



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DESSO**

**LÍCIA VALÉRIA FEITOSA E CASTRO**

**A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: NOTAS SOBRE O TRANSPLANTE RENAL**

**NATAL  
2012**

**LÍCIA VALÉRIA FEITOSA E CASTRO**

**A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: NOTAS SOBRE O TRANSPLANTE RENAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Maria de Fátima Jerônimo Marques

**NATAL  
2012**

**LÍCIA VALÉRIA FEITOSA E CASTRO**

**A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: NOTAS SOBRE O TRANSPLANTE RENAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Maria de Fátima Jerônimo Marques

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Orientadora: Maria de Fátima Jerônimo Marques  
UFRN

---

Prof<sup>a</sup> Membro: Eliana Costa Guerra  
UFRN

---

Prof<sup>a</sup> Membro da Banca: Mônica Maria Calixto de Farias Alves  
UFRN

Natal  
2012

*Dedico esta monografia aos amados de minha vida, minha doce mãe Maria Ivanilda, meu lindo pai Joaquim de Castro, minhas preciosas irmãs Ana Cavalcante e Eliana Feitosa e aos meus estimados irmãos Vital Feitosa e Antônio Araújo. Dedico ainda a minha querida orientadora Fátima Marques por toda qualificação que possui e empenho em transmitir conhecimento, aos amigos e amigas que com gestos de carinho e atenção me incentivaram e apoiaram no decurso destes anos de graduação e a todos os usuários do Sistema de Saúde em especial aos Portadores de Insuficiência Renal Crônica.*

## AGRADECIMENTOS

*“Oh! Chama viva de amor que feres ternamente  
De minha alma no seu centro mais profundo*

*(...)*

*Oh! Quão manso e amoroso, despertas em meio seio  
Onde tu só secretamente moras  
Nesse aspirar gostoso, de bens e glória cheio”.*  
*Kelly Patrícia*

Nesses versos entoados pela Irmã Kelly Patrícia, elevo a Deus minha gratidão por todo o bem e toda graça realizados em meu favor, sempre.

Celebro com todos aqueles e aquelas que contribuíram para essa conquista.

Agradeço em especial a minha família, aos meus professores queridos mestres do saber. A todos os meus amigos e amigas construídos nesse período de formação acadêmica, de modo particular, aos amigos e amigas da residência universitária Mirassol.

Agradeço em especial ao doutor Luciano Araújo, que como instrumento de Deus mostrou-me novamente o sorriso da vida. E a minha querida madrinha Maria Lopes por toda força, oração e disposição em me acolher.

Enfim, ao sopro divino que me faz viver e ser feliz. “É a vida, é bonita e é bonita”(Gonzaguinha).

***“Não somos absolutamente de perder o ânimo para nossa ruína; somos de manter a fé para nossa salvação!” (Hebreus 10, 39).***

## RESUMO

Este trabalho constitui um estudo teórico sobre a Política de Saúde brasileira, em particular, a Política Nacional de Transplante, inscrevendo o Assistente Social como profissional imprescindível em seu processo de efetivação. Nosso interesse inicial em analisar a problemática da saúde deu-se a partir da inserção no estágio curricular obrigatório no Hospital Universitário Onofre Lopes e, a partir dessa experiência observou-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos na área, haja vista, ser um espaço privilegiado de atuação do profissional de serviço social e ainda haver pouca elaboração teórica sobre a temática no seio da profissão. Para apreender tal realidade, procuramos realizar nossas análises à luz do pensamento crítico, movimento que nos possibilitou aproximarmos e apreendermos o fenômeno investigado inscrito numa realidade dinâmica e contraditória. A pesquisa teve abordagem qualitativa. Recorremos à literatura especializada da área, documentos oficiais, assim como às experiências e conhecimentos adquiridos ao longo da formação acadêmica e profissional. A pesquisa bibliográfica consistiu na leitura de textos que versavam sobre: políticas sociais e públicas, política de saúde, política de transplante, e sobre o exercício profissional do Assistente Social. Este processo reflexivo nos permitiu ampliar nossos horizontes e nos distanciar do senso comum e das análises conservadoras presentes no cotidiano das diversas categorias profissionais e na sociedade como um todo.

Palavras –chaves: Política de Saúde; Política Nacional de Transplante; Serviço Social

## **ABSTRACT**

This work constitutes a theoretical study of the Brazilian Health Policy, in particular the National Transplant, signing the Social Worker as a professional imperative in the process of realization of this policy. Our initial interest in examining the issue of health was given from the insertion curricular mandatory at University Hospital Onofre Lopes and from that experience we observed the need to deepen knowledge in the field, given, be a privileged of the professional practice of social work and still be little theoretical elaboration on the issue within the profession. To grasp this reality, we conduct our analyzes in the light of the critical thinking movement that allowed us to approach and apprehend the phenomenon investigated enrolled in a dynamic and contradictory reality. The research was qualitative approach. We appeal to the literature of the area, official documents, as well as the experiences and knowledge acquired throughout the academic and professional training. The literature review consisted of reading texts that focused on: social policy and public health policy, transplant policy, professional practice of social work. This reflective process enabled us to expand our horizons and to distance ourselves from common sense and conservative analyzes that underlie the various professions and society as a whole.

Keywords: Health Policy; National Transplant Policy; Social Work.



## LISTA DE SIGLAS

ABPESS – Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.  
CF – Constituição Federal  
CIHDOTT - Conselho Federal de Serviço Social – CFESS,  
CIHDOTT - Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes  
CNCDO - Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos  
CNNCDO - Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos  
DNS – Departamento Nacional de Saúde  
HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes  
IAP – Institutos de aposentadoria e Pensão  
IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IRC - Insuficiência Renal Crônica  
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
OPO - Organizações de Procura de Órgãos  
PNS – Política Nacional de Saúde  
PNT – Política Nacional de Transplante  
PPA – Programa de Pronta Ação  
PTR – Programa de Transplante Renal  
SALTE – Saúde Alimentação Transporte e Energia  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SPOT - Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos  
STN - Sistema Nacional de Transplante  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TX – Transplante Renal

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: EMERGÊNCIA, LIMITES E POSSIBILIDADES.....	13
2.1	Retrospecto histórico da política de saúde no Brasil no período de 1920 a 1970.....	13
2.2	A Política de saúde nos anos 1980 até dias atuais e o projeto de reforma sanitária.....	22
3	O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA INTERVENÇÃO NO AMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE TRANSPLANTES.....	29
3.1	Considerações acerca da Política Nacional de Transplantes.....	30
3.2	Desafios e possibilidades do exercício profissional do assistente social na área da saúde: uma experiência de estágio no setor de transplante do Hospital Universitário Onofre Lopes.....	36
3.3	A Promoção da Política de Transplante no Hospital Universitário Onofre Lopes.....	42
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
5	REFERÊNCIAS.....	51

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde constitui um direito fundamental e, portanto, deve ser assegurada pelo Estado. A partir dessa perspectiva, buscamos analisar a Política Nacional de Transplante, com enfoque no transplante renal enquanto direito dos indivíduos que dela necessitarem.

Nosso interesse inicial deu-se a partir da inserção no estágio curricular obrigatório no Hospital Universitário Onofre Lopes, especificamente no setor de Transplantes Renais. Naquele momento descortinou-se para nós, mediante aproximação da realidade de mulheres e homens que buscavam aquela instituição na ânsia de recuperar um bem tão precioso como a saúde, a possibilidade de estudar com maior afinco, os limites e as possibilidades da política de saúde no contexto do transplante renal. Essa experiência advinda do estágio suscitou-nos o desejo de contribuir categoricamente com a prestação de serviços na área da saúde, assim como, aprofundar esses conhecimentos particularmente relacionados à política de transplante.

Como estagiárias de Serviço Social, atuando no Programa de Transplante Renal na instituição acima descrita, nossa atenção esteve voltada para uma forma de trabalho que aglutinasse qualidade de vida aos portadores de doença renal, ali atendidos, e estivéssemos atentas a defesa dos direitos destes usuários. Nesse sentido, buscamos observar o trabalho do Assistente Social na instituição, sendo esta, entendida para fins desta pesquisa, como *lócus* representativo do acesso e da garantia do direito à saúde, bem como a interação entre o usuário, a família, a instituição e a prestação de serviços nessa área.

Ao analisarmos a política de saúde no nosso país percebemos o agravamento da questão social e ao mesmo tempo o distanciamento do Estado no enfrentamento as suas expressões. É diante disso que se torna premente a necessidade de superação desses antagonismos deflagrados em nossa sociedade. De acordo com COHN, et AL

(...) impõe-se agora superar tradicionais e históricas dicotomias, no setor de saúde, entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não carente, a assistência médica previdenciária e a não previdenciária, e entre o discurso e a prática das políticas de saúde. (COHN, et al, p.14)

Veremos no decurso deste trabalho, o Assistente social como sujeito partícipe e componente de equipe interdisciplinar. buscaremos compreender como esse trabalho contribui para qualificar e efetivar a atenção integral e humanizada aos sujeitos individuais e coletivos numa perspectiva de enfrentamento a multiplicidade dos condicionantes da saúde.

Nosso trabalho está organizado da seguinte forma:

No primeiro capítulo nos propomos analisar a política de saúde no Brasil, seus condicionantes e determinantes. Traremos um breve histórico de seu desenrolar e de sua perspectiva como estatuto de direito, apresentando os rebatimentos sofridos em uma sociabilidade que privilegia o desenvolvimento do capital em detrimento ao social. Diante do processo de industrialização insurgem gradativamente a organização dos trabalhadores e luta por melhores condições de trabalho e de vida em um campo permeado pela inclinação ao projeto privatista e negação do projeto de Reforma Sanitária.

No segundo capítulo nos detivemos em caracterizar a Política Nacional de Transplante, particularizando o Transplante Renal, como uma estratégia de garantir melhor qualidade de vida ao paciente portador de insuficiência renal crônica. Discorreremos sobre a inserção do Serviço Social na área da saúde e a intervenção do assistente social na unidade de transplante do Hospital Universitário Onofre Lopes.

Por fim, consideramos a importância das políticas sociais para o conjunto da sociedade, haja vista se constituírem direitos conquistados mediante a luta e a organização dos/as trabalhadores/as.

## **2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: EMERGÊNCIA, LIMITES E POSSIBILIDADES.**

Buscamos nesse capítulo, compreender a política de saúde como uma política social, direcionada a reprodução dos indivíduos e da coletividade. Entendemos que essa abordagem contribui para inferirmos que a política de saúde é permeada por diferentes determinantes, não raras vezes, contraditórios que condicionam os diversos formatos, a execução e as formas de acesso dos sujeitos a esta política. (Sonia Fleury-Assis Mafort Ouverney política de saúde: uma política social).

Ao tomarmos a política de saúde como uma política social, queremos evidenciar que a saúde é direito dos indivíduos e do conjunto da sociedade e que, portanto, deve ser assegurado como tal. Ainda, buscamos destacar a luta e a participação política das classes trabalhadoras para a conquista dos direitos sociais.

Nesse sentido, buscamos abordar nesse capítulo o processo de constituição da política de saúde no Brasil. Não é nossa intenção realizar uma abordagem exaustiva de todos os antecedentes da política de saúde até os dias atuais, contudo faz-se necessário situar as condições históricas em que foi forjada. Assim, pretendemos enfatizar o contexto que se define, os limites impostos pela sociabilidade vigente e, a ousadia e a coragem dos/as trabalhadores/as nesse processo.

### **2.1 Retrospecto histórico da política de saúde no Brasil no período de 1920 a 1970**

De acordo com Bravo (2001, p.1), a assistência à saúde dos trabalhadores, foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Ainda, segundo a autora, a conquista de alguns direitos sociais pelos trabalhadores será mediada pelo Estado, cuja função, historicamente tem sido a manutenção da sociabilidade capitalista e da reprodução da força de trabalho para o capital. No século XX, a partir das novas configurações assumidas pelo capitalismo a ação do Estado será aprofundada com a elaboração

de novas políticas e novas propostas de enfrentamento às condições de miserabilidade e pauperização da classe trabalhadora.

É importante destacar que as novas configurações assumidas pelo Estado frente a ampliação e complexificação da questão social se inscreve em um momento histórico particular: trata-se do momento de emergência e consolidação da sociedade burguesa, sendo a questão social fruto deste processo, trata-se da produção e reprodução (movimentos inseparáveis na totalidade concreta) de condições de vida, da cultura e da riqueza (BEHRING; SANTOS, 2010).

No Brasil, a intervenção estatal sobre as expressões da questão social, particularmente, na formulação de políticas públicas de saúde surge a partir do Século XX, efetivamente, da década de 30.

No século XVIII o atendimento a saúde estava sob a tutela da filantropia e da prática liberal, já no século XIX, em virtude das mudanças ocorridas na economia e na política, começam a surgir iniciativas na área da saúde pública, direcionadas a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Contudo, será com o gradativo aparecimento da organização do operariado e as reivindicações e mobilizações destes, que surge algumas iniciativas de organização dos serviços públicos de saúde (BRAVO, 2001). Assim, a saúde, emerge como questão social no Brasil, no bojo do capitalismo agroexportador e reflete o avanço da divisão do trabalho e a consolidação do trabalho assalariado (BRAGA E PAULA, 1985 apud BRAVO, 2001).

Com o processo de industrialização do país, acompanhado da crescente urbanização, da chegada dos imigrantes europeus (italianos, portugueses), e da consolidação o trabalho assalariado, emerge as primeiras formas de organização política dos operários. Os trabalhadores imigrantes traziam consigo a experiência dos movimentos e lutas por direitos na Europa, desse modo, incentivaram os operários brasileiros a luta e a se mobilizarem empreendendo esforços para conquistarem seus direitos.

Gradativamente, a organização dos/as trabalhadores/as toma corpo e forma o movimento que lidera e organiza duas greves, uma em 1917 e outra em 1919

objetivando melhores condições de trabalho e de vida. É nesse contexto que insurgem no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a transição das formas assistenciais e filantrópicas, para uma política de Estado (POLIGNANO, s/d). Conforme Araújo (2004, p.89),

A expansão das atividades econômicas, com a criação das primeiras indústrias, a organização das classes trabalhadoras, a Primeira Guerra Mundial, a Revolução Russa, foram acontecimentos que suscitaram a promulgação da legislação sobre acidentes de trabalho em 1919, e a institucionalização do Sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensão sob a égide do Estado (Lei Eloy Chaves – decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923) (ARAÚJO, 2004, p.89).

Para BRAVO (2001, p. 3), “a saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder”. Por todo o país, são organizadas tentativas de extensão dos seus serviços. Em consequência desses processos, em 1923, é aprovada a Lei Eloy Chaves instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP’s), que irá se constituir o embrião da previdência brasileira.

As CAPs eram financiadas pela União<sup>1</sup>, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2001, p. 3).

As caixas direcionavam-se ao operariado urbano e possuíam administração própria para os seus fundos. Não estava previsto na lei Eloy Chaves sua regulamentação e contribuição da União. De acordo com (Araújo 2004, p.90), só se “solicitavam a intervenção do Estado apenas quando surgiam conflitos entre a administração e os segurados”.

A criação das CAP’s, resultada das reivindicações operárias do início do século XX, naquele momento, configurou uma das primeiras respostas da burguesia empresarial e do Estado brasileiro a crescente ampliação e complexificação das expressões da questão social. Contudo, como observa Cohn et All (2010, p. 15), a

---

<sup>1</sup> Contribuição compulsória dos empregados e patrões (3,0% do salário e 1,0% da renda bruta da empresa) e da União (1,5% dos serviços prestados). Ver Conh (2010).

saúde ainda não se constitui como direito do “cidadão e muito menos dever do Estado, mas a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho”, significa que, só aqueles que tinham relação de trabalho formal podiam ter acesso aos serviços de saúde. Como registra ELIAS,

Assim, a assistência médica previdenciária emerge no Brasil, mercantilizada sob a forma de seguro no qual a garantia do acesso aos serviços de saúde é feita com pagamento mediante desconto compulsório, ao mesmo tempo em que se estrutura um sistema urbano de assistência quando a maioria da população era rural. Da mesma forma, configura-se segmentado e socialmente excludente, isto é, privilegia a população urbana em detrimento da maioria rural. Na área urbana atinge apenas a força de trabalho e, entre os trabalhadores, favorece os vinculados aos polos dinâmicos de acumulação capitalista. (ELIAS, 2004)

Na década de 1930 são vivenciadas diversas alterações na sociedade brasileira, cujos indicadores mais visíveis são: o desenvolvimento do processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. Nesse contexto, o Estado brasileiro assume o papel de regulador da economia e passa a investir na infraestrutura necessária a implantação da industrialização do país. Investe em programas de energia, siderurgia e transportes. A indústria irá absorver a mão de obra advinda do campo e alavancando a economia nacional. Assim, assistia-se no país o “gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional, acompanhado de medidas que favoreceram sua implementação” (BAPTISTA, 2007, p. 36).

De acordo com Bravo (2001, p. 4), sob domínio do capital industrial<sup>2</sup> esse processo, teve como principais características a “aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação”. A ampliação da exploração dos trabalhadores e a consequente precarização das condições de trabalho e vida irão motivar os processos de luta e organização dos trabalhadores.

---

<sup>2</sup> Pertinente destacar alguns feitos nesse período, como a criação da justiça do trabalho, instituição do salário mínimo, Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, investimentos em infraestrutura através da criação da Companhia Siderúrgica Nacional – CNS, da Vale do Rio Doce e a Hidrelétrica do Vale do São Francisco.



Nesse sentido, para conter os conflitos o Estado é obrigado a elaborar políticas sociais e públicas que respondam (senão todas) parte das demandas dos trabalhadores. Contudo, como afirma Behring; Santos (2010), as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social no nosso país, são desdobramentos e até mesmo respostas em geral setorializadas e fragmentadas condicionadas pelos interesses da sociabilidade do capital. Nessa perspectiva também se constitui a política de saúde, direcionada prioritariamente, a parcela (ínfima) da população que mantinha vínculo formal de emprego.

Para (BRAVO, 2001) as políticas de saúde no Brasil surgem como uma tentativa do Estado para conter os conflitos existentes entre a classe dominante e a classe trabalhadora, tratava-se, pois, de harmonizar as relações e manter o consenso social. Entendemos que é corroborando com essa lógica do pensamento de Bravo, que são criados os institutos, e estes, como precursores da previdência social.

Em 1933 fora criado o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM). Posteriormente, foram criados outros Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), estes, diferentemente das Caixas, congregavam os membros por uma mesma categoria profissional e não por empresas, e foram agrupando os trabalhadores de diferentes profissões: Comerciantes, Bancários, Industriários e etc. Desse modo, no período de 1933 e 1960 as Caixas foram transformadas em institutos<sup>3</sup> (ARAÚJO, 2004, p.91).

Transformados em autarquias, os Institutos passaram a ser administrados pelo Estado, mas seu financiamento continua tripartite (empresas, trabalhadores e Estado). Constitui-se assim, a primeira forma de Previdência Social.

Nesse contexto, a política de saúde elaborada estava organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde

---

<sup>3</sup> A estrutura dos IAPs conviveu por muito tempo com a estrutura das CAPs. E, só irá mudar com a unificação da legislação previdenciária, partir da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS (Lei 3.807/ANO) (ARAÚJO, 2004, p.94). Não obstante, nessa reforma, empreendeu-se tentativas de unificação administrativa das instituições previdenciárias que resultou na terceira reforma previdenciária.

pública<sup>4</sup> será preponderante até meados da década de 1960, e suas ações estavam direcionadas para a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Com as mudanças vivenciadas pela sociedade brasileira, os serviços de saúde previdenciários vão progressivamente sendo pressionados pela massa de trabalhadores. A partir de 1966, o subsetor de medicina previdenciária<sup>5</sup> irá sobrepor-se o de saúde pública.

De acordo com BRAVO (2001), a Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada apenas no período de 1945-1950, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller,<sup>6</sup> cujo objetivo direcionava-se a transcender o modelo de intervenção que se concentrava na perspectiva campanhista voltado para o controle das doenças epidêmicas.

No final da década de 1940, mediante a elaboração do Plano Salte<sup>7</sup>, que envolvia as áreas como: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a saúde se

---

<sup>4</sup> Conforme descreve Braga e Paula, (1986:53-55) apud Bravo (2001, p. 04), as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram:

- a) Ênfase nas campanhas sanitárias;
- b) Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- c) Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- d) Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.
- e) Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana).

<sup>5</sup> A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

<sup>6</sup> “A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais vivenciada no início do século XX. Com o objetivo de implantar medidas sanitárias uniformes no continente americano, consolidou-se nessa época uma ampla rede de organizações internacionais, cujo financiamento provinha, em sua maior parte, dos Estados Unidos”. Disponível em: <http://icaatom.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-rockefeller-fundo-2;isad>

<sup>7</sup> Plano SALTE foi o nome dado ao “plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento de setores como saúde, alimentação, transporte e energia” ( SANTIAGO, 2010, p.01) disponível em: <http://www.infoescola.com/historia-do-brasil/plano-salte/>. Acesso em 11.12.12

constituirá um dos objetivos principais, contudo, as previsões de investimentos apresentadas pelo plano não foram implementadas. Ainda assim, este serviço perdurou até a década de 1960 quando veio a transformar-se em fundação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, salvo raras exceções, a situação de saúde da população brasileira, no período de 1945 e 1964, não teve mudanças significativas. As políticas elaboradas não conseguiram eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral, refletindo a atenção do poder público no enfrentamento a problemática de saúde (BRAVO, 2001).

Nos anos 1950 a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada e apontava na direção da formação das empresas médicas. Como explicita Bravo (2001, p. 5),

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos.

Como afirma Bravo (2010, p. 6), após 1964 com a instauração da *Autocracia Burguesa* (NETTO, 2009) no país, essa condição muda radicalmente, haja vista que, a Ditadura “significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo”. Contudo, os problemas estruturais não foram solucionados, ao contrário, foram aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

Assim como afirma, Dallago (2006, p.7),

Durante os anos da ditadura militar as políticas sociais possuíam em seu interior o objetivo de legitimação do sistema autoritário vigente, com caráter fragmentário, setorial e emergencial, se sustentava na necessidade de dar legitimidade aos governos que buscavam bases sociais para manter-se no poder.

Dessa forma, para enfrentar a “questão social” e suas refrações o Estado Ditatorial utilizou nas suas ações de intervenção sob a lógica da repressão e da assistência<sup>8</sup>. A política assistencial foi “ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO 2001, p.6).

Nesse sentido, se deu a unificação da Previdência Social e dos IAPs em 1966. Esse processo teve duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores vinculado à carência de recursos e falta de prioridade por parte do Estado.

Contudo é importante salientar que as precárias e seletivas intervenções do Estado no campo social, demonstram as carências que afetam a sobrevivência de muitos trabalhadores/as. Resulta da precarização das condições de vida destes sujeitos, as quais se tornam demandas crescentes, nas áreas da saúde, educação, habitação, emprego entre outros. Evidenciam-se as disparidades políticas, sociais e econômicas determinadas pela sociabilidade vigente que contrapõe o capital em detrimento do social.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado.

---

<sup>8</sup> Em meio a múltiplas crises, institui-se o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, a extensão da prestação de serviços a trabalhadores rurais, através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e o Programa de Pronta Ação – PPA, em áreas urbanas. Posteriormente fora organizado o Sistema Nacional de Saúde, através da lei nº 6229 objetivando a articulação entre as esferas de governo. Porém, prevaleceu à centralização em nível federal e acepção entre a medicina preventiva e curativa.

Na década de 1970, empreendem-se novas tentativas de reordenar o Sistema através da criação de órgãos como Sistema Nacional de Previdência (Sinpas) congregando o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tal estratégia de ordenamento perdurou até a consolidação da Seguridade Social agregando as políticas de saúde, previdência e assistência.

Nesse período é notório o crescimento dos serviços médicos privados, contratados pelo INAMPS. O serviço público de saúde tornava-se cada vez mais desprestigiado em detrimento do serviço privado. Segundo Teixeira (1986:207 apud BRAVO, 2001) foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

- a) Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- b) Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- c) Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- d) Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- e) Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Eis aí o processo que engendra a privatização precoce do sistema de saúde brasileiro com a conseqüente estruturação da produção de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos.

Considerando a incursão teórica realizada até aqui podemos afirmar que a constituição da política de saúde no Brasil, esteve permeada por interesses diversos e contraditórios, ora condicionados pela luta da classe trabalhadora no enfrentamento as precárias condições de vida ora, pelos interesses do capital,

mediante a mercantilização e privatização dos serviços. Dentre outros aspectos, os serviços de saúde não funcionam ou o fazem precariamente, principalmente, pelo fato de que o sistema vigente decorre do modelo implantado no período ditatorial, voltados aos interesses do capitalismo em detrimento da garantia dos direitos da população.

## **2.2 Política de saúde nos anos 1980 até dias atuais e o projeto de reforma sanitária**

Na metade da década de 1970 surge no Brasil, um movimento composto por estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde que emergem da luta contra a ditadura e passam a defender mudanças na saúde culminando com a criação do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.

Assim vai surgindo e ganhando organicidade o movimento sanitário que se utiliza de estudos e pesquisas produzidos anteriormente para denunciar, os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde implantado. Tal movimento apresentou propostas construtivas e incorporou; parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares.

No I Simpósio Nacional de Política de Saúde, o movimento apresentou e discutiu publicamente sua proposta de reorientação do sistema de saúde chamada Sistema Único de Saúde. Era uma proposta que considerava a democratização geral da sociedade, a universalização do direito a saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e com participação popular.

Segundo Bravo (2001), destaca-se como fundamentos dessa proposta:

[...] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (Bravo, 1999; Bravo & Matos, 2001).

Em que pese à falta de abertura para se representar tal proposta perante o governo, esta passou a servir de base para as reivindicações populares, bem como de profissionais e técnicos comprometidos com a qualidade nos serviços de saúde. A partir desse momento, outras experiências de reorganização dos serviços de saúde começaram a se desenvolver, algumas apoiadas pelo Ministério da Saúde, como o PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, dirigido para as áreas rurais do Nordeste.

Em 1982, o governo adota algumas medidas de reorientação da sua política de assistência médica, tais como: pagamento por diagnóstico, convênios com os Estados e Municípios, a inserção de AIH – Autorização de Internação Hospitalar e AIS – Ações Integradas de Saúde. Estas propiciaram a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS e CIMS, pontos de partida para os atuais Conselhos de Saúde e implantação do SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

Prevista a nova Assembleia Nacional Constituinte, fora convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com ampla participação de dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares. Nessa conferência foi aprovado um relatório que constituiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, levado posteriormente a Assembleia Nacional Constituinte em 1987, para discussão.

Como proposta de redemocratização da saúde do país, a Reforma Sanitária, propõe que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas, indo além da assistência médica, sendo responsabilidade de todo o governo e da sociedade. Conforme Neto (1998) é pertinente considerar a Saúde uma finalidade do desenvolvimento econômico e social, bem como um direito humano e de cidadania.

Apesar da ampliação das lutas e das mobilizações sociais as classes trabalhadoras não conseguiram interferir de forma significativa na ordem econômica, apesar de terem obtido significativas conquistas no campo dos direitos sociais e políticos. Contudo, no que concernem as conquistas sociais, a saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único

de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). “O Projeto de Reforma Sanitária, tendo no SUS uma estratégia, tem como base um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde” (CFESS, 2009, p. 08).

O SUS é um sistema composto por instituições da União, Estados e Municípios e o setor privado. Este, quando contratado e conveniado, deve atuar como público. É único por ser organizado com a mesma sistemática. Tem como características principais: o atendimento gratuito a todos, atuar de maneira integral, com ações voltadas para o tratamento e medidas preventivas, respeitando a dignidade humana, ser descentralizado, racional, deve ser eficaz e eficiente e democrático.

Frente a esse processo democrático de luta pela afirmação do direito à saúde, em 1988 contempla-se a aprovação da Constituição, nela estava inclusa uma seção sobre saúde na qual fora incorporada a essência das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde. O direito a saúde, assegurado na Constituição, compõe o capítulo que trata da seguridade social.

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (EC nº 26/2000 e EC nº64/2010) (BRASIL,1988, p. 18)

De fato, muito se agregou ao campo da saúde à medida que se processou sua inserção na constituição, visto que esse é um marco legal para garantia do acesso universal e igualitário aos bens e serviços de saúde, bem como na busca integralizada de formulação, promoção e implementação de políticas sociais e econômicas que operacionalizem estratégias voltadas para inibição e redução de riscos à saúde. Conforme acentua Simões,

A constituição instituiu planos integrados de ação de **medicina preventiva e curativa**, saúde ocupacional e higiene, medicação, alimentação e meio ambiente, por sua vez assegurados por uma estrutura unificada, em resultado da vontade constituinte de uma política integralizada de combate à doença, assegurada a toda a população, independente de sua condição social. (SIMÕES, 2009, p. 125).



Em consonância com as definições constitucionais, no 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. Neste sentido, a criação do Sistema Único de Saúde com vistas ao acesso universal e igualitário adquire respaldo jurídico, orientando-se pela Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/ 90 e 8.142/ 90. (EC no 29/2000, EC no 51/2006 e EC no 63/2010)

Elencados tais dispositivos, que regulam o Sistema de saúde, a saber, a lei 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e a lei 8.142 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”, (BRASIL, 1990), convém abordar também as Diretrizes do Pacto pela Saúde.

Após aproximadamente duas décadas do processo de institucionalização e implementação do SUS, e em resposta a diretriz da descentralização, que contribuiu para o conhecimento da realidade social, política e administrativa em suas referências regionais, depreendeu-se a necessidade de pactos entre os gestores do SUS. O *Pacto pela Saúde* apresenta um esforço legítimo entre as três esferas de gestão do SUS no sentido de rediscutir a organização e o funcionamento do referido sistema, objetivando o avanço e efetivação dos princípios outrora propostos na Constituição, bem como a responsabilidade da União, do Estado e do Município no tocante a saúde. A aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde obedece à portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 e dimensiona a consolidação do SUS em seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

**Pacto pela vida** significa: atenção e compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas derivados da situação de saúde do país e das prioridades

definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. As prioridades e objetivos do pacto pela vida são: a saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção a saúde e atenção básica consolidando e qualificando a estratégia da saúde da família como modelo de atenção básica a saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. (BRASIL, 2006).

**Pacto em defesa do SUS:** Envolve uma série de ações articuladas pelas três esferas de governo no sentido de reforçar o SUS, como política de Estado, com vistas a consolidar a Reforma Sanitária Brasileira e defender os princípios basilares que compõem o Sistema Único de Saúde estabelecido na Constituição Federal contribuindo, efetivamente, para a consolidação de tal sistema como política pública. (BRASIL, 2006).

**Pacto de Gestão do SUS:** estabelece compromissos de cada ente federado de forma a contribuir para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. As prioridades deste pacto são: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal e estabelecer as diretrizes para gestão do SUS com, ênfase na Descentralização; Regionalização; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social. (BRASIL, 2006).

Nessa conjuntura, busca-se o fortalecimento da Política de Saúde no sentido de fazer cumprir aquilo que fora idealizado pelo movimento de Reforma Sanitária e na 8ª Conferência Nacional de Saúde e que está posto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde - 8.080/ 1990. É pertinente destacar, nos termos dessa Política regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 687, de 30 de março de 2006, que:

[...] a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no **cuidado** com a vida. (BRASIL, 2006, p. 15).

Tais princípios nos remetem a uma reflexão sobre o conceito de integralidade, especialmente, como um instrumento promotor da eficácia nos resultados dos serviços de saúde, no sentido de envolver ações interdisciplinares entre os profissionais da área da saúde, família e usuários, sendo estes, entendidos como parte central para quem se destina o cuidado em saúde, nessa perspectiva.

Em 2008 o Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS legal encontrado na carta Constituinte. Há um enorme fosso entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente.

Assim sendo, o projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990, haja vista a refuncionalização e o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal (BRAVO)

Segundo Bravo; CFESS (2001;2009), o projeto saúde articulado ao mercado ou reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste cujas principais tendências são: a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Nesse sentido, é função do Estado,

[...] garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, p. 11).

Notadamente, a direção imposta a política de saúde objetiva estimular o seguro privado de saúde, ficando ao Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, através do pacote mínimo de serviços.

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram as formulações da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos,

focalistas que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (BRAVO, 2001; CFESS, 2009)

Corroboramos com Bravo ao afirmar que a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 pelos movimentos de Reforma Sanitária tem sido cotidiana e sistematicamente desconstruída. Os serviços de Saúde, majoritariamente, ficam vinculados ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil.

Para fins de redução dos custos, observamos no contexto atual a “refilantropização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais,” medidas que precariza ainda mais os serviços e a atenção à saúde da população (BRAVO, 2001). Ainda, a manutenção da política focal, a precarização dos serviços e terceirização dos recursos humanos.

São notórias as dificuldades observadas na consolidação do sistema, dentre outros aspectos apontamos: desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde; o desafio de construir práticas baseadas na integralidade e universalidade; os dilemas no financiamento do setor; a pontual e frágil experiência de controle social. As questões apontadas constituem exemplos “de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor saúde” (CFESS, 2009).

### 3 O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E SUA INTERVENÇÃO NO AMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

Conforme temos apresentado neste trabalho, a saúde é irrefutavelmente, um bem essencial para a garantia da qualidade de vida dos cidadãos. Nela estão imbricados outros direitos sociais<sup>9</sup> e humanos, que em consonância com seu conceito ampliado lhes dão sustentação. O acesso às políticas de saúde está hodiernamente<sup>10</sup> disposto na legislação brasileira como direito de todos e dever do Estado, entretanto, sabemos quão difícil tem se percebido a efetivação deste direito, seja, pela negação do Estado em promover a aplicabilidade da lei, seja, pelos tramites imensamente burocráticos que fazem minar a força normativa da legislação vigente, negando-se esse valor.

As políticas públicas podem ser entendidas como diretrizes que principiarão as ações do poder público, normatizadas documentalmente por um conjunto de leis que favoreçam a sistêmica relação entre investimentos públicos e sociedade. Malgrado o aspecto de subordinação aos critérios econômicos e a incorporação lenta e fragmentada dos direitos sociais, tais políticas ganham força com o processo de redemocratização a partir de meados da década de 70<sup>11</sup>, em que se observavam manifestações expressivas na efervescência social daquele período, buscando-se delinear um aparato legal que subsidiasse o enfrentamento da questão social e suas expressões, entendida, antes, como “uma questão de polícia”, omitindo-se a natureza política dos problemas sociais.

Dentre as situações atinentes a questão social, está à saúde. Como já abordado anteriormente, a saúde compreenderá não somente os aspectos curativos, mas também, primordialmente, preventivos. De tal modo que possamos experimentar aquilo que está preconizado no conceito de saúde emitido pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em que se postula que esta, consiste em um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Porém, apesar das

---

<sup>9</sup> Outorgados na CF/88, Art. 6º são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

<sup>10</sup> Atualmente

<sup>11</sup> Como situamos no capítulo anterior.

suficientes legislações a este respeito, faz-se necessário empreender esforços para consolidação e efetivação desse direito. Identifica-se, portanto, a necessidade de um sistema que garanta à eficácia na execução da política pública de saúde e defenda o direito a saúde de forma plena, universal, integral e equânime.

Dentre os variados programas inscritos na política de saúde, destacamos o Programa Nacional de Transplantes e o Transplante Renal, haja vista a aproximação com a temática, conforme mencionado anteriormente, dada mediante a inserção no campo de estágio. Assim, nos propomos a partir desse momento caracterizar o programa, elencar aspectos importantes sobre o transplante renal e situar sucintamente o Serviço Social nesse contexto.

### **3.1 Considerações acerca da Política Nacional de Transplantes**

Dentre os programas inscritos na Política de Saúde, o programa de transplantes de órgãos, nos chamou a atenção devido à complexidade e as particularidades que o envolvem, e ainda, por ser um espaço privilegiado para a atuação do/a assistente social. Nesse sentido, entendemos ser relevante destacar a atuação desse profissional sistematizando suas ações respaldadas em um referencial teórico metodológico que possibilite ao usuário, conhecimento, esclarecimentos, emancipação e ampliação dos direitos cidadãos.

O sistema de transplante de órgãos e tecidos teve início no Brasil ainda no final da década de 1930, a partir da realização de um transplante de córnea (Ferraz, 2004 apud Costa, s/d). No começo dos anos sessenta, surgem os primeiros transplantes de rim, realizados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Em 1968, em São Paulo, foi realizado o primeiro transplante cardíaco. Desde esse período até 1997, houve um progresso em termos de técnicas cirúrgicas; resultados; diversidade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados. Todavia, não havia uma legislação específica que regulamentasse as atividades de inscrição de receptores; transplante; retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados. A estrutura institucional existente naquela época era inadequada à realização dos procedimentos (COSTA, s/d).

Nesse sentido, em 1997, foi criada e sancionada a lei 9.434<sup>12</sup>, estabelecendo os critérios sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano direcionados para transplante. No intuito de regulamentar a gestão administrativa prevista foi estabelecido o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que instituiu o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) junto ao Ministério da Saúde, sendo este responsável em: captar e distribuir órgãos e tecidos no país (BRASIL, 2010).

Convém citar que a elaboração da lei 9.434/97 apresentou dados polêmicos, principalmente atinentes a doação presumida. Frente à redação do artigo 4º § 1º, depreendia-se que todos os indivíduos seriam doadores de órgãos e tecidos, salvo aqueles que se manifestassem contrários e imprimissem em suas cédulas de identidade ou carteira de habilitação, a observação; “*não doador de órgãos e tecidos*”.

É a partir das discussões impulsionadas pela compulsoriedade na doação de órgãos e tecidos que são implementadas algumas medidas no intuito de dirimir as contestações e tornar efetiva a lei. Contudo, somente com a promulgação da lei 10.211/2001, quando é postulado a competência da família sobre a decisão de doar ou não, órgãos e tecidos *post mortem*, é que se tem uma aceitação mais ampla dessa legislação. Dentre as modificações, destaca-se a nova redação do art. 4º que passa a vigorar nos seguintes termos,

**Art. 4º** A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte."(lei 10.211 de 23/03/2001)

Assim a elaboração da lei 10.211 se constituiu uma iniciativa de regulamentar a remoção e disposição de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, no sentido de garantir a gratuidade e transparência na política de doação – transplante, com fins de conter possíveis irregularidades como o comércio ilegal de órgãos e tecidos humanos.

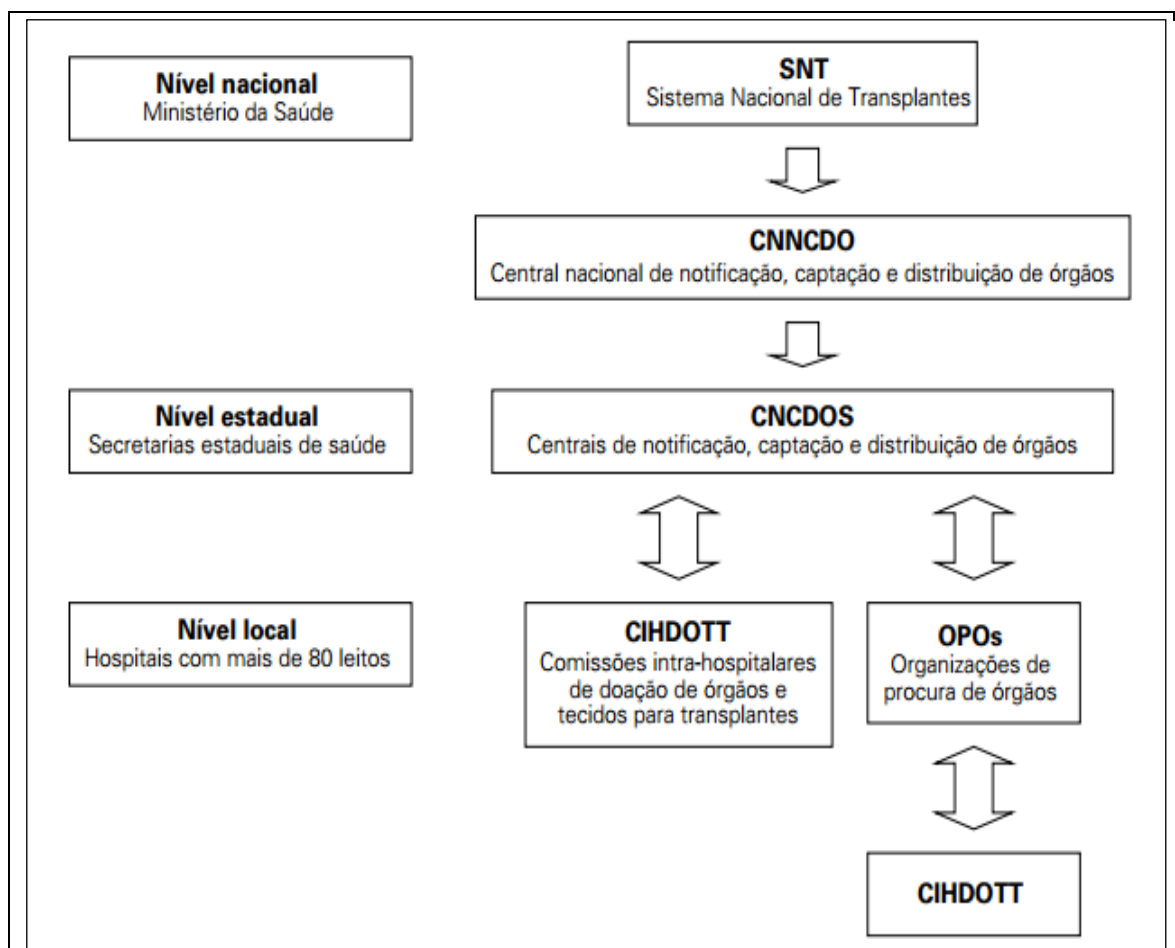
---

<sup>12</sup> Conforme estabelece a Lei (artigo 1º), a aquisição de órgãos e tecidos deve ser gratuita, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei” (BRASIL, 1997, s/p).

De acordo com Pestana et all, (2011, p.474), após o restabelecimento (2001) do consentimento familiar para a doação de órgãos, observa-se um considerável aumento no número absoluto e relativo de transplantes com órgãos de doadores falecidos. Além disso, também foi criada a “portaria ministerial nº 1.752 de 23 de setembro de 2005 determinando que todos os hospitais com mais de 80 leitos devem dispor de Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e tecidos”. Essas medidas terão significativa importância para a efetivação do programa de transplante em nosso país.

Atualmente o Sistema Nacional de Transplante se organiza da seguinte forma:

FIGURA 1 – ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE



Fonte: Pestana et all (2011)



De acordo com Pestana et all (2011), o Sistema Nacional de Transplante (STN) terá a função de: a) credenciar equipes e hospitais para a realização de transplantes, define o financiamento e portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados; b) coordenar a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), cuja designação é alocar os órgãos doados entre os estados; c) coordenar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) presente nas secretarias de saúde dos 27 estados da federação<sup>13</sup>. “As secretarias estaduais podem criar Organizações de Procura de Órgãos (OPO), também denominadas Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT), regionalizando a captação em estados com população elevada ou com território geográfico extenso” (PESTANA, Op. cit, p.474). Como citado anteriormente, as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) são direcionados à detecção proativa de potenciais doadores<sup>14</sup>. Assim esclarece Costa et al. (s/d, p. 06) devem:

- i) organizar, no âmbito do hospital, o processo de captação de órgãos;
- ii) articular-se com as equipes médicas das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's);r
- iii) realizar a identificação e manutenção de potenciais doadores;
- iv) coordenar a abordagem familiar do potencial doador e
- v) articular-se com o Instituto Médico Legal sobre o processo de necropsia dos doadores. Assim, a luz da teoria da Agência, dentro do hospital, o agente são as CIHDOTT.

É certo que os avanços biotecnológicos e os programas e normativas técnicas, têm contribuído enfaticamente para o progresso e qualificação de técnicas intervencionistas extraordinárias também nos processos saúde/adoecimento. A medicina, imbuída do desejo de melhorar e prolongar vidas desbrava possibilidades para estes fins, encontra nos procedimentos terapêuticos e de transplante de

---

<sup>13</sup> No nível regional, as centrais estaduais são responsáveis por coordenar as atividades do transplante no âmbito estadual, realizando as inscrições e as ordenações dos receptores, além de receber as notificações de potenciais doadores e coordenar a logística de todo o processo de doação, desde o diagnóstico de morte encefálica, a abordagem dos familiares e a retirada e alocação dos órgãos.

<sup>14</sup> Cf. Pestana et all (2011)

órgãos, tecidos e partes do corpo humano, novas e seguras formas de reabilitação física e social de pacientes que outrora eram subjugados a um processo de fatalismo e esquecimento por sofrerem de algum dano considerado irreversível em seus órgão e tecidos.

Entretanto, ainda permanecem variadas discussões que envolvem a ética, o caráter científico, filosófico, jurídico e etc. Há que se atentar para a conciliação do direito coletivo e o individual, com vistas a contribuir para o desenvolvimento científico e a prática da solidariedade, empreendendo pesquisas que mantenham um ordenamento legítimo na garantia do aproveitamento do corpo humano, em tratamentos terapêuticos ou transplantatórios, obedecendo ao caráter coletivo, mas também, prezando pelos interesses individuais concernentes a vida e a integridade física do sujeito preconizada no direito geral de personalidade que é amparado pela Constituição Federal, no Código Civil e no Código Penal.

Por essa razão, não querendo adentrar esta seara, mas apenas para indicar algumas questões polêmicas na doação de órgãos, podemos citar a utilização de fetos anencéfalos, o xenotransplante<sup>15</sup>, a clonagem terapêutica, o progresso técnico na prática de reanimação (eutanásia e distanásia) e o momento da morte. Nesse sentido, torna-se imperativo a observância atinente às necessidades terapêuticas, a conformidade e autorização do doador ou familiar do mesmo, de modo que sejam preservadas a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.

É possível perceber que mesmo frente aos ganhos constitucionais, oportunos e salutareos na conquista dos direitos no tocante a saúde, e nesta, na política de transplantes, abrem-se lacunas deficitárias no que concerne a execução e trato das questões relativas à mesma, o que imprime na sociedade a permanente necessidade de luta e a consciência de classe para si, no sentido de que sejam buscados e efetivados seus direitos. Não obstante, os rebatimentos sofridos a doação de órgãos e efetiva condição transplantatória, apontam para um caminho de

---

<sup>15</sup> Xenotransplante ou heterotransplante “é o transplante de órgãos, tecidos e células de uma espécie para outra”. Assim, em 1964 foi transplantado um rim de chipanzé em um homem. Na década de 80 um coração de macaco foi transplantado em um bebê (Baby Fae) e na década de 90 fígados de macacos foram transplantados em dois pacientes, além do transplante de coração e fígados de porcos em receptores humanos (PESSINI, 2007, p. 107). (texto 3 pnt)

novas possibilidades e melhor qualidade de vida dos sujeitos em situações de cronicidade patológica de algum órgão. Considerando-se a abrangência do tema e a necessidade de delimitar, na composição deste trabalho, a ênfase no transplante renal, aprofundaremos a seguir o estudo sobre este procedimento.

Conforme esclarece Costa et all (s/d, p. 01), o Brasil apresenta o maior sistema público de transplantes de órgãos e ocupa o segundo lugar (atrás apenas dos Estados Unidos) no número (absoluto) de cirurgias desse porte, com destaque para o transplante renal. “Entre 2000 e 2010, a quantidade de transplantes renais nos Estados Unidos cresceu de 13.621 para 16.898 transplantes (crescimento de 24,06%), respectivamente”. Já no Brasil, o número passou de 2.912 em 2000 para 4.660 em 2010, significando um aumento de 60,03% no mesmo período.

Seguindo do ordenamento legislativo jurídico, que regulariza as atividades terapêuticas para os pacientes renais, para o cuidado em saúde, convém citar este, como fator imprescindível para o processo de promoção, proteção e recuperação em saúde dos usuários transplantados renais, entendendo-se que, “cuidado em saúde” é parte do princípio da integralidade. Nesse sentido, um profissional da saúde, há que compreender que o cuidado aos portadores de IRC, não diferente daqueles que apresentam outras manifestações patológicas, deve conduzir a um atendimento que contemple uma visão ampliada de saúde. De acordo com Mattos,

Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente (...) A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade. (Mattos, 2001, p.48-9).

É na perspectiva da totalidade que podemos integrar ações educativas em saúde, que transcendem a fundamentação científica e o tecnicismo e vão além de ações meramente curativas buscando absorver a dimensão preventiva capaz de adotar um conjunto de saberes e práticas que rompam com a visão reducionista dos sujeitos e sejam dotadas de uma compreensão mais abrangente das questões relativas à saúde, proporcionando intervenções mais efetivas tanto no processo de

cura quanto nas ações preventivas orientadas em um contexto multiprofissional e interdisciplinar que valorize a produção do cuidado em saúde.

De acordo com instruções referenciadas no manual de transplante renal, revisado pela doutora Maria Cristina Ribeiro de Castro<sup>16</sup>, os rins têm como principais funções, eliminar impurezas do sangue; regular a pressão arterial; produzir hormônios; participar na formação e na manutenção dos ossos; estimular a produção de glóbulos vermelhos. Em sendo assim, quando o órgão apresenta dificuldade no desenvolvimento e realização dessas funções, há que se encontrar medidas terapêuticas, medicamentosas e dietéticas para o processo de reabilitação do sujeito portador de tal insuficiência. Em casos mais críticos, deve haver a substituição da função renal por meio de diálise crônica ou realização de um transplante renal.

Atualmente a doença renal Crônica (DRC) se constitui em um problema médico e de saúde pública, sendo uma patologia frequente entre adultos. Essa enfermidade consiste numa lesão renal e perda progressiva da função dos rins, de tal forma que, em sua fase terminal mais avançada, chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica (IRC) os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. A doença renal pode ser silenciosa, ou seja, há casos em que os rins perdem até 80% de suas funções de maneira assintomática. (Diretrizes Brasileira para Doença Renal Crônica, J Bras.Nefrol. 2004:1-87).

Dentre as formas de tratamento está o transplante renal, apontado como o método mais efetivo e de menor custo para a reabilitação do paciente com insuficiência renal, o mesmo consiste na substituição dos rins doentes por um rim saudável de um doador, salientando que o transplante renal é um tratamento e não uma cura, tendo em vista que o paciente permanecerá em processo de tratamento pelo resto da vida, necessitando de acompanhamento médico e utilização de certos medicamentos.

### **3.2 Desafios e possibilidades do exercício profissional do assistente social na área da saúde: uma experiência de estágio no setor de transplante do Hospital Universitário Onofre Lopes.**

---

<sup>16</sup> Médica nefrologista da Unidade de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*“Eu vejo a vida melhor no futuro  
Eu vejo isso por cima do muro  
De hipocrisia, que insiste em nos rodear.”  
Lulu Santos*

Até agora nos detivemos em abordar e caracterizar a política de saúde no Brasil, particularizando o Programa Nacional de Transplante e o Transplante Renal. Neste momento nos deteremos em discorrer sobre a inserção do Assistente Social na área da saúde, refletindo sobre suas competências, habilidades e atribuições, mas também sobre os limites encontrados a plena efetivação do exercício e as possibilidades da profissão consubstanciadas pelos marcos regulatórios da profissão e o projeto ético-político.

Não diferente dos demais campos de atuação<sup>17</sup>, insurgem na política de saúde os conflitos e as lutas em defesa da plena garantia de direitos, uma vez que, se inscreve no contexto contraditório e antagônico da sociedade capitalista. Nesse sentido, o exercício profissional do/a assistente social também é perpassado pelas contradições inerentes a sociabilidade vigente, e não raras vezes, ao colocar-se em defesa dos direitos dos indivíduos sociais acaba sofrendo os rebatimentos condicionados ao vínculo de trabalhador assalariado. Assim, como esclarece lamamoto (2009),

(...) a luta pela afirmação dos direitos é hoje também uma luta contra o capital, parte de um processo de acumulação de forças para uma forma de desenvolvimento social, que possa vir a contemplar o desenvolvimento de cada um e de todos os indivíduos sociais. Esses são, também, dilemas do Serviço Social. (IAMAMOTO, 2009. p. 16)

Contra o domínio do capital torna-se premente a luta incessante pela conquista e consolidação de direitos embora que, como salienta Santos (2010), os direitos legalmente conquistados nem sempre são materializados na vida cotidiana. Ainda assim, não podemos negar a importância destes, principalmente, no contexto de ampliação e complexificação das expressões da questão social.

---

<sup>17</sup> Conforme lamamoto, os espaços ocupacionais do Assistente Social tem lugar no Estado – nas esferas do poder executivo, legislativo e judiciário – em empresas privadas capitalistas, em organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e na acessória e organização de movimentos sociais. (lamamoto, 2009, p.19)

Como explicam Oliveira e Santos (2010), na sociedade capitalista, as condições materiais impõem dificuldades à consolidação dos direitos dos grupos subalternizados, ou seja, a garantia do direito a saúde, assim como bens e serviços socialmente produzidos, não se resolve com a instituição de marcos legais ou de um arcabouço jurídico<sup>18</sup>. Requer, além destes, condições objetivas que possibilitem a efetiva participação dos sujeitos no acesso e usufruto de direitos.

Nesse sentido é imprescindível que a profissão, mantenha-se em sintonia com princípios e valores éticos, fundamentados no projeto ético-político profissional, construído no seio da profissão na transição dos anos 1970 e 1980 e consolidado nos 1990. Momento de significativas transformações na profissão, de recusa do conservadorismo e defesa da construção de uma sociedade radicalmente livre e democrática. Conforme Amaral e Mota (2009, p.50), o projeto profissional do serviço social, “foi gestado no movimento pela redemocratização da sociedade e do Estado, cujos sujeitos políticos foram os trabalhadores organizados, que precipitaram a crise da ditadura militar”.

É importante salientar, que o projeto ético-político do Serviço Social materializado no cotidiano profissional e nos marcos regulatórios da profissão, é defensor do respeito ao pluralismo (teórico, ideológico e político), defende a liberdade como valor ético central, a defesa dos direitos humanos, a luta pela cidadania, e, sobretudo a construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero.

Conforme afirma Netto,

O projeto éticopolítico tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. A partir destas escolhas que o fundam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo tanto na sociedade como no exercício profissional. (NETTO, 1999, p. 104-105).

---

<sup>18</sup> Para maior apreensão, ver SANTOS, 2010.

Porém, na contramão da direção política apropriada pela profissão, são colocados a categoria profissional inúmeros desafios. Ao tempo que dá-se a maturidade intelectual da profissão, se identifica a ofensiva conservadora e as consolidação das políticas neoliberais. De acordo com (Netto, 1999), nesse contexto de ampliação da ofensiva neoliberal, o Estado tende a desresponsabilizar-se frente a questão social, ocorre retrocessos no campo dos direitos sociais, o sucateamento e a privatização dos serviços públicos. Aumenta-se concentração e riquezas e propriedade e na mesma proporção amplia-se a miséria e a pauperização da classe trabalhadora. Complementando, assevera Yasbek (2011), o neoliberalismo erodiu as bases dos sistemas de proteção social e redirecionou as intervenções do Estado em relação à questão social. Ainda segundo a autora,

Nas últimas décadas as políticas sociais vem sendo objeto de um processo de reordenamento, subordinado às políticas de estabilização da economia, em que a opção neoliberal na área social passa, pelo apelo à filantropia e à solidariedade da sociedade civil e por programas seletivos e focalizados de combate à pobreza no âmbito do Estado (apesar da Constituição de 1988), novas questões se colocam ao Serviço Social, quer do ponto de vista de sua intervenção, quer do ponto de vista da construção de seu corpo de conhecimentos (YASBEK, 2011, p. 12-13)

Por tudo isso, no tempo contemporâneo a profissão enfrenta o desafio de decifrar algumas lógicas da sociabilidade do capital, particularmente, as que se referem às mudanças no mundo do trabalho e os processos desestruturadores dos sistemas de proteção social e da política social em geral (YASBEK, op. cit. p. 12-13).

Na saúde, onde os rebatimentos desse processo claramente se expressam, novas demandas são postas ao assistente social. No contexto de disputa dos projetos antagônicos (capital e trabalho), às possibilidades de conquistadas no âmbito social encontram limites impostos pela lógica e pelos interesses do grande capital. O documento do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, sobre os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Área da Saúde, dispõe que:

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho, e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes

que vivem do trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo (CFESS, 2009, p.8).

Conforme abordamos no primeiro capítulo deste trabalho monográfico, a saúde está colocada para nós em duas perspectivas principais: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. O primeiro marcado pela ausência de financiamento, pelas tentativas de distanciamento Estado. O segundo, com a impetração de recursos públicos e ladeado da ideologia da efetividade, eficiência e agilidade contraposta ao burocratismo e ineficiência dos serviços públicos. Tal discurso ideológico é utilizado como estratégia para privilegiar e dar sustentação ao projeto privatista e ainda, justificar o financiamento público nas empresas de serviços de saúde.

Para o assistente social comprometido com o projeto profissional da categoria, é imperativo identificar nesse campo da saúde, as dificuldades para efetivação do projeto de Reforma Sanitária onde se prefigura a implantação do SUS, e dentro de critérios de razoabilidade circunscritos no artigo 4º da lei 8.662/93 concernentes às competências do Assistente Social, e ainda, examinadas as possibilidades de articulação com outros segmentos defensores dessa política, elaborar estratégias que contribuam para efetivação do direito a saúde.

Os Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Área da Saúde nos indicam alguns pontos para uma atuação competente e crítica do Serviço social nesse campo de atuação, ressaltando-se a inexistência de fórmulas prontas para construção de um projeto democrático e defendendo que isso não é particular de uma profissão ou categoria profissional, mas tendo em vista o compromisso com a democracia e a implementação e efetivação de políticas públicas que façam frente ao projeto neoliberal. Assim dispõe,

- ❖ estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- ❖ facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- ❖ tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a



participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;

- ❖ elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- ❖ efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2009, p.15)

Ainda, no mesmo documento apresentam-se as principais ações a serem desenvolvidas pelo serviço social, enfatizando o empenho profissional em potencializar a orientação social em detrimento de orientação psicoterapêutica, visto que esta foge ao âmbito da competência do assistente social e não está prevista na legislação profissional. Nesse sentido, destaca como ações importantes, as seguintes:

- ❖ prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- ❖ identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- ❖ realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- ❖ criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- ❖ realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- ❖ realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- ❖ trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- ❖ criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.

- ❖ registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social. (CFESS, 2009, p. 22-23).

É pertinente salientar que à inserção do profissional de Serviço Social na área da Saúde e sua atuação, se dão por meio de normatizações na própria Lei que regulamenta a profissão (8.662/93); e na Lei das Diretrizes Curriculares da ABPSS (96) e ainda, em legislações específicas desse campo, a saber: a Resolução nº 218 de 1997, concernente à regulamentação das profissões de saúde, em que se considerando as conquistas após a Conferência Nacional de Saúde em 1986, reconhece-se a importância do trabalho interdisciplinar na área supracitada, bem como, apresenta o profissional de Serviço Social como componente desse grupo. É também uma importante conquista neste aspecto de orientação para atuação do Serviço social na saúde, a elaboração do documento pelo CFESS (2009), intitulado “Parâmetros para atuação de assistente social na área da saúde”, já referenciado anteriormente.

Frente ao exposto, há que se considerar em sintonia com Bravo e Matos, que o trabalho do assistente social na área da saúde, além de ser norteado pelos princípios éticos político da profissão, deve estar articulado com os princípios do Projeto de Reforma Sanitária<sup>19</sup>. O nosso Código de Ética (1993) apresenta elementos importantes para a nossa atuação na área da saúde, merecendo destaque princípios como;

- ❖ Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- ❖ Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- ❖ Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- ❖ Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (Bravo e Matos-2006)

---

<sup>19</sup> Movimento social que visava uma nova forma de pensar a saúde por meio da ampliação deste conceito. Consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS e garantiu na Constituição Federal a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A partir dessas premissas podemos afirmar que é imprescindível à organização política da categoria profissional e o revigoramento do movimento democrático e popular. São necessários ao exercício profissional, disposição e ousadia para reafirmar tanto, os direitos assegurados na Constituição Federal, quanto o direcionamento político e ético materializados nos marcos regulatórios da profissão.

### **3.3A Promoção da Política de Transplante no Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN)**

O Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL é uma unidade suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), diretamente vinculado à Reitoria, se orienta pelas diretrizes do Complexo Hospitalar e de Saúde, tem como finalidade promover a assistência à saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão no âmbito das ciências da saúde, e correlatas, com qualidade ética e sustentabilidade. O HUOL integra o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8080/90), na qualidade de hospital de referência, sem prejuízo dos objetivos fundamentais da UFRN. Visa ser reconhecido como hospital universitário de referência, identificado pela excelência, sentido humanitário e relevância social. Tem por objetivo: Promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência, no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade.

O Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), inicialmente, foi denominado “Hospital da caridade”, sua fundação ocorreu em 10 de Setembro de 1855, sendo o primeiro hospital do Rio Grande do Norte. Sua manutenção se realizava de forma precária, advinda de auxílios da sociedade e de recursos ínfimos do Estado. Em 1906 a referida instituição foi extinta restando em funcionamento apenas uma enfermaria para atendimento de pacientes miseráveis. Sua história terá sequência em 1909.

De acordo com dados obtidos no site da instituição (HUOL), em 12 de Setembro de 1909, por meio do decreto 205, estabelecido pelo governador Alberto Maranhão, houve uma reorganização nos serviços de saúde do Estado. Nesse contexto, uma casa de veraneio no alto de Petrópolis foi adaptada para o funcionamento de um hospital que passou a designar-se “Hospital da Caridade

Juvino Barreto”. Este dispunha de 18 leitos e com características de um hospital geral. O então diretor era o médico Januário Cicco. O Hospital tinha como finalidade prestar assistência médica à população pobre e estava subordinado a Inspetoria de Higiene e Saúde.

O ano de 1927 é apontado como um marco na História do hospital, por meio da criação da Sociedade de Assistência Hospitalar, uma Instituição de Direito Privado, sem fins lucrativos, a referida instituição “teve um aumento significativo no seu corpo clínico, e o hospital passou a contar com 100 leitos; o atendimento não se limitava mais ao tratamento elementar. Nesse período o hospital ficou sob direção da Sociedade de Assistência Hospitalar. No ano de 1935 o hospital passa a denominar-se “Miguel Couto”, em homenagem ao vultoso nome da medicina nacional. E em 1946 o hospital já contava com uma boa estrutura física dispondo de 379 leitos.

Em 1952, a pedido do Dr. Januário Cicco e pela Lei 693 do referido ano, o “Hospital Miguel Couto” e seus anexos foram doados á Sociedade de Assistência Hospitalar, que até então o dirigia. Nessa conjuntura são lançadas as bases que darão suporte para a futura criação da Faculdade de Medicina.

A partir de 05 de Fevereiro de 1955 é criada a Faculdade de Medicina, e o hospital torna-se também ambiente experimental na dimensão pedagógica de ensino e aprendizagem para os diversos cursos da área da saúde. Em 1960 há mais uma mudança de nomenclatura passando de “Hospital Miguel Couto” para “Hospital das Clínicas” através de um decreto assinado pelo Presidente Juscelino Kubitscheck. Desse modo, assume a personalidade de hospital escola integrando-se a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, portanto, subordinado ao reitor.

Em 1984 por meio da Resolução 68/68 do Conselho Superior da UFRN o hospital é doravante denominado Hospital Universitário Onofre Lopes. Posteriormente, em 1988, integra-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei Orgânica da Saúde - LOS (nº 8.080), que em sua disposição preliminar estabelece: “art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”. O Hospital torna-se uma referência em saúde no Estado.

Dentre os serviços de saúde ofertados pelo HUOL que se realizam em consonância com os princípios que norteiam o SUS, está o Programa de Transplante Renal, no qual se insere a prática profissional do Serviço Social e conseqüentemente, onde se realizou nossa experiência de estágio obrigatório. O Programa de Transplante Renal (TX) possui duas vertentes de atendimento: pacientes externos e internos. O paciente interno é aquele que se encontra hospitalizado nas enfermarias, enquanto o externo é aquele que é acompanhado no ambulatório pelo médico e aguarda, preparando-se para o transplante ou para o acompanhamento pós-transplante.

O programa de transplante renal é coordenado por uma assistente social, e conta com uma equipe multidisciplinar, composta por: 01 (uma) nutricionista, 01 (um) psicólogo, 01 (uma) assistente social, nefrologistas, urologistas, enfermeiras, dentistas e cirurgiões. O programa é responsável por receber os pacientes encaminhados pelo setor de transplante renal (TX). Existe um acompanhamento de pacientes pré-transplante e pós-transplante. Sendo realizado palestras a cada dois meses com os pacientes pré-TX e acompanhamento por esses profissionais no pós-operatório.

O atendimento ambulatorial é realizado também pela equipe multidisciplinar, ocorrendo nesse setor, os primeiros contatos com o usuário. O Assistente Social se posiciona como um agente potencializador nas mediações, reivindicando os direitos em especial, a efetivação do direito a saúde e reconhecendo a família como parte de uma totalidade dentro de um processo contínuo de mudanças que podem contribuir para melhor bem estar do usuário. Atua junto à equipe, abrindo espaço para troca de informações e experiência junto aos demais membros, tentando oferecer ao usuário um serviço de qualidade que venha contemplar suas necessidades.

Nesse sentido, dentre outras atividades cabe ao Assistente Social minorar as dificuldades do paciente, acompanhando-o desde o preparo inicial até o atendimento pós-transplante, orientando-o, bem como aos seus familiares. O profissional aponta alguns esclarecimentos sobre a enfermidade do usuário, formas de acesso ao tratamento, à cirurgia e os procedimentos pós-operatórios. Busca garantir, por exemplo, o acesso aos medicamentos, indicando a forma para terem acesso gratuitamente. Expede ofícios a serem encaminhados às secretarias de saúde do município do paciente ou a STTU (Secretaria de Tráfego e Transporte Urbano),

atestando a necessidade de acesso gratuito ao transporte por esse agrupamento de pessoas em tratamento, e ainda acompanha as questões inerentes aos exames necessários para a realização do transplante.

Atua junto à equipe, abrindo espaço para troca de informações e experiência junto aos demais membros, tentando oferecer ao usuário um serviço de qualidade que venha contemplar as suas reais necessidades e reconhecendo-o como um cidadão de direitos.

Internamente, o Assistente Social encaminha e orienta o paciente para exames de rotina, agendamento de consultas, acompanhamento nas enfermarias, visando detectar os problemas enfrentados pelo usuário e sua família. Dentre as principais competências e atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no setor de transplante do HOUL destacam-se:

- ❖ Entrevistas iniciais de forma a identificar os aspectos socioeconômicos que possam interferir no processo de preparo para o transplante;
- ❖ Acompanhamentos e orientações antes e após a cirurgia aos pacientes e familiares, procurando uma ligação entre suas necessidades e a possibilidade de recuperação e compreensão da nova realidade;
- ❖ Reuniões mensais com os pacientes de primeira vez em preparo para o TX;
- ❖ Encaminhamentos as diversas instituições e órgãos;
- ❖ Reuniões com a equipe multidisciplinar;
- ❖ Reuniões intersetoriais;
- ❖ Intermediações com o Serviço Social das Clínicas de Hemodiálise;
- ❖ Contatos com a Central de Transplante;
- ❖ Encaminhamentos ao Hemovida para a realização de exames de HLA;
- ❖ Orientações e preenchimentos dos formulários de Passe Livre para Ministério da Saúde – (transporte interestadual);
- ❖ Solicitações de transportes aos municípios de origem dos pacientes transplantados;
- ❖ Visitas as enfermarias de Transplante Renal.

É imprescindível a presença do profissional de Serviço Social no Programa de Transplante Renal, uma vez que este trabalha na perspectiva de que estes usuários tenham seus direitos relativos aos serviços em saúde realmente efetivados, tanto no

âmbito interno como externo à instituição. Há que ser um trabalho voltado para a garantia da assistência integral ao portador de Insuficiência Renal Crônica.

No entanto por vezes a qualidade dos serviços desenvolvidos por estes profissionais, encontra-se comprometida devido à falta de condições objetivas, dentre estas, o reduzido número de profissionais em detrimento da significativa demanda que chega a este espaço.

No decorrer da experiência de estágio, identificamos limitações enfrentadas pelo Serviço Social e principalmente pelos usuários. Dentre estas, destacamos a ausência de um trabalho direcionado aos familiares dos pacientes, tanto daqueles do pré-transplante como do pós-transplante, no sentido de orientá-los no contexto das relações de convivência com um portador de doença crônica, dado a sensibilidade, autocrítica, reformulação de costumes outrora praticados e inoportunos para o desempenho de hábitos mais saudáveis, necessários a estes usuários para que assegurem maior sobrevida no tratamento.

Entendemos que os procedimentos terapêuticos devidos aos portadores de Insuficiência Renal Crônica, estão imbricados em um processo que agrega condições biológicas e sociais. Carece-se de uma articulação em rede para que se assegure a proteção à vida, resguardando-se o bem estar físico e social. A portaria<sup>20</sup> de Nº 1168/GM Em 15 de junho de 2004, em seu artigo 2º, incisos de I ao X, permite,

- I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;
- III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem

---

<sup>20</sup> Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal;

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante);

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil;

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados;

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Como observado na construção deste trabalho, a opção pelo transplante renal é notadamente, o meio de tratamento melhor promotor de qualidade de vida aos que dele necessitarem. Convém citar que antes de submeterem-se ao transplante, os portadores de IRC que passaram por esse procedimento clínico, no HUOL, são avaliados clínica, social e psicologicamente. A análise clínica é seguida também pela avaliação odontológica. É pertinente destacar que a melhoria na qualidade de vida, está também associada a questões como a garantia de direitos constitucionais.

Portanto, em um contexto de negação de direitos, um dos principais desafios para estes usuários, configura-se na premente necessidade do resgate da cidadania, e da absorção do pleno sentido do conceito de integralidade na saúde, em que se possa experimentar maior atenção dos profissionais da saúde, das famílias e da sociedade no enfrentamento dos problemas gerados pela doença renal crônica.



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme afirma a autora Maria Lúcia Martinelli, “a história é essencialmente movimento, é instituínte, constrói-se a cada momento, trazendo sempre novas possibilidades”. (MARTINELLI, 2009, p.158-159). Desde o início de nossa formação acadêmica no curso de Serviço Social, observamos as particularidades do trabalho social constituído de forma a corroborar na emancipação dos direitos, absorvendo as competências necessárias para aplicabilidade nesta perspectiva. Para fins deste trabalho, buscamos abordar a questão da saúde enquanto direito, situando a particularidade da Política Nacional de Transplante, e o exercício profissional do assistente social, enquanto agente facilitador desse processo.

É interessante quando a Martinelli afirma que a história é movimento e que traz sempre novas possibilidades. É sob essa égide que tratamos sobre o direito a saúde como condição de acesso a bens e serviços de qualidade para os usuários do sistema de saúde, portadores de doença renal crônica. No decurso do estágio curricular no HUOL, tivemos a oportunidade de encontrar muitos usuários subjugados a essa enfermidade. Parecia contraditório pensar em “novas possibilidades” para os portadores de Insuficiência Renal Crônica – IRC e em tratamento hemodialítico, frente à brutalidade de tal doença, que traz consigo limitações comprometedoras no âmbito físico, psicológico, familiar e social.

Evidencia-se nesse contexto, a necessidade destes usuários terem efetivado o direito a saúde em sua totalidade. E daí, a compreensão dessa visão ampliada do conceito de saúde, articulada nesta pesquisa, em que seu ordenamento busca conhecer, através de um despertar em campo de estágio, a complexidade envolta no processo de convivência com a cronicidade de uma patologia.

A busca de alternativas terapêuticas que melhorem a qualidade de vida desses usuários portadores de IRC há que ser persistente e necessariamente, compreende uma ação ordenada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares de forma integral, bem como, a exigência da atenção familiar como grupo capaz de potencializar o cuidado em saúde.

É na perspectiva da totalidade que podemos integrar ações educativas em saúde, que transcendem a fundamentação científica e o tecnicismo e vão além de

ações meramente curativas buscando absorver a dimensão preventiva capaz de adotar um conjunto de saberes e práticas que rompam com a visão reducionista dos sujeitos e sejam dotadas de uma compreensão mais abrangente das questões relativas à saúde, proporcionando intervenções mais efetivas tanto no processo de cura quanto nas ações preventivas orientadas em um contexto multiprofissional e interdisciplinar que valorize a produção do cuidado em saúde.

Apesar de, no contexto atual, vivenciarmos uma ofensiva regressiva aos direitos historicamente conquistados reafirmamos a importância destes para a melhoria da qualidade de vida de centenas de sujeitos. Nesse sentido, compreendemos que é dever do Estado formular, implementar e executar políticas públicas que possibilitem o acesso às condições básicas de reprodução de homens e mulheres.

Durante o processo de estágio e da elaboração da monografia ficou evidente a importância de constante aprimoramento intelectual dos/as assistentes sociais, tendo em vista os desafios postos a atividade profissional, que obstaculiza a concretização dos valores e princípios defendidos pelo Serviço Social. Assim, é fundamental que o profissional do Serviço Social apreenda criticamente os processos sociais de produção e reprodução das relações sociais, no sentido de superar as práticas conservadoras e fragmentada.

## 5. REFERENCIAS

BRAVO, Maria Inês de Souza e CASTRO, Maurílio de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional**. Editora Cortez, 2006.

BRASIL, Constituição Federal, 1988.

BRASIL, Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS - Março de 1986.

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

BRASIL. Lei nº 10.211. Altera os dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Diário Oficial da União, Brasília; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em [www.saude.gov.br/transplantes](http://www.saude.gov.br/transplantes)

COSTA Cássia Kely Favoretto, et all. TRANSPLANTES RENAIIS NO BRASIL: UMA ABORDAGEM DA TEORIA DA AGÊNCIA [http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2012/docs/sim\\_3\\_mesa5\\_transplantes\\_renais\\_brasil\\_abordagem\\_teorica\\_agencia.pdf](http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2012/docs/sim_3_mesa5_transplantes_renais_brasil_abordagem_teorica_agencia.pdf)

Cartilha da PNH Visita Aberta e Direito a Acompanhante, p.4) [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita\\_acompanhante\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf)

CASTRO, Lícia Valéria Feitosa e FERREIRA, Maria Marlene Figueiredo. **Cenário Institucional do Hospital Universitário Onofre Lopes**. Natal: DESSO/UFRN, 2011.

Diretrizes Brasileira para Doença Renal Crônica, J Bras.Nefrol. 2004:1-87

Fleury, Sonia. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço social no Brasil pós-64**. 12ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e política social** :Módulo 01:Crise contemporânea , questão social e Serviço Social . Brasília :CEAD, 1999.

NETO, Eleutério Rodriguez. **A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: sua origem, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**". 2ª Ed. Ministério da Saúde, 1998.

PESTANA, Jose O. Medina, et all. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. *J Bras Nefrol* 2011;33(4):472-484 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n4/14.pdf>

Polignano Marcus Vinícius. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma pequena revisão**. Disponível em: [www.essex.ensino.eb.br](http://www.essex.ensino.eb.br)

PAURA, Priscila Ribeiro Campos; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Equidade no acesso ao transplante de rim com doador falecido no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 11, n. 3, fev. 2011. Disponível em [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-41792011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000100009&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 10 dez. 2012.

PORTAL DA SAÚDE: A construção da Vigilância em Saúde, p. 20 Ministério da Saúde 2005).

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. Política Social e diversidade humana: crítica à noção de igualdade de oportunidade. In: BOSCHETTI, Ivanete ...[et al.] (orgs). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010, (p. 185-194).

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3ª. Ed. rev. e atual São Paulo : Cortez, 2009. (Biblioteca Básica de serviço social)

STANCIOLI, Brunello et al . O Sistema nacional de transplantes: saúde e autonomia em discussão. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 11, n. 3, fev. 2011 . Disponível em [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-41792011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792011000100007&lng=pt&nrm=iso). acessos em 27 nov. 2012.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes; SOARES, Ana Cristina Ferreira. **Saber e poder profissional do assistente social no campo sociojurídico e as particularidades do Poder Judiciário**. Argumentum, Vitória (ES), ano 3, n.3, v. 1, p. 220-237, jan./jun. 2011

## SÍTIOS

<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm> (acesso em 12/08/11)

[www.huol.ufrn.br](http://www.huol.ufrn.br) (acesso em 2/11/2011)

[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf) (acesso em 29/10/2012)

<http://www.brasilecola.com/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm> (acesso em 3/11/2012)

([http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cbve\\_modulo1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cbve_modulo1.pdf)) - CBVE - Curso Básico de Vigilância Epidemiológica p. 19 – Acesso em 4/11/2012.

[http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/47342\\_5705.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/47342_5705.PDF) (acesso em 30/11/2012)

<http://s.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf> (acesso em 2/12/2012)

[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO\\_A\\_SAUDE\\_por\\_Leny.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf) (acesso em 2/12/2012)

<http://www.mp.ce.gov.br/esmp/publicacoes/ed1/artigos/intrepretacao.constitucional.dos.direitos.sociais.pdf> (acesso em 3/12/2012)

[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Direito\\_a\\_Saude\\_Recursos\\_escassos\\_e\\_equidade.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Direito_a_Saude_Recursos_escassos_e_equidade.pdf) (acesso em 3/12/2012)

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci_arttext) (acesso em 10/12/2012)