos direitos sociais criou possibilidades para que o Estado passasse a atuar diretamente na vida social, através das políticas sociais, permitindo a emergência do Estado de Bem-Estar Social nas sociedades industriais. Assim, segundo o autor, por meio da política social, a crescente igualdade política modifica as desigualdades econômicas causadas pelo próprio advento do capitalismo.

Por outro lado, sob a ótica marxista⁶, os direitos – e o acesso a eles – são condições essenciais para a emancipação humana e são, senão, consequência dela. A emancipação humana discutida por Marx seria a possibilidade real e prática que devolveria ao ser humano às suas qualidades, ao mesmo tempo em que o reintegra à comunidade, superando a emancipação política que ainda seria atravessada pela alienação religiosa. Nesse sentido, a efetividade do direito estaria no seu pleno exercício de fato, o que ocasionaria pensar no caso brasileiro que requer um olhar crítico. Embora esteja posto na Constituição que é função do Estado prover os meios e recursos para o funcionamento do SUS, sendo este um sistema de acesso igual a todo e qualquer cidadão, desde a sua efetividade em 1988 e até os dias atuais, muito

⁶ Utilizado como referência para tal EUFRASIO, Marcelo Alves Pereira. Filosofia do Direito: a cidadania em Rousseau e Marx. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, VIII, n. 22, 2005.

se pode questionar acerca desse acesso universal, principalmente, ao se considerar os tempos ultra neoliberais vivenciados ultimamente. Percebe-se que os entraves orçamentários, enrijecimento institucional, despreparo dos profissionais e – por vezes – falta de recursos humanos e materiais, impedem a utilização dos serviços pelos cidadãos, descumprindo com a Constituição e esvaziando a noção de direito tão defendida e tida como verdadeira. Assim, através do marxismo, é possível entender a cidadania brasileira enquanto ainda incompleta, necessitando percorrer um longo caminho de emancipação social e adequação dos poderes estatais que viabilizem o acesso verdadeiro aos direitos fundamentais e humanos.

Dessa forma, embora seja um movimento contraditório – visto a tentativa de se igualar um sistema que é naturalmente desigual – o advento das políticas e programas sociais representam o reconhecimento pelo Estado e pelas classes dominantes da classe trabalhadora e da população em situação de pobreza, enquanto cidadãos e, portanto, sujeitos de direitos. Nesse sentido, nas sociedades industriais buscou-se construir políticas de proteção social, mesmo que mínimas, de forma a suprir a ausência causada pela acumulação de capital. Essas políticas se deram de formas diferentes em vários países, seja pelo contexto de formação histórica do Estado e, portanto, do seu caráter, ou mesmo pela força do movimento popular e atuação destes nos espaços públicos e cadeiras parlamentares.

No Brasil, o conjunto de forças políticas e sociais propiciou que a saúde e outros direitos sociais fossem reconhecidos na carta constitucional. Assim, no seio do nascimento do Estado Democrático de Direito (EDD), surge a saúde como direito indispensável, que se fundamenta em aspectos como: cidadania, dignidade e soberania popular (Brito-Silva, Bezerra, Tanaka, 2012).

Dessa forma, apoiada sobre a ótica da cidadania plena e na lógica da redemocratização, o direito à saúde é reconhecido na Constituição de 1988 enquanto de caráter universal e cabendo ao Estado provê-la a todos os cidadãos. Ou seja, um direito de todos e um dever do Estado. É justamente esse caráter que faz da saúde brasileira tão singular, visto que, em um contexto de retração de direitos, o país – através dos movimentos populares – consegue construir uns dos sistemas de saúde mais completos e operacionais do mundo, se destacando entre os modelos de saúde que prevalecem em outros países e se aproximando de sistemas já aclamados como o National Health Services (NHS), da Inglaterra. Foi, sem dúvida, um dos maiores ganhos para a população brasileira, tanto no sentido de acesso à assistência gratuita,

qualificada e em todos os níveis de complexidade, como também representou uma grande conquista no aspecto de detenção de direitos.

Entretanto, ainda que com todos os ganhos, há ainda um longo caminho a se percorrer para que o SUS seja de fato efetivo na vida de cada cidadão brasileiro. O seu caráter universal é inegável e reconhecido por todos os indivíduos, portanto, seu caráter de direito é evidente. Porém, existem ainda brechas no sistema que impedem o acesso eficaz a todos os níveis de assistência, sem contar com a clara ausência de estrutura de qualidade dos hospitais e unidades básicas decorrente dos cortes de financiamento, principalmente desde 2016 até os dias atuais.

Isso acontece porque o Estado brasileiro ainda se mostra incapaz de acompanhar a evolução das políticas sociais, enquanto de fato um Estado democrático e de bem-estar. A atualidade revela que embora tenham ocorrido diversas tentativas de ascensão de um modelo pleno de cidadania com um bom nível de proteção social, o Brasil ainda caminha a passos lentos nessa direção e, durante essa trajetória, outros diversos empecilhos surgem. Segundo Benevides (2011, p. 83)

Muito embora nosso Welfare caminhe para um modelo mais próximo ao social democrata, nossos indicadores sociais revelam, mesmo com a melhora recente, muitos problemas na provisão e qualidade desses serviços. O crescimento da renda da população combinado com a precarização dos serviços prestados pelo Estado faz com que a parcela da população com um nível maior de renda recorra à provisão privada de bem-estar (previdência complementar, planos de saúde privados, escolas particulares etc.).

Nesse sentido, é preciso reconhecer e validar que o escopo das políticas públicas e sua instituição nos moldes democráticos representa uma grande conquista e avanço para o país, mas ainda há muito a se percorrer para atingir de fato um efetivo Estado de Bem-Estar. Ainda sob essa perspectiva analítica, ainda que as políticas de proteção social sejam formuladas e implementadas, há uma dificuldade muito grande de gestão, esta que é marcada por uma estrutura organizacional antiga que preza pelos interesses das grandes classes, resultando na execução de um direito fragmentado e desconectado com a realidade. Para Bobbio (1992, apud Brito-Silva, Bezerra, Tanaka, 2012, p. 250)

o direito à saúde, classificado entre os direitos sociais, faz parte do conjunto de direitos mais difíceis de serem protegidos, se comparado aos direitos civis e políticos. O reconhecimento da

saúde como um direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia.

Dessa forma, o que se tem atualmente – mas que também tem suas raízes no próprio MRSB – é uma polarização de interesses e ideais que estão constantemente em debate no campo da saúde. Por um lado, existe um grupo que defende e prioriza o princípio da equidade, integralidade e universalidade das ações e, por outro, se tem um projeto privatista marcado pela expansão dos planos de saúde e que exclui boa parte da população ao acesso a esse sistema, já que se cria o ideário da insuficiência do SUS que faria ser necessária buscar uma forma de assistência privada onde a “qualidade” seria melhor. Essa construção ideológica não é recente e reforçada pela ofensiva neoliberal vem ganhando potência na atualidade, além do apoio do próprio Estado que possibilita a expansão desse setor em detrimento do financiamento do SUS, o que faz com que este seja cada vez menos visto enquanto um sistema para todos os brasileiros.

Destarte, a luta pela defesa do SUS deve ser constante e apoiada pelos movimentos sociais, pelos profissionais de saúde, pelo movimento estudantil e por todas outras esferas de participação social, tendo em vista a necessidade de permanência de um dos direitos mais amplos já conquistados pelo país. Ainda que a ofensiva privada seja forte, é preciso reconhecer o potencial do sistema de ser efetivamente de qualidade e universal, além de obviamente representar uma conquista para todos os brasileiros e se firmar, efetivamente, enquanto um direito integral.

2.2. O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES

No interior das Políticas Públicas de Saúde e reforçando o caráter de integralidade e articulação do SUS, encontra-se a Política Nacional de Transplantes. A história de construção da política data de anos anteriores a de fato sua legislação, visto que, os transplantes iniciaram-se no Brasil na década de 60, na região Sudeste, e só em 1986 que foi criada a criada a Associação Brasileira de Transplantes de órgãos (ABTO) como o objetivo de incentivar o transplante de órgãos no Brasil, assegurar o direito à saúde e colaborar para aprimorar as legislações já existentes (Lei n.º 4.280/1963 e Lei n.º 5.479/1968).

Posteriormente, foi aprovada a Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001, que regula todos os processos de doação e transplantes de órgãos e tecidos no Brasil e dá outras providências, sendo o primeiro esforço do Estado Brasileiro para a construção de uma Política Nacional de Transplantes. Além disso, define as diretrizes da política como a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência em relação aos doadores vivos. Regula ainda toda a rede assistencial e funcionamento das equipes instituições, sempre em consonância com as Leis 9.090/1990 e 8.142/1990 que regem o funcionamento do SUS.

Com o objetivo de regular e sistematizar os processos de transplantes, através do Decreto Lei nº 2. 268/1997, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), as quais consistem nas Centrais Estaduais de Transplantes que organizam o processo de transplantes no Brasil (GASPARI & CASTELANO, 2016). Para além disso, as Comissões Intra-Hospitalares para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT também se constituem enquanto estratégia para articulação das redes de regulação e apoio aos serviços de cuidados intensivos, emergências e administrativos, visto que, formada por uma equipe multiprofissional, têm como finalidade organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Atualmente a legislação brasileira, através da Lei 9.434, autoriza doação de órgãos post mortem apenas para pacientes com diagnóstico de morte encefálica e sinaliza quais órgãos podem ser doados. Nesse sentido, com a suspeita de morte encefálica, é dever do médico assistente fazer a abertura do protocolo e comunicar a família de tal processo, visto que, além de ser direito de acesso às informações, é também uma maneira de preparar os familiares para um diagnóstico difícil e, por consequência, a perda do ente querido. Com a confirmação da morte encefálica, deve o médico comunicar aos familiares de forma clara e compreensível, dado o fato que é complexo para pessoas que estão fora da vivência em saúde entenderem que, embora o familiar ainda tenha batimentos cardíacos, por não possuir nenhuma atividade cerebral, não possui mais vida.

Essa complexidade requer do profissional médico clareza nas informações e disponibilidade para esclarecimento de quaisquer dúvidas que venham a surgir. Importante ressaltar que as equipes das Centrais de Transplantes recomendam que o médico não mencione a possibilidade de doação de órgãos durante esse momento,

pois é necessário que os familiares tenham um tempo para absorver e entender a morte do paciente sem outras interferências. Entretanto, para além da morte encefálica, existe também a possibilidade de transplante em casos de morte por parada cardiorrespiratória, que permite a doação de tecidos, sendo também um importante procedimento que prevê melhoria da qualidade de vida para os pacientes transplantados.

Com os avanços, em um lapso temporal de aproximadamente três décadas, o transplante de órgãos evoluiu de um procedimento pouco realizado tendo em vista o pouco conhecimento acerca do processo que o tornava relativamente arriscado, para uma intervenção terapêutica eficaz em pacientes terminais que agora encontra-se organizada, com legislação própria, funcionante e com progresso nas técnicas cirúrgicas, cuidados intensivos e tecnologias que agregam ao procedimento. Além disso, acrescenta-se o atual arcabouço teórico que permite a educação continuada aos profissionais de saúde que atuam no âmbito da Política, tornando o processo mais humanizado, eficiente e difundido entre a sociedade.

Atualmente, segundo dados obtidos no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em 2017, o Sistema Nacional de Transplantes coordenou 90% dos procedimentos de captação e distribuição dos órgãos doados, todos efetivados pela rede pública, atribuindo ao sistema o título de maior sistema público de transplantes do mundo. Na Bahia, de acordo com a Estatística de Transplantes de 2020, os hospitais públicos lideraram os números de doação, embora o documento também reconheça a atuação dos hospitais privados na notificação e captação.

Contudo, ainda que reconhecido enquanto o maior programa de transplante público do mundo, o SNT ainda apresenta desafios para sua efetivação. O maior deles tem sido a fila de espera, além de entraves administrativos e dificuldades no gerenciamento operacional. Parte da solução desse problema está na ampla divulgação e atividades educativas que reforcem a importância da doação de órgãos, visto que, ainda existem muitos preconceitos e ideias deturpadas que dificultam a efetividade da doação e, portanto, do transplante. Isso acontece porque a atual legislação brasileira não permite que em vida o cidadão possa optar pela doação, e que esse desejo seja respeitado em morte, cabendo aos familiares mais próximos à decisão.

Esse modelo de doação - do tipo consentido que requer autorização dos familiares - se mostra retrógrado quando comparado a outros países, principalmente

da União Europeia, que são líderes em doação. Alguns desses países, como Espanha, França e Bélgica, é adotado o modelo de doação presumida. Ou seja, todos cidadãos são doadores, a menos que seja expressa objeção por escrito ou em célula de identidade. No Brasil, na década de 90, quando estavam sendo publicadas as primeiras legislações acerca do transplante e doação de órgãos, foi adotado o modelo de doação presumida. Segundo artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (1994, p.185)

[...] para que tenha validade o consentimento presumido, o doador em potencial deve entender seu significado e compreender que se não manifestar claramente que não quer doar, será interpretado como consentimento. O parecer do Conselho da Europa em 1976, foi de que os países transformem gradualmente suas leis em consentimento presumido, já que na América latina este método não é utilizado.

Entretanto, quatro anos depois, o mecanismo não funcionou e foi revogado pela Lei nº 10.211/2001. Para Ventura & Victorino (2017): “a publicação dessa lei provocou críticas referentes ao direito individual de doação de órgãos, que passaria a ser violado [...] não havia consenso absoluto sobre o conceito de morte encefálica”. Dessa forma, a causa aparente para a suspensão desse modelo seria a desconfiança da população com a constatação da morte cerebral - visto que é esse o critério essencial para considerar um doador.

Pelo fato dos hospitais que realizam os transplantes receberem remuneração do Sistema Único de Saúde pelos procedimentos, iniciaram-se os rumores de fraude em uma das etapas do processo e o governo brasileiro resolveu por suspender o modelo de doação presumida, permanecendo até os dias atuais com um modelo retrógrado e que pouco contribuiu para o aumento do número de transplantes. Apenas com a plena confiança da população nas instituições públicas é que se tornaria possível pensar em mudanças no modelo atual brasileiro.

Além disso, há também a discussão que os corpos não pertencem ao Estado e, portanto, não podem ser “tomados” de forma obrigatória, mesmo que em todos os países que adotam esse tipo de modelo seja livre a todo e qualquer situação declarar objeção a doação *post mortem*, inclusive, em cédula de identidade. Atualmente no Brasil está em tramitação um projeto de lei ([PLS 405/2012](#)), de autoria do senador Humberto Costa (PT-PE), que busca instituir a doação presumida no país.

No que diz respeito a operacionalização da doação e transplante, todo o processo de notificação, captação e doação de órgãos requer uma equipe especializada e técnica, dado a fragilidade natural do processo. É essencial, acima de tudo, que seja um processo humanizado e de acolhimento aos familiares que perderam seus entes queridos, valorizando sempre a prerrogativa do direito de escolha que cabe aos familiares, de acordo com a legislação brasileira. Antes de tudo, é necessário respeitar as diferenças culturais, religiosas e o momento de luto. Com esse panorama, é possível perceber a indispensabilidade do treinamento técnico e de profissionais capacitados para atuar nesse processo que, por um lado, requer agilidade dado os protocolos e, por outro, tem como indispensável o respeito ao tempo da família.

Nesse sentido, a atuação da equipe multiprofissional de saúde se faz de caráter essencial, sendo importante que haja coalizão do perfil de trabalho e fortalecimento dos vínculos. Em sua grande maioria, as equipes são compostas por profissionais da Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Medicina que podem - ou não - serem instituídos enquanto CIHDOTT. Portanto, nessa dinâmica de atuação, o papel do Assistente Social se constitui como instrumento importante de efetividade da doação. Seja na atuação direta com familiares, promovendo o fortalecimento de vínculos, acesso à informação ou em contato com a rede assistencial. Nesse sentido, segundo Sena (2020)

Em regime multidisciplinar na Política de Transplantes, cabe ao assistente social: acompanhar a família do potencial doador para esclarecer suas dúvidas, refletir sobre a importância da doação de órgãos e permitir a ela a escolha voluntária em doar ou não os órgãos de seu ente, através do trabalho das CIHDOTs; elaborar e desenvolver projetos de educação e de mobilização social e contribuir com a supervisão e a gestão do Sistema Estadual de Transplantes.

Assim, é perceptível que a participação do Assistente Social em todas as etapas do processo de doação e transplante é condição essencial para que seja assegurada a universalidade de acesso aos serviços e políticas de saúde, viabilizando o acesso a rede de proteção social e garantindo equidade e justiça social. No capítulo seguinte será explorado o exercício profissional no espaço socioeconômico da saúde e, conseqüentemente, será aprofundada a discussão acerca do trabalho do Assistente Social na Política Nacional de Transplantes.

3. O TRABALHO PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Junto ao espaço socio-ocupacional da Assistência, o campo da saúde lidera enquanto espaço de maior atuação do Assistente Social, tanto em instituições privadas, como públicas. E, cada vez mais, o trabalho profissional avança e ocupa as amplas possibilidades de atuação oferecidas pelo campo da saúde. Seja em cargos de gestão, assistência direta ou mesmo de ensino - no caso das residências multiprofissionais.

A história do Serviço Social inserido nos campos e políticas de saúde, data do próprio cerne de nascimento da profissão. Entretanto, o trabalho desenvolvido nesse período tinha cunho assistencialista e se difere das diretrizes atuais. Assim, para chegar no patamar atual de atuação, foi necessária uma construção coletiva das profissionais, apoio das esferas de governo e o próprio apelo da população. O início dessa história é marcado por dois momentos importantes. Primeiramente, entre os anos de 1930 e 1979 e, posteriormente, entre as décadas de 80 a 90.

Como já dito, o estudo do trabalho em saúde nasce concomitante ao próprio surgimento e ascensão do Serviço Social no Brasil, que ocorreu na conjuntura de 30 a 45. Nesse período, com a consolidação hegemônica do capital monopolista, a profissão emerge e se legitima enquanto fruto de uma necessidade social e do Estado, já que as ações de caridade e filantropia se mostravam insuficientes para atender as demandas latentes que surgiam com a expansão do capitalismo. Dessa forma, segundo Bravo (2013), a profissão nesse momento atua na reprodução da totalidade social, como fruto do capital para lidar com as questões de ordem social que emanam do sistema, seja para cobrir, atenuar ou controlar os efeitos da contradição capital-trabalho. Assim, superando a doutrina social católica europeia, o neotomismo e as ideias de Mary Richmond, o Serviço Social passa a atuar através da perspectiva norte-americana, tendo por fundamento o tecnicismo, apoiado na psicanálise e no positivismo clássico americano.

Assim, nesses primeiros anos de existência da profissão, a área da saúde não foi amplamente discutida na categoria, direcionando a formação profissional a outros campos de atuação. Entretanto, nos anos seguintes, o próprio setor da saúde demandou profissionais capacitados para a atuação, fazendo surgir Escolas mais direcionadas e com disciplinas que tocavam na temática da saúde. Com o aprofundamento do capitalismo e das expressões da questão social no Brasil em

1945, devido ao fim da Segunda Grande Guerra que alterou todo panorama político e econômico internacional, a tendência foi de continuidade de aprimoramento da formação profissional, agora com a ampliação dos campos de saúde e, conseqüentemente, da maior requisição de profissionais para atuarem na área.

Além disso, ao definir – em 1948 – a saúde através de uma perspectiva mais ampla, entendendo-a enquanto um estágio de bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças ou enfermidades, a Organização Mundial da Saúde (OMS), possibilitou que ainda mais portas fossem abertas para atuação no campo da saúde, tanto em espaços públicos, como privados. Essa mudança de horizonte, que passa a entender a saúde também fruto de variáveis biopsicossociais, faz com que cada vez mais profissionais sejam chamados a atuar nesse espaço. Ainda nesse sentido, segundo Bravo e Castro (2006)

Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

Dessa forma, o trabalho profissional na saúde nesse período foi desenvolvido majoritariamente enquanto atividade educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde, como profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias, além de atuação nas campanhas sanitárias, que eram programas prioritários para a política de saúde da época. Embora ainda fosse predominando o modelo hospitalocêntrico, centralizado na figura do médico e curativo, outros profissionais passam a ocupar – timidamente – esses espaços, dentre eles, o Serviço Social.

Essa tendência permanece até a consolidação da Política Nacional de Saúde, em 1945, que ampliou os gastos com assistência médica, através da Previdência Social. Nesse período, o cuidado em saúde foi direcionado ao público-alvo contribuinte. Ou seja, somente aqueles que estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho, poderiam acessar serviços médicos. Portanto, a assistência prestada nesse período, por não ser universal, “gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (BRAVO E CASTRO, 2006, p. 3).

Enquanto uma parcela da população tinha acesso a atendimento médico, sem necessariamente ser emergencial, uma outra parte da sociedade brasileira ficava ainda à mercê de serviços de caridade e associações filantrópicas, visto que, as ações governamentais atuavam somente na esfera das campanhas sanitárias para essa população.

Portanto, com o advento desse novo espaço de atuação, o assistente social passa a atuar nos hospitais como mediador entre a instituição e população, de forma a garantir o acesso a serviços e benefícios. O que não se diferenciava do trabalho que já vinha sendo desenvolvido nos Estados Unidos desde o início do século XX, que tinha como objetivo final fortalecer a personalidade do doente e ajudar os médicos nas suas atividades (Pinheiro, 2015, p. 6). Dessa forma, a presença do Assistente Social nas instituições de saúde, para além de uma necessidade social, serviu para que os hospitais pudessem ser vistos como humanitários, reforçando o caráter moralista da profissão ainda na época e que, de fato, não aconteceu a superação completa das noções de assistencialismo e benesse ligadas a profissão. Nesse período, as competências técnicas eram sobrepostas e deixadas de lado, sendo as qualidades pessoais e morais mais valorizadas do que o próprio saber da profissão. Esse paradigma se perpetua até os dias atuais no interior do Serviço Social, e requer uma análise aprofundada - que será feita ao longo deste capítulo - das causas para tal fenômeno e das formas de enfrentá-lo.

Esse padrão de atuação perpetuou até 1975, com a inserção do assistente social nos centros de saúde. Antes disso, o trabalho profissional concentrava-se no ambiente hospitalar de caráter curativo, restrito a ações de orientações previdenciárias, triagem, encaminhamentos e concessões de benefícios. Segundo Bravo e Castro (2006), as mudanças ocorridas no setor da saúde norte americano, com a emergência do conceito de medicina preventiva - que surgem a partir da década de 50 e se desenvolvem na década de 60 - pouco influenciaram no trabalho dos/as assistentes sociais no Brasil.

De acordo com esses autores, “os profissionais mantiveram como locus central de sua ação os hospitais e ambulatórios” (2006, p. 4). Assim, embora os centros de saúde já existissem desde a década de 20, os/as assistentes sociais priorizam sua linha de atuação no modelo hospitalocêntrico, primeiro por seguir as orientações da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes

Médico-Sociais⁷ que prezava pela medicina curativa, com foco no indivíduo, marcado pelo Serviço Social de caso. Além disso, a ampliação dos espaços de trabalho nos hospitais, com absorção de um grande contingente de assistentes sociais, fez com que o foco da profissão fosse essa linha de atuação, deixando para os visitantes do centro de saúde as tarefas que poderiam ser realizadas pelo assistente social.

As décadas seguintes, de 60 a 90, serão fundamentais para a atuação profissional, principalmente no âmbito da saúde. Nesse período, a profissão irá passar por profundas transformações que irão alterar seu sentido político, ético e técnico. Compreender o percurso histórico que leva a essas mudanças é essencial para o entendimento do papel atual do assistente social no espaço socio-ocupacional da saúde. O primeiro marco para essa mudança acontece em 1964, com a ditadura civil-militar, que exigiu alteração nos padrões de vida social, levando a categoria a interromper a expansão sociopolítica iniciada na década de 60 advindas das discussões na América Latina acerca da temática “desenvolvimento”.

Assim, com o novo contexto societário e a suspensão da ordem democrática, o trabalho profissional foi direcionado a outras demandas, já a chamada modernização conservadora passou a exigir a renovação da profissão. Nesse sentido, a categoria inicia um movimento de buscar romper com o conservadorismo e laicizar a atuação, mas mantendo suas bases tradicionais. As novas demandas, submetidas à racionalidade burocrática, exigem dos profissionais competências antes não adquiridas, fruto da alteração das novas formas de controle e pressão contra a classe trabalhadora.

O governo militar atuava sob duas correntes: ideológica e repressiva. Na primeira, como tentativa de legitimação, buscavam reproduzir a ideia de que tudo que o governo fazia em prol da população e do país, com o discurso de restauração econômica e defesa do capitalismo, em recusa aos ideais comunistas que vinham ganhando força na América Lática. A repressão se dava a todos aqueles que discordassem da forma de atuação e das ideias dos militares, o que - quando não exilados - morte e tortura de muitos brasileiros. Nesse panorama, o Serviço Social - até talvez como estratégia de sobrevivência - nos primeiros anos de ditadura mantém

⁷ A primeira sendo um grupo comercial norte-americano do setor de saúde criado em 1898, em Cleveland, Ohio. A segunda que publicou, em 1949, algumas diretrizes para o trabalho do assistente social na saúde (Bravo e Matos, 2006).

as formas tradicionais de atuação, com práticas paliativas, assistencialista e de caridade, que acabavam sendo reforçados pela autocracia burguesa⁸.

Portanto, nesse período, a categoria direcionou seus esforços para encaixar a atuação profissional nos moldes teóricos e metodológicos, e difundir a perspectiva modernizadora, sem adentrar nas questões de ordem sociopolítica. Segundo Netto (2005, p. 123)

Sinteticamente, o fato central é que, no curso deste processo, mudou o perfil do profissional demandado pelo mercado de trabalho que as condições novas postas pelo quadro macroscópico da autocracia burguesa faziam emergir: exigia-se um assistente social ele mesmo “moderno” – com um desempenho onde traços “tradicionais” são deslocados e substituídos por procedimentos “racionais”.

Dessa forma, as alterações ocorridas no cenário do Serviço Social se dão por duas vias, da prática e da formação profissional. Na prática, com a ampliação do mercado de trabalho - fruto da expansão capitalista - que proporcionou o aumento de indústrias e, por consequência, o desdobramento do êxodo rural. Com o alargamento do contingente populacional urbano, fica evidenciado a pauperização fruto desse movimento, que trouxe miséria, violência e muitas outras expressões da questão social para a sociedade brasileira, fazendo o trabalho do assistente social ser ainda mais requisitado pelo Estado. O mercado chama o profissional para atuar em instituições estatais, ou mesmo privadas, exigindo uma postura racional compatível com os preceitos da autocracia burguesa.

Com essas mudanças na prática, a formação profissional também acaba passando por transformações. Os cursos de Serviço Social passam a ser oferecidos em universidades, quebrando as barreiras do ensino apenas nas escolas isoladas que ainda se limitavam à formação profissional através de valores morais e conservadores. Essa mudança representou um avanço para o Serviço Social e, de fato, uma modernização, já que o ensino em universidades proporcionou uma ampliação do saber, passando o curso a interagir com outras disciplinas das ciências sociais, da psicologia, antropologia e sociologia, fazendo a categoria questionar seus fundamentos teóricos e metodológicos.

⁸ O termo é utilizado por Netto (2005) com referência ao processo da Ditadura Militar.

No âmbito da saúde, as transformações ocasionadas pelo movimento de reconceituação, ainda na sua perspectiva modernizadora⁹, foram consolidadas as ações na prática curativa, com foco na assistência médica previdenciária, sendo “ênfaticamente as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios” (BRAVO E CASTRO, 2006, p.6). Como ressaltado por esses autores, nos anos seguintes, entre 1974 e 1979, não houve alterações significativas no fazer profissional na saúde, apesar das mudanças ocorridas no perfil societário e da própria categoria. O trabalho permaneceu orientado na perspectiva modernizadora, com algumas produções teóricas que pouco alteraram a linha de atuação. O marco para o Serviço Social nesse período está na legitimação jurídica da profissão no âmbito da saúde com a Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383/1999, que reconhece o assistente social como profissional da saúde.

Dado esse contexto, na década de 80 inaugura-se um novo momento para o país, que irá impactar em todos os aspectos da vida social, no âmbito da saúde, economia, política e, por consequência, no Serviço Social. É o período em que o Brasil vivencia sua redemocratização, a partir de um esforço coletivo para superar os danos causados pela ditadura civil-militar, e reestruturar as bases democráticas. No âmbito da saúde, é alargado o debate acerca da saúde coletiva e, cada vez mais, se questiona o modelo excludente ainda operante no país. É ampliado, portanto, o debate teórico e político acerca dessas temáticas, incorporando discussões que já vinham ocorrendo na América Latina.

Nesse panorama, o Serviço Social também inicia um movimento significativo que leva a buscar correntes teóricas para fundamentar o trabalho profissional, incorporando à categoria as discussões acerca do Estado e Política Social respaldadas pelo marxismo. Ancorada sobre essa fundamentação teórico-metodológica e associada aos novos debates no campo da saúde fruto do Movimento de Reforma Sanitária, os anos seguintes serão valiosos para concepção da profissão

⁹ Segundo Netto (2005), a perspectiva modernizadora foi esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64. Sendo uma das três perspectivas apontadas pelo autor que ocorreram no interior do movimento de reconceituação.

– tanto em níveis gerais, como em espaços socio-ocupacionais específicos – tendo destaque a saúde. A década de 80 foi também o período em que foram aprofundadas as discussões sobre a ética profissional, buscando romper com a neutralidade e com o tradicionalismo filosófico fruto na ética Neotomista. Nesse sentido, em 1986 foi aprovado o Código de Ética Profissional que materializa o compromisso da categoria com a classe trabalhadora.

Esses aspectos são essenciais para compreender a sequência de eventos que vem a ocorrer durante esse período, e que irão culminar na Constituição de 1988 e legitimação do Sistema Único de Saúde, este último que a literatura das políticas sociais reconhece enquanto área que mais teve avanços constitucionais. Ao definir a tríade da Seguridade Social – saúde, assistência social e previdência social – a Constituição de 88 acaba se consolidando como a mais progressista, no sentido de ganhos para os direitos sociais, fruto direto de um movimento político da sociedade brasileira que disputou diretamente com o projeto privatista para a saúde brasileira. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em documento publicado em 2010, que trata dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram.

Dessa forma, dada a importância dos valores consolidados na Constituição de 88, se faz necessário compreender o Serviço Social nessa conjuntura, em especial na saúde. Afinal, todo esse contexto de mudança social, política e econômica, implica em alterações no interior da categoria que recebe influências da Crise do Estado Brasileiro para repensar seu papel social, passando por uma renovação interna “de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão”. (BRAVO E CASTRO, 2006, p. 7).

Nesse sentido, as discussões acerca da práxis do Serviço Social se expandem, e a categoria passa a pensar nos novos princípios que irão embasar a atuação profissional. Entretanto, esse processo de renovação da categoria se dá de forma

isolada, sem nexos com os outros movimentos que estavam ocorrendo no país nesse período, principalmente com a Reforma Sanitária. Isso não significa que a atuação profissional esteja distante dos princípios defendidos pelos sanitaristas, mas que no momento de construção e necessidade de luta pela criação de um sistema de saúde pública, os/as assistentes sociais se mantiveram afastados. Além disso, os debates da categoria, diferente no Movimento Sanitarista, não ocuparam posições importantes dentro do maquinário do estado - mesmo pelos setores progressistas da profissão - enfraquecendo o movimento, que passou a ser concentrado nas universidades e não chegou efetivamente ao cotidiano profissional, o que permanece sendo até os dias atuais um desafio para a profissão.

Mostrou também ser insuficiente as produções teóricas sobre as demandas postas pelas práticas em saúde, que seria essencial para o contexto de dualidade de projetos que se consolidava naquele período. Esse fato demonstra a influência neoliberal na profissão e no Brasil, que já vinha sendo consolidada no país desde o governo de Fernando Collor de Mello e ganhou força desde então, principalmente no governo de Michel Temer em 2016. Na saúde, essa influência se dá de forma ainda mais evidente, já que se firmam no Brasil dois projetos para saúde, o público e o privatista. Este último, fruto da mercantilização das relações sociais, está pautado na Política de Ajuste e tem como objetivo o estímulo ao seguro privado, desmonte da saúde pública, ampliação da privatização e descentralização dos serviços.

Nesse contexto, caberia ao Estado prover ao mínimo a população em situação de vulnerabilidade, deixando o acesso a outros serviços de saúde aos cidadãos consumidores. Essa tendência passa a requisitar do assistente social competências díspares de atuação, influenciando também no cotidiano do trabalho. Segundo o CFESS (2010, p. 23)

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Assim, são duas as requisições para a categoria. A primeira, no projeto privatista, requer um profissional competente que atue através de ações fiscalizatórias do plano de saúde, desenvolvendo um trabalho com resquícios de assistencialismo,

com predomínio das práticas individuais e da atuação psicossocial. Seria, se não, um trabalho ainda sob os moldes conservadores da profissão, apenas de forma reatualizado com as políticas sociais atuais do Estado, que não alteram de forma significativa a estrutura das relações, mas buscam ser amenizadores de conflitos. Nesse espaço de trabalho, é gritante a disputa entre o Projeto Institucional de mercado e o Projeto Ético-político da profissão. Já no projeto da reforma sanitária, que seria a atuação no SUS, requer um atendimento humanizado e universal, com a democratização de acesso aos serviços de saúde, seguidos da participação popular na formulação de programas e projetos no interior das ações, interdisciplinaridade e ênfase nas abordagens grupais. Nesse sentido, de acordo com o CFESS (2010, p. 26)

Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980

Em face dessa contradição, “está posto, particularmente ao assistente social, o desafio de atuar na contramão das tendências que redundam em devastadoras violações de direitos dos trabalhadores” (DOS SANTOS E STAMPA, 2019, p. 96). Por ser um trabalhador inscrito na divisão social do trabalho e ainda, por ter necessidade de sobrevivência e participação social, o assistente social precisa ocupar os postos de trabalho, mesmo sendo estes de cunho ainda conservador e que exigem atuação dessa mesma forma ao profissional.

Cabe a categoria contribuir, através de produções teóricas, com estratégias de enfrentamento e manejo dessas situações, compreendendo as condições objetivas e subjetivas de trabalho em que estão submetidos os profissionais, que não se diferencia da precarização do trabalho, da assistência à saúde e do desmonte previdenciário que atinge a classe trabalhadora. A diferença está no fato de que, para além de ser atingido, o assistente social também trabalha no interior dessas políticas, duplicando os desafios a serem solucionados e tornando ainda mais complexa e contraditória a atuação profissional.

Dessa forma, o desafio para a profissão na atuação ainda é grande, principalmente porque o SUS real está distante de atingir os princípios e diretrizes do

SUS constitucional, ainda mais em tempos tão conturbados, de grande ofensiva neoliberal, de desmonte das políticas públicas, reformas previdenciárias, congelamentos de gasto e de um desgoverno que tem como última prioridade – ou talvez de fato nem tenha a preocupação – com o bem-estar público. A pandemia do COVID-19 deixou ainda mais evidente esse descaso, ao passo que mostrou a essencialidade de defesa do SUS.

Ao assistente social cabe alinhar suas práticas profissionais aos princípios do SUS, atuando em defesa da equidade e justiça social. Para tal, e preocupado com a conjuntura de disputas em que se encontra o Serviço Social frente ao SUS, o CFESS lançou em 2010 um documento intitulado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, antes já citado neste trabalho. Segundo Bravo e Castro (2006, p. 13)

O CFESS na arena da saúde, tal qual nas outras áreas das políticas sociais públicas, possui reconhecimento enquanto entidade que tem como estratégia o fortalecimento da política pública, na perspectiva da democratização do Estado e da sociedade brasileira.

Por isso, a produção desse documento foi essencial para fundamentar a prática na atualidade, visto que, mesmo que produzido em 2010, os desafios postos nesse documento estão ainda mais acirrados atualmente, trazendo a categoria a necessidade de se colocar frente às lutas a favor do SUS e dos direitos sociais, além de reproduzir no cotidiano do trabalho os princípios éticos-políticos e teóricos-metodológicos. Este último sendo um desafio ainda maior na atenção à saúde que, por vezes marcada pela

tendência a pautar o trabalho e a formação em disciplinas, em trabalhar com ênfase no cotidiano, em que se processa a vida nas demandas imediatas. Neste contexto, adquirem expressividade temas como a humanização, o cuidado / cuidador / autocuidado, a representação, a escuta qualificada, o vínculo, o acolhimento, a organização do Procedimento Operacional Padrão (POP) e dados epidemiológicos, apresentados sem muita interlocução com a política de saúde e com as determinações sociais da saúde. (SILVA E KRÜGER, 2018, p. 271)

Não que estas não sejam temáticas importantes a serem debatidas no SUS, mas quanto a categoria do Serviço Social, fica a preocupação de focalizar as discussões em temáticas difusas, principalmente no contexto de flexibilização das relações de trabalho e acirramento das expressões da questão social. Nesse sentido,

é essencial que a categoria faça essa aproximação entre teoria e prática, buscando os referenciais teóricos-metodológicos e políticos. Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), tem se mostrado um efetivo instrumento para tal, pois, além de trazer uma contextualização histórica do trabalho do assistente social na saúde, suscita elementos para subsidiar a atuação pautada nas competências gerais da profissão e tendo por base o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da profissão. O documento traz também a característica do trabalho do assistente social na saúde na atualidade, destacando o atendimento direto aos usuários, as ações de mobilização, participação e controle social, o caráter investigação, planejamento e gestão e o eixo de assessoria, qualificação e formação profissional.

Por fim, diante do exposto, fica nítido que o trabalho em saúde é fruto de conquistas históricas e acaba sendo permeado por diversas determinações históricas, sociais e políticas que o torna complexo e repleto de contradições. Mas é nesse espaço também que o assistente social tem a possibilidade de concretizar seus princípios, de lutar por equidade, de ser instrumento de acesso universal, de mediar as relações sociais e demandas aparentes e, principalmente, de integrar o movimento em prol de um projeto de saúde inteiramente público, ainda que a ofensiva neoliberal esteja tão aparente com o aumento dos planos de saúde e da gestão de hospitais públicos por “empresas públicas de direito privado”, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Portanto, é importante que o profissional se aproprie dos debates acerca da privatização, para defender tanto o espaço em que trabalha, como também o sistema que lhe atende enquanto cidadão, articulando essa luta também aos outros sujeitos que defendem os mesmos princípios. Não há uma fórmula específica para a reestruturação democrática, ou mesmo para a superação do neoliberalismo, mas existem estratégias de luta e enfrentamentos que podem – e devem – ser assumidas por toda a população e, principalmente pelo Serviço Social, visto que, a demanda em pauta trata não somente de acesso a serviços e programas, mas também de reafirmação de direitos, sejam eles sociais, econômicos ou mesmo, o direito à vida. É tempo de retomar as forças políticas e direcionar o país a um novo momento histórico de superação da obscuridade no campo da vida social.

3.1. O TRABALHO PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE TRANSPLANTES

Como visto, a extensão do Sistema Único de Saúde e das políticas a ele inerentes é de valor imensurável para a população brasileira, fruto de lutas e movimentos sociais históricos e necessários para consolidar o sistema como é hoje, ainda que haja lacunas a serem preenchidas. Nesse sentido, em termos de potencialidades do sistema, bem como abrangências, encontra-se a Política Nacional de Transplantes, também discutida neste trabalho. Esta política, tão essencial para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes antes considerados terminais, é essencial para a sociedade brasileira e se constitui como um instrumento de acesso a melhor qualidade de vida e saúde, consolidando enfim o objetivo da saúde pública tão discutido no Movimento da Reforma Sanitária.

Nesse campo de consolidação de direitos, encontra-se o assistente social que, com a ampliação do conceito de saúde pela OMS em 1946, passa a integrar equipes multiprofissionais e interprofissionais. Essa ocupação de espaço será elemento fundamental para a inserção do profissional no âmbito da Política de Transplantes, visto que, o processo de doação requer uma atuação conjunta de uma equipe de saúde que possua as competências, habilidades e atribuições para efetivar a doação e o transplante. Tal espaço se apresenta rico e desafiador para o assistente social, e de extrema relevância para discussão na categoria, visto que as variáveis desses processos estão relacionadas ao acesso universal aos serviços de saúde e, portanto, de direitos.

Nesse sentido, a Política de Transplantes integra como uma nova dimensão do trabalho profissional, ainda pouco discutido na categoria, embora seja cada vez mais ampliado o número de profissionais envolvidos na doação e no transplante, que aumento progressiva e concomitantemente com a quantidade de Hospitais - públicos ou privados - credenciados para doação e/ou transplante. Nesse âmbito a intervenção do assistente social se dará sobre duas vertentes: nos Hospitais onde se encontra o potencial doador através Coordenações Intra-Hospitalares de Doações de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs) e nas Centrais de Transplantes Estaduais. Ambas são fruto direto do modelo misto adotado pelo Brasil, que coloca a família como centralidade para a decisão da doação.

Dessa forma, neste processo, pode-se entender a família como usuária direta do Serviço Social, que desde o momento da notificação do potencial doador - ou por

vezes, antes - estabelece uma relação de vínculo com estes, com aporte teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo próprio do Serviço Social, colocando a possibilidade de doação como uma opção, direito e, em alguns discursos, como privilégio, sempre respeitando os familiares que estão vivendo o luto. De acordo com Marques e Do Nascimento (2017, p. 147),

O Assistente Social faz parte da equipe técnica ou multidisciplinar que atua nas Centrais de Transplantes Estaduais e precisa ter conhecimento sobre a morte e os reflexos sobre a dinâmica familiar e levar sempre em consideração os postulados do Serviço Social. Cabe num primeiro momento, sensibilizar e posteriormente, acompanhar a família do potencial doador para esclarecer suas dúvidas, refletir sobre a importância da doação e permitir a ela a escolha voluntária em doar ou não os órgãos de seu ente.

Portanto, nesse processo, além de atuar com o acolhimento, orientação e atenção primária de forma direta, o assistente social também exerce ações de cunho educativo que tratam sobre doação de órgãos, influenciando assim nos índices do país, que hoje tem uma longa fila de espera. Tendo em vista a essencialidade do assistente social nessa Política, se faz necessário estabelecer as etapas do processo e o caráter do trabalho profissional, bem como a instrumentalidade do Serviço Social durante as etapas de doação.

A intervenção se inicia quando a Central de Transplantes recebe a notificação da morte encefálica. Um profissional da Central entra em contato com o hospital em que se encontra o doador e busca informações acerca do quadro clínico com a equipe multiprofissional, não precisando ser necessariamente uma CIHDOTT. Nesse primeiro momento é possível que o contato seja feito de assistente social para assistente social, embora seja necessário ressaltar que informações do quadro clínico e acerca dos protocolos de morte encefálica não é competência, tampouco atribuição, do assistente social, cabendo o profissional - se necessário - direcionar esse contato a um membro da equipe que possua essa competência.

Assim, o assistente social do Hospital pode informar a localização do doador, dados de identificação pessoal, social e familiar, que irão contribuir para facilitar a abordagem familiar para a equipe da Central de Transplantes, no sentido de viabilizar a aproximação junto à família. Já nesse primeiro momento surgem diversas questões a serem analisadas. A primeira diz respeito ao trabalho do assistente social no Hospital onde se encontra o doador, visto que, o relacionamento do profissional com

os familiares durante a internação pode ser uma variável muito influente na aceitação ou não da doação. Se este profissional exerceu sua atividade de forma coerente, alinhada ao Projeto Profissional do Serviço Social, acolheu os familiares sem distinção, foi sempre claro e objetivo durante os atendimentos com os usuários, realizou um trabalho de fortalecimento de vínculos e foi empático com a família que vivenciou o processo de adoecimento de um ente querido, é muito mais provável que a família esteja aberta a ouvir sobre a doação e considerar essa possibilidade. Vale ressaltar que essa empatia mencionada, embora muito criticada por uma parte da categoria profissional, é ainda um instrumento efetivo de fortalecimento de vínculos com os usuários, o diferencial é saber instituir limites a essa atividade empática para que não se transmute a uma ação de cunho conservador.

Outra questão a ser observada e que surge como uma demanda constante aos profissionais que atuam na saúde, é a comunicação do óbito. Por vezes, devido a condições insuficientes de trabalho, ou lacunas na formação profissional, ou mesmo ambientes de hierarquização rígida, além da óbvia precarização do trabalho na atualidade, as instituições de saúde ou gestores dessas instituições, tentam impor ao assistente social o dever de comunicar o óbito. Entretanto, conforme orientação normativa do CFESS, n. 3/2020, reforça que a comunicação de óbito não constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social, devendo ser realizada por profissionais

que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente.

Assim, ao assistente social cabe se ater às suas atribuições e competências profissionais, podendo este compor a equipe multiprofissional que irá realizar o acolhimento à família enlutada, se atentando aos limites da própria formação profissional que não fornece competências técnicas para que seja informado pelo assistente social quadro clínico ou boletim médico.

Destacada essas peculiaridades, é possível prosseguir aos próximos passos da doação. Assim, efetivado o diagnóstico de morte encefálica ou por parada cardiorrespiratória - que também não deve ser comunicado pela Central de

Transplantes - é realizada a abordagem aos familiares. Esse momento é decisivo para a doação e requer muita habilidade técnica dos profissionais envolvidos. Dessa forma, segundo Marques e Do Nascimento (2017, p. 147-148),

Na abordagem do assistente social junto aos familiares, é necessário se explicar que esse é um trabalho necessário pois existem pessoas e famílias aguardando por este ato de solidariedade de doações de órgãos para que possam reconstruir suas vidas. Vale ressaltar, que o assistente social que acompanha o médico na informação do óbito (morte encefálica) a fim de orientar a família, não poderá participar da sensibilização da mesma.

Assim, o consentimento familiar para doação de órgãos está fortemente condicionado pelo atendimento prestado ao longo da internação e no momento da entrevista familiar. São três os fundamentos que influenciam na doação: comunicação entre equipe e família, conhecimento técnico dos profissionais envolvidos para atender as demandas levantadas e método, ou seja, treinamento continuado das equipes multiprofissionais. Importante ressaltar que esse momento de abordagem familiar requer um planejamento do ambiente, dos participantes, do método e do momento correto para tal.

No ambiente, é preferível que seja um local reservado, com organização das cadeiras em círculo e sem objetos ou mesas que interfiram no contato do familiar com a equipe da central de transplantes e do hospital. Quanto aos participantes, é dada a preferência aos familiares diretos que têm o direito de autorizar a doação, visto que, a influência de opiniões externas de outros familiares pode impedir que a doação seja efetivada. Em relação ao método e ao momento, estes são escolhidos tendo por base a história do paciente, tanto de contexto familiar, da condição social, como também da história clínica e a causa da morte. O assistente social pode participar de todo esse processo, através de ações de acolhimento e orientação jurídica, em defesa do princípio da autonomia da família, destacando ser a doação um direito e opção, além de buscar refletir com a família suas crenças, cultura, modo de expressão de fé e conceitos, permitindo que os familiares encontrem conforto e possibilitando a superação das crenças limitantes, através do esclarecimento de dúvidas. Posteriormente, em caso de aceitação da doação, a Central de Transplante procede como outras etapas mais técnicas do processo.

Nessa perspectiva, tendo em vista o envolvimento do assistente social durante todo o processo de doação, inclusive o de internação do paciente, cabe ressaltar

algumas questões que são variáveis importantes no exercício do trabalho profissional. A primeira delas diz respeito ao enfrentamento da morte. É fato que ainda na formação acadêmica, não só do curso de Serviço Social, como também outros cursos de saúde, pouco se fala sobre esse tema. A consequência desse desconhecimento pode ser prejudicial à qualidade da assistência prestada, visto que, prezando pelo princípio da integralidade, o profissional de saúde deveria prestar cuidado inclusive até no momento do óbito. Entretanto, existem diversos fatores que influenciam no enfrentamento da morte.

Primeiramente, por fatores emocionais e pessoais que podem influenciar na forma da assistência prestada, tendo por consequência a não centralidade do cuidado da família devido a desestabilização que, embora seja da natureza humana, pode ser prejudicial à assistência. Isso não significa que o profissional não deve ser empático ou se sensibilizar com a perda, afinal, são seres humanos que trabalham cotidianamente em um ambiente complexo e que são afetados por ele, mas no momento do óbito, é preciso que seja direcionado o cuidado à família enlutada através de habilidades específicas, possibilitando uma assistência integral e acolhedora, sem que seja o profissional frio ou indiferente.

Este último adjetivo leva a pensar outra questão ainda muito presente nos ambientes hospitalares, que é a naturalização do processo da morte. Às vezes, por tanto vivenciarem, ou mesmo por restringiram a assistência apenas para manutenção da vida, alguns profissionais de saúde tendem a naturalizar o processo de morte, causando frieza e estranhamento à família recém enlutada. Segundo Bandeira e Behrens (2009, p.1270), “esse comportamento se traduz em uma tentativa de se resguardar e não vivenciar sentimentos que possam desestabilizá-lo”, criando uma barreira entre o profissional e a família, o que dificulta mais a assistência, principalmente ao tratar da temática da doação. Nesse sentido, o assistente social deve se utilizar de suas competências e habilidades técnicas e teóricas para acolher esses familiares, se adequando à situação para que o contato não seja prejudicado. E, ainda,

Posteriormente, poderá proporcionar aos familiares uma auto-avaliação, para que os mesmos possam rever todo o processo até o momento do óbito. Deverá também proporcionar oportunidade para que a família reveja seus conceitos acerca da morte e doação de órgãos, esclarecendo suas dúvidas, e informando sobre a realidade

das pessoas que aguardam por esse ato de solidariedade. (BANDEIRA E BEHRENS, 2009, p. 1270)

Nesse sentido, é imprescindível ações de educação continuada para os profissionais atuantes no âmbito da saúde e do transplante de órgãos, através de seminários, palestras e cursos, cabendo a gestão hospitalar - seja ela pública ou privada - se atentar as práticas dos profissionais da unidade, além de, obviamente, ser inserido no âmbito acadêmico discussões acerca da temática para que os discentes possam se empoderar de técnicas que facilitem a prática profissional.

Diante disso, outra questão essencial a ser levantada é o adoecimento dos profissionais de saúde relacionados à precarização do trabalho, fruto do avanço neoliberal nos diversos setores da vida social, principalmente no sentido do trabalho do assistente social. No cotidiano do trabalho em saúde, os profissionais são chamados a abdicarem de si e sua vida pessoal, dedicando-se inteira e completamente aos pacientes. Com a influência neoliberal, essa rotina torna-se ainda mais exaustiva, através do aumento do número de plantões e carga horária de trabalho exigida pelas instituições, pela requisição de profissionais multifuncionais através da diminuição e terceirização dos cargos que acarreta, conseqüentemente, um aumento de demandas e na completa exaustão das/os profissionais.

Esse processo é prejudicial tanto para a vida pessoal do profissional de saúde, quanto para os usuários do serviço, que irão lidar com profissionais por vezes com uma alta carga de estresse, desatentos e sem condições materiais e imateriais para assistência de qualidade. Nesse sentido, para o assistente social

[...] os retrocessos desencadeados pelo capitalismo contemporâneo podem ser evidenciados no cotidiano do trabalho do assistente social que observa o impacto dessas mudanças em suas próprias relações de trabalho. A isto se vincula, ainda, a questão de que o sucateamento das políticas sociais, associado ao progressivo desemprego, às pressões por flexibilização e restrição de direitos no campo do trabalho, aprofundam a desigualdade social por um lado e, por outro, tornam também precários os serviços sociais. (DOS SANTOS E STAMPA, 2019, p. 89)

No campo da saúde, essa precarização se materializa através da diminuição dos recursos materiais e imateriais para o trabalho, na exigência de atuação em demandas que não competem ao serviço, na retomada de conceitos moralizadores e de atendimento focalizado, sem que haja uma verdadeira reflexão acerca da demanda

trazida pelos usuários, fruto da requisição das instituições – majoritariamente privadas – do aumento quantitativo do número de pacientes atendidos, inclusive através de metas diárias de atendimento, fragilizando o contato do profissional e violando o Projeto Profissional do Serviço Social. O trabalho, portanto, se torna mecanizado, sem maiores intervenções que ultrapassem a aparência do cotidiano. Nesse sentido, “Em face dessas análises, está posto, particularmente ao assistente social, o desafio de atuar na contramão das tendências que redundam em devastadoras violações de direitos dos trabalhadores” (DOS SANTOS E STAMPA, 2019, p. 96).

Por fim, diante do todo o exposto, conclui-se que o assistente social tem na Política de Transplante um espaço privilegiado de atuação que permite o exercício de uma práxis atuante e inovadora, construindo uma intervenção profissional não só voltada para a sensibilização, mas associada à luta em defesa do direito à saúde, que ultrapassa os limites de acesso aos serviços, mas está condicionada também a universalidade e integralidade da assistência em todos os seus aspectos, permitindo o direito à vida e sobrevivência aos pacientes transplantados, e direito a escolha e autonomia dos familiares que recém perderam um ente querido. Além disso,

Vale ressaltar ainda, que é de suma importância a presença do Assistente Social na equipe multidisciplinar tanto nas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDOs) como nas instituições que prestam o atendimento ao usuário envolvido neste processo, visto seu desempenho teórico científico para atender a esta nova demanda a ele apresentada, uma vez que a atuação do assistente social na doação e transplante de órgãos é um novo campo de atuação. (PEREIRA, et.al, 2015, p.177)

Dessa forma, o objetivo do trabalho do assistente social na Política de Transplantes está direcionado no atendimento e abordagem aos usuários, além das ações de cunho educativo e campanhas de incentivo a doação que já provaram ser eficientes no aumento de transplantes e diminuição da lista de espera, possibilitando a melhoria na qualidade de vida de um paciente transplantado. Nesse sentido, dada a importância do trabalho nesse âmbito, é fundamental que a categoria se articule para produção científica que colabore para o cotidiano profissional, visto que, ainda são superficiais as discussões sobre essa temática e pouco material teórico é produzido para subsidiar a prática profissional. Além disso, de acordo com Bandeira e Behrens (2009, p. 1272)

Por ser um profissional que está inserido em vários campos de atuação e que historicamente tem papel efetivo na concretização de políticas sociais, o Assistente Social que atua nas CIHDOTT começa a vestir uma roupagem capaz de colocá-lo como facilitador nas relações com a família no âmbito da saúde. Além disso, em virtude das exigências do seu foco de trabalho, vem buscando capacitar-se, procurando incluir em sua formação a especialização em família e em lidar com a morte.

Para além dessa questão, ressalta-se também a importância da ocupação de Assistentes Sociais em cargos de gestão nas Centrais de Transplantes, ainda muito raros, ainda que o profissional possua capacidade técnica e teórica para tal. Assim, acabam sendo submetidos a decisões hierárquicas e, por vezes, engessadas, que impossibilitam a atuação compatível à realidade social. Em síntese, o processo de doação e transplante se constitui como um campo propício para a atuação profissional e requer profissionais especializados e qualificados, sendo dever do assistente social utilizar de seu arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo, para exercer uma prática alinhada ao projeto da profissão e, por consequência, atender as demandas a qual é chamado a atuar.

4. DIALOGANDO SOBRE OS CAMINHOS METODOLÓGICOS E PRINCIPAIS ACHADOS DA PESQUISA

O interesse por essa temática de pesquisa surge, inicialmente, com uma vivência pontual durante o período de Estágio Curricular entre os anos de 2019 e 2020 no Hospital Jorge Valente, localizado em Salvador/BA. Nesse período, a instituição caminhava a habilitar sua equipe multiprofissional para os processos de transplantes. Mais especificamente no setor do Serviço Social nunca se havia exercido atividade profissional nesse sentido. Após a iniciativa da gestão para treinamento das/os Assistentes Sociais, inclusas estagiárias, foi possível perceber outro olhar para o acolhimento no momento do óbito, tornando-se um momento oportuno para a possibilidade de transplante ou, ao menos, a notificação compulsória para a Central de Transplantes, com vistas a expandir os limites de atuação da própria unidade hospitalar.

Através da metodologia adota, foi possível a investigação da temática no contexto do Serviço Social, visto que, as limitações do ensino acadêmico não permitiram pensar nesse espaço de atuação profissional. Além disso, no contato inicial

buscando aprofundar mais acerca do tema, foi percebida uma maior produção teórica sobre a Política de Transplantes nas áreas da enfermagem e Medicina, o que fez levantar ainda mais questionamentos acerca da insuficiência de produção científica-teórica própria do Serviço Social sobre um campo de trabalho que tem sido cada vez mais ocupado pela categoria.

Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico na Revista Serviço Social e Sociedade com os descritores e recorte temporal já citados, mas que demonstraram não haver publicações sobre o tema. As produções desse período concentram-se em analisar o trabalho profissional sobre a perspectiva da precarização, avanço neoliberal, atuação no contexto do COVID-19 e o Serviço Social como trabalho e sua inserção nos processos de trabalho coletivos em saúde. Mostrando ser inexistente a produção de conhecimento associada ao caráter da atuação profissional no âmbito da Política Nacional de Transplantes.

Posteriormente foi feita uma busca na Revista Temporalis, que se destina a publicação de trabalhos científicos sobre temas atuais e relevantes no âmbito do Serviço Social, áreas afins e suas relações interdisciplinares. No entanto, também não foram encontradas publicações que tratem da temática foco deste estudo. Em pesquisa nos anais dos últimos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, respeitado o limite temporal, novamente não foi possível localizar publicações que abordam a Política Nacional de Transplantes associada ao Serviço Social.

Sendo notória a escassez de produção científica própria do Serviço Social, a pesquisa estendeu seus limites para as outras áreas do conhecimento. Na Revista Brasileira de Enfermagem, utilizando os descritores “Política de Transplantes” e “Saúde”, com um maior recorte temporal, de 2003 a 2021, foram encontrados 3 (três) artigos que abordam a temática e que abordam elementos capazes de subsidiar a prática profissional do Assistente Social.

Quadro 1. Identificação dos estudos citados

Título	Ano/ Autores	Temática apresentada no estudo
---------------	---------------------	---------------------------------------

I. Obtaining tissues and organs for transplantation and coronavirus infections: a scoping review	2021, v. 74/ João Luís Erbs Pessoa, Neide da Silva Knih, Aline Lima Pestana Magalhães, Sibebe Maria Schuantes Paim, Laísa Fischer Wachholz e Bartira de Aguiar Roza.	Mapeamento da literatura disponível para apoiar os profissionais de saúde nos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes durante a pandemia do COVID-19
II. Aspectos sócio-políticos da implantação da Central de Transplantes do Piauí	2007, v. 60/ Adélia Dalva da Silva Oliveira, Ana Maria Ribeiro dos Santos, Fernanda Cláudia Miranda Amorim, Ayla Maria Calixto de Carvalho, Joseneide Teixeira Câmara e Patrícia Maria Gomes de Carvalho	Estudo qualitativo focalizado no contexto territorial do Piauí, sendo analisados os aspectos sócio-políticos que possibilitaram a implantação da Central de Transplantes, bem como os sujeitos sociais envolvidos.
III. Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface	2003, v. 56/ Kely Cristina de Almeida, Anaclara F. V. Tipple, Maria Márcia Bachion, Giulena Rosa Leite e Marcelo Medeiros.	Estudo elaborado por discentes de enfermagem, no intuito de levantar questionamentos referentes à bioética, que levaram a tratar das temáticas: manutenção da vida, desconfiança para com os profissionais de saúde e desinformação acerca da legislação em vigor.

Fonte: Revista Brasileira de Enfermagem, 2003 – 2021.

No texto I, o enfoque está nos processos de doação e transplantes durante a pandemia do COVID-19. O objetivo é propor estratégias para a continuidade da doação frente as dificuldades impostas pela pandemia nas instituições de saúde e fundamentar a prática dos profissionais nesse contexto. Para tal, é feita uma revisão de literatura das produções realizadas nesse sentido, que articulem a pandemia com o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. No texto II, por outro lado, é um artigo fruto de um estudo realizado territorialmente no Piauí, tendo como enfoque a análise da Central de Transplantes. Neste estudo, são destacadas particularidades regionais que influenciaram e continuam impactando nessa organização, bem como os sujeitos sociais que estão envolvidos. Por fim, no texto III, é realizada uma discussão em torno da noção de bioética e sua relação com os processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes. São realizados questionamentos importantes que impactam no cotidiano do trabalho profissional e, portanto, fundamental para subsidiar a prática.

Dessa forma, ainda que seja essencial garantir o pluralismo e o compromisso da categoria com o constante aprimoramento intelectual – conforme o sétimo princípio

fundamental instituído no Código de Ética Profissional¹⁰ – é necessário fazer a distinção do que se constitui enquanto competências profissionais e atribuições privativas, principalmente no espaço socio-ocupacional da saúde, onde o Assistente Social é constantemente chamado a atuar em demandas que não lhe competem. Portanto, ainda que seja essencial apropriar-se do conhecimento produzido por outras categorias profissionais, é ainda mais imprescindível a necessidade de se ter fundamentação teórica própria do Serviço Social, de forma que sejam levantadas as questões acerca do trabalho profissional na Política de Transplantes através das bases teóricas-metodológicas da categoria, assegurando uma atuação compatível com o Projeto Ético-Político profissional.

Partindo desta questão, a pesquisa foi direcionada a buscar outras fontes de conhecimento que corroboram para um maior entendimento da Política de Transplantes, buscando situar o Assistente Social nesse processo. Para isso, foram utilizados os Jornais Brasileiros de Transplantes – JBT, produzidos pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO. Nele são publicados diversos artigos das mais diversas áreas do conhecimento que abordam a temática da doação de órgãos e tecidos para transplante, inclusive do Serviço Social. Assim, ao realizar uma busca com recorte temporal de 2004 a 2021, com exclusividade a estudos direcionados ao Serviço Social ou produzidos por Assistentes Sociais, foram encontrados os seguintes artigos e opiniões técnicas¹¹ :

Quadro 2. Listagem dos artigos do Jornal Brasileiro de Transplantes

Título do artigo e autoria	Ano e volume de publicação
O Papel do Assistente Social na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Bahia. Autora: Sílvia Franco Dórea Bandeira	2008, v. 11, nº 4.

¹⁰ VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual. (CFESS, 2012)

¹¹ Destina-se a publicar uma resposta a uma pergunta de cunho prático através de opinião de um especialista (Quem? Quando? Como? Onde? Por quê?). Devem ter, no máximo, seis laudas e apresentarem até quinze referências. (JBT, 2011)

<p>A conformação do sistema de transplantes no estado da Bahia: suas nuances.</p> <p>Autores: Sílvia Franco Dórea Bandeira e Eraldo Salustiano de Moura.</p>	<p>2009, v. 12, nº 4.</p>
<p>A Importância do Assistente Social nas Comissões Intra-Hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes.</p> <p>Autoras: Sílvia Franco Dórea Bandeira e Sandra Maria Melo Behrens</p>	<p>2010, v. 13, nº 1</p>
<p>O Serviço Social no Programa de Transplante de Coração: Avaliação Social.</p> <p>Autoras: Ana Lucia da Silva e Lucinei Paz Ferreira</p>	<p>2011, v. 14, nº 3</p>
<p>Falhas observadas no atendimento de doadores não efetivos e necessidades psicossociais apontadas por seus familiares: Por que eles não doaram?</p> <p>Autores: Simey de Lima Lopes Rodrigues, Ilka de Fatima Santana Ferreira Boin, Helder Jose Lessa Zambelli, Luiz Antônio da Costa Sardinha e Marli Elisa Nascimento Fernandes.</p>	<p>2020, v. 23, nº 3.</p>

Fonte: Jornal Brasileiro de Transplantes, 2004 – 2021

É perceptível que, mesmo em um intervalo de tempo de 17 anos, ainda são poucas as produções exclusivas do Serviço Social, sendo maior parte delas alocadas na categoria opinião técnica. Entretanto, abordam de forma específica acerca do

trabalho profissional e são essenciais para, inclusive, o reconhecimento da categoria nesse espaço socio-ocupacional, o que é ainda mais importante diante do contexto de precarização do trabalho e estímulo à terceirização e multiplicidade de demandas para o profissional. Destaca-se maior número de produções advindas do Estado da Bahia, especialmente por servidores da Secretaria de Saúde do Estado, que acrescentou a pesquisa por delinear territorialmente o local de fala, embora não tenha sido o foco principal deste trabalho, visto que, foi buscado falar acerca da Política de Transplantes em nível nacional.

Diante desse panorama, se faz essencial realizar uma crítica no seio da própria profissão, tendo em vista a expressiva escassez de produção teórica-científica acerca da Política de Transplantes, além da carência de discussões acerca dessa temática associada ao trabalho profissional nos espaços coletivos e acadêmicos, fazendo com que os/as Assistentes Sociais que atuam nesse espaço busquem fundamentação em outras áreas do conhecimento, correndo o grande risco de exercer uma atuação desconectada com os princípios do Serviço Social e direcionada a uma perspectiva biomédica, sem considerar os fatores biopsicossociais presentes nesse processo, bem como quais são seus limites e possibilidades de atuação.

No campo da saúde, como já visto, é muito comum a ocorrência de desvios de funções do Assistente Social, de requisições da instituição que não competem ou não são atribuições do profissional e até de comportamentos dos próprios profissionais da equipe multiprofissional que, por não entenderem o papel do Assistente Social, acabam por não reconhecerem a fundamental importância desse profissional, não só na Política de Transplantes, como na assistência em saúde em termos gerais.

Os resultados obtidos por essa pesquisa são claros marcadores do pouco desbravamento da categoria acerca da temática e, talvez, de um desafio ainda maior da profissão: a educação continuada. Sendo esta um elemento fundamental da formação e exercício profissional, muito se sabe que, devido a inúmeros fatores, não acontece como deveria. Muitos/as Assistentes Sociais, por vezes, ficam estagnados na rotina do cotidiano e não buscam extrapolar os limites de atuação, através da produção, publicação e divulgação de conhecimento científico. Não se pode, por outro lado, deixar de reconhecer os limites intrínsecos à sociedade do capital, relacionados principalmente à precarização do trabalho e ausência do pleno emprego, que não permitem que o Assistente Social possa pensar em outra coisa senão sua própria sobrevivência.

No entanto, a pesquisa é elemento fundamental da formação e do exercício profissional, sendo necessária para subsidiar e direcionar a prática cotidiana dos/as Assistentes Sociais em todos os espaços socio-ocupacionais. Este estudo mostrou que é ainda muito expressivo o desconhecimento da categoria acerca da Política de Transplante, o que é, sem dúvida, prejudicial aos profissionais em campo, bem como aos estudantes de graduação que acabam por não ter acesso a esse debate das disciplinas obrigatórias do curso, impossibilitando ainda mais as produções científicas no âmbito dessa temática, visto que, discussões que não são realizadas na academia ou são raras no campo de estágio, dificilmente se estendem no período pós-graduação, em qualquer nível que seja.

A temática da doação e do transplante de órgãos e tecidos é fundamental tanto para sociedade - em termos de saúde pública e efetividade de direitos -, como para a própria categoria, como aqui já foi reforçado. E ainda assim, com tanta relevância, é intrigante a ausência de produções do Serviço Social nessa perspectiva, dada a ampla possibilidade de debate, seja no sentido da assistência à saúde, seja da ocupação de Assistentes Sociais em cargo de gestão e, inclusive, na diversidade de estratégias de práticas educativas nesse âmbito, que abre um leque de possibilidades ao profissional. Assim, diante de tantos desafios, é essencial que a categoria, suas entidades representativas e unidades de ensino, busquem a inclusão do tema do Trabalho Profissional na Política de Transplantes, dada a importância do profissional nesse processo – já explícita neste estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o exposto trazido ao longo desta pesquisa, que parte de uma série de reflexões teóricas, conceituas e metodológica, é evidente considerar alguns pontos cruciais para a aceitação do trabalho profissional na política de transplantes. A primeira delas é, sem dúvida, a sistematização da prática e, nesse caso, a ausência dela. Segundo Almeida (2006, p. 5), a sistematização do trabalho profissional é, preliminarmente, “uma estratégia que lhe recobra sua dimensão intelectual, posto que põe em marcha uma reflexão teórica [...] revitaliza e atualiza o estatuto teórico da profissão, condição social e institucionalmente reconhecida para a formação de quadros nesta profissão. “ Nesse sentido, o resultado da pesquisa evidenciou que

ainda são muito incipientes os estudos que tratam do trabalho profissional na perspectiva da Política de Transplantes inserida nos eixos de estudos do Serviço Social, o que prejudica a construção da dimensão investigativa da profissão e os processos de reconhecimento institucional e entre os outros profissionais com quem atua.

O que se evidencia nessa ausência da sistematização da prática é uma característica histórica da profissão que, embora tenha conseguido elaborar instrumentos e instituir processos de trabalho para a prática, falhou em sistematizar a mesma e estando distante de uma postura investigativa. Essa questão, que está intrinsecamente relacionada com o processo de construção intelectual da profissão, foi refletida nesse trabalho, ao se concluir pela pouca produção ou mesmo ausência de pesquisas, estudos ou trabalhos em um campo de atuação no qual o Assistente Social é tão requisitado, refletindo a contradição já neste trabalho abordada.

Assim, é necessário que a categoria realize o esforço de sistematização da realidade social e das respostas profissionais que determinam sua atividade profissional, impedindo que seus registros se tornem apenas peças nas burocracias da instituição. Nesse sentido, embora a categoria tenha se aproximado dessa sistematização a partir, por exemplo, da elaboração de monografias, ainda são muito escassas as reflexões que resgatem as experiências profissionais realizadas ou em curso. O Assistente Social precisa retomar a sistematização da prática no intuito de impedir uma atuação esvaziada, de realimentar a própria condução do trabalho, de conquistar maior autonomia nos espaços socio-ocupacionais e de superação da alienação que atravessa o trabalho. Para além disso, especialmente no âmbito no trabalho da política de transplantes, a sistematização possibilita uma reflexão sobre essa dimensão da atividade profissional favorecendo um reordenamento desta experiência, contribuindo não só visibilidade social e institucional da profissão, como também para o próprio reconhecimento do Serviço Social, resultando em novas dimensões às tradicionais formas de registro da atividade profissional, superando a lacuna de ausência de socialização das experiências profissionais.

Portanto, é mais que evidente o papel fundamental do Assistente Social no interior da Política de Transplantes, contemplando as quatro dimensões do trabalho em saúde: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação

profissional. Esses eixos articulados materializam a prática, sem deslocá-la das dimensões ética-política e teórica metodológica, essenciais para atuação profissional.

Dessa forma, tendo em visto a importância da atuação profissional nos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, é crucial a mobilização da categoria atuante nesse âmbito com o objetivo de construir espaços de diálogo com os profissionais que vivenciam o cotidiano da Política de Transplantes para fundamentação da prática e (re) ordenamento dos serviços. É ainda fundamental, tendo em vista o resultado desta pesquisa, que sejam estimulados e construídos materiais teóricos de base científica, no sentido de estimular a dimensão investigativa da profissão e subsidiar as ações cotidianas.

A política de transplantes, sendo um espaço rico no qual se faz possível perceber e desvelar diversas demandas ao Assistente Social, também se constitui como um ambiente contínuo no qual o profissional é chamado a intervir na defesa dos direitos, lado a lado aos usuários, preservando a autonomia dos mesmos e tendo uma atuação crucial para a efetivação da doação. Destaca-se também a importância da dimensão socioeducativa da profissão e de mobilização social, no sentido de realização e participação em campanhas educativas que abordem a importância da doação de órgãos e, principalmente, de conversar com a família sobre esse tema, dada as condições da legislação atual.

Em suma, este trabalho permitiu conhecer- mesmo que parcialmente, os limites e possibilidades para a efetivação da pesquisa e acerca da realidade Brasileira no que diz respeito à atuação do Serviço Social na Política de Transplantes. É certo que a categoria tem avançado consideravelmente nas pesquisas e adentrando cada vez mais a essa dimensão científica, mas é inegável que muito caminho falta para percorrer. Que as demandas para a profissão sofrem mutações fruto do próprio desenvolvimento da sociedade, do capital e da reprodução das relações sociais e, o Assistente Social, enquanto profissional que se compromete com a população usuária, precisa a todo instante buscar a atualização dos seus conhecimentos para atuar nos espaços socio-ocupacionais, sem se distanciar do ordenamento jurídico que o subsidia, no sentido ético, político, teórico e metodológico.

É preciso, acima de tudo, como resultado da pesquisa, a fomentação de estudos acerca da Política de Transplantes, as demandas inerentes e as possibilidades, bem como limites, de atuação profissional nesse sentido. Não se pode negar, entretanto, que o cotidiano profissional, principalmente na dimensão das

políticas públicas e, no que nos compete, a política de saúde pública, têm sofrido ameaças constantes, que com o avanço neoliberal tem se concretizado cada vez mais cortes de orçamento, sucateamento das instituições e ausência de ações focalizadas de educação permanente e recursos humanos. Os desafios estão postos e cada vez mais frequentes, cabendo a categoria articular-se com a sociedade civil, com os movimentos sociais e outras categorias que pactuam com o projeto de sociedade da profissão, ocupando espaços de poder e mobilização social, permitindo não só a defesa da categoria, como de tudo que ela defende e faz parte.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta T. S. **Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas**. BIB: Boletim Bibliográfico de Ciências Sociais, n. 39, 1995.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social**. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Organizadores) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; ABEPSS; OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-2.pdf >

Almeida, Kely Cristina de et al. **Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2003, v. 56, n. 1 [Acessado 2 Outubro 2021] , pp. 18-23. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100004>>. Epub 28 Fev 2012. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100004>.

BANDEIRA, Sílvia Franco Dórea; BEHRENS, Sandra Maria Melo. **A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NAS COMISSÕES INTRA-HOSPITALARES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES**. JBT-Jornal Brasileiro de Transplantes, p. 1268.

BENEVIDES, C. do V. **Um Estado de bem-estar social no Brasil**. Universidade Federal Fluminense. Departamento de Economia, Rio de Janeiro, 2011.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992

BRASIL. Resolução CFESS n. 383/1999. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde**. Disponível em: www.cfess.org.br. Acesso em: 12 mar 2021.

Brasil. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências.** História, histórias, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sóciohistóricos.** São Paulo: Cortez, 2013.

_____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate.** Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, v. 4, p. 197-217, 2006.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, p. 249-260, 2012.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.

CASTRO, E. et al. **Políticas de Transplantes.** Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/052_politica_transplantes.pdf>. Acesso em 01 set. 2021

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Orientação Normativa n. 3.** Brasília: CFESS, 2020.

_____. **Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde.** São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

- DE OLIVEIRA, Tiago Bernardon. **O golpe de 2016: breve ensaio de história imediata sobre democracia e autoritarismo.** *Historiæ*, v. 7, n. 2, p. 191-232, 2016
- DOS SANTOS, Flávia Barbosa Pardini; STAMPA, Inez Terezinha. **Trabalhadores Assistentes Sociais em tempos de acirramento da precarização do trabalho.** *Temporalis*, v. 19, n. 37, p. 84-101, 2019.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. **As três economias políticas do welfare state.** *Lua Nova*, n. 24, p. 85-116, 1991.
- EUFRASIO, Marcelo Alves Pereira. **Filosofia do Direito: a cidadania em Rousseu e Marx.** *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, VIII, n. 22, 2005.
- Fernando Pessoa. **Obra poética.** Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1995. p. 138
- FERP, UGB; MARQUES, Carollini Joras; DO NASCIMENTO, Elizabeth Machado. **TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: Uma Análise à luz do Serviço Social.** *Episteme Transversalis*, v. 7, n. 2, 2017.
- GASPARI, Luana Sousa Silva; CASTELANO, Mayara Ohana Gonçalves. **ANÁLISE DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA POLÍTICA DE TRANSPLANTES, EM SALVADOR-BA.** 2016. 80 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Cap. 3.
- HOLANDA, Virgínia Maria Coelho de et al. **Estudo dos aspectos éticos dos transplantes na América Latina.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 47, n. 2, p. 183-194, 1994.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós – 64.** 8ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. Ed.- São Paulo: Atlas, 2010
- MARSHALL, T. **Cidadania, classe social e status.** Zahar, 1967.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** *Texto e contexto enfermagem*, Florianópolis, v.17, n. 4, out-nov. 2008.

Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**. Disponível em: <<https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2017/outubro/sistema-nacional-de-transplantes>>. Acesso em 15 mai. 2021.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; VIEIRA-DASILVA, Lúcia Maria. **A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4479-4488, 2019.

Oliveira, A. et al. **Aspectos sócio-políticos da implantação da Central de Transplantes do Piauí**. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2007, v. 60, n. 4 [Acessado 2 Outubro 2021], pp. 405-409. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400009>>. Epub 30 Out 2007. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400009>.

OLIVEIRA, T. N. **O Serviço Social e a Superação das Desigualdades Sociais 2**. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/585036>. Acesso em 1 set. 2021

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PEREIRA, Aline et al. **DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E O SERVIÇO SOCIAL: um rico e desafiador campo de atuação**. *Revista da UI IPSantarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 2015.

Pessoa, João Luís Erbs et al. **Obtaining tissues and organs for transplantation and coronavirus infections: a scoping review**. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2021, v. 74, n. Suppl 1 [Accessed 2 October 2021], e20200610. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0610>>. Epub 14 Apr 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0610>.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. **Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SILVA, Débora Cristina da; KRÜGER, Tânia Regina. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional.** Temporalis, v. 18, n. 35, p. 265-288, 2018.

TEIXEIRA, C.F., comp. **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online].** Salvador: EDUFBA, 2016, 510 p. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211>.

VIANA, B.B; CARNEIRO, K.K.C; GONÇALVES, C.F. **O Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no Exercício Profissional na contemporaneidade.** Florianópolis, Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf. Acesso em 01 set. 2021.

VICTORINO, João Paulo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação.** Revista Bioética [online]. 2017, v. 25, n. 1 [Acessado 6 Setembro 2021] , pp. 138-147. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422017251175>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251175>.