



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Priscilla Bezerra da Silva dos Santos Maia

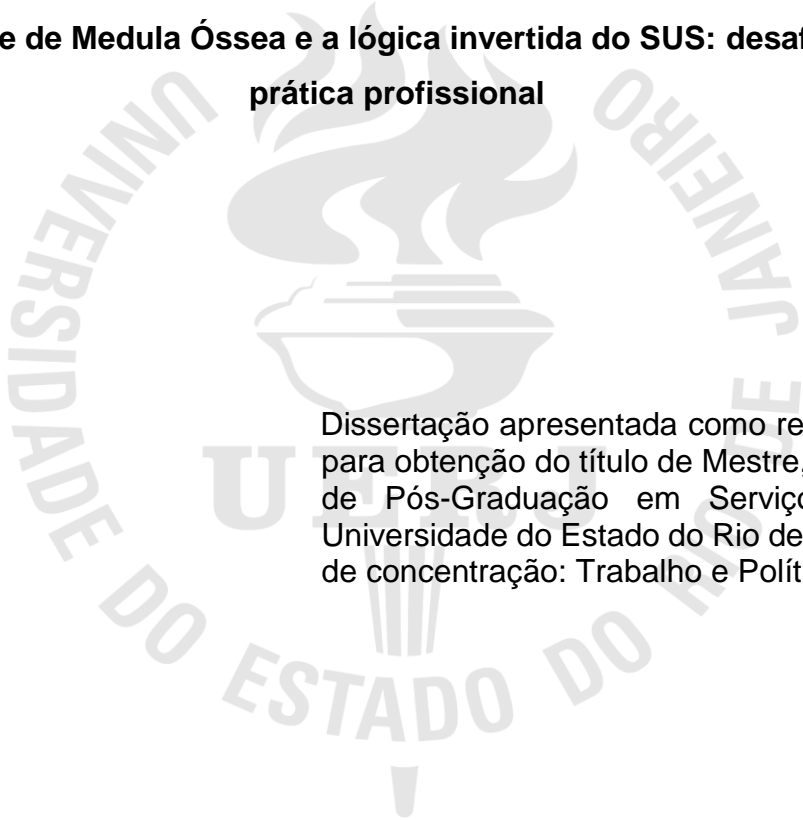
**Transplante de Medula Óssea e lógica invertida do SUS: desafios
para a prática profissional**

Rio de Janeiro

2019

Priscilla Bezerra da Silva dos Santos Maia

**Transplante de Medula Óssea e a lógica invertida do SUS: desafios para a
prática profissional**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Vasconcelos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M217 Maia, Priscilla Bezerra da Silva dos Santos.
Transplante de Medula Óssea e lógica invertida do SUS: desafios
para a prática profissional / Priscilla Bezerra da Silva dos Santos Maia. –
2019.
117 f.

Orientadora: Ana Maria de Vasconcelos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Serviço Social – Teses. 2. Transplante de Medula Óssea – Teses.
3. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Vasconcelos, Ana Maria de. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciên-
cias Humanas. III. Título.

es

CDU 324(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Priscilla Bezerra da Silva dos Santos Maia

**Transplante de Medula Óssea e a lógica invertida do SUS: desafios para a
prática profissional**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa
de Pós-Graduação em Serviço Social, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área
de concentração: Trabalho e Política Social

Aprovada em 14 de agosto de 2019.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria de Vasconcelos – Orientador
Faculdade de Serviço Social (ESS/UERJ)

Dra. Luciana da Silva Alcantara
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social (ESS/UERJ)

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Ao Amor da Minha Vida, Lucas Maia Diniz, minha razão e motivação de continuar, a quem eu dedico tudo de melhor que produzo na vida,

Ao meu amor desde minha existência, minha Mãe, Amiga, Companheira, e responsável por todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão, primeiramente, à Deus, por me permitir continuar nesta caminhada, e se fazer presente em todos os momentos, sendo amparo para superar tantos obstáculos e dificuldades vividos. Sobretudo por me permitir estar hoje finalizando um mestrado que, até pouco tempo, seria algo muito distante em minha vida, mas, como costumo dizer, os planos de Deus são muito maiores do que os meus!

Agradeço especialmente à minha família, que esteve me apoiando durante todo este processo; ao meu tio, Rivaldo, pelo apoio moral, preocupação de sempre e ajuda para a finalização deste trabalho; a meu pai, também pelo incentivo e compreensão, e todos os outros que, de alguma forma, estiveram sempre torcendo por mim e dividindo energias positivas.

Agradeço, em especial, à minha mãe, Rosa Maria Bezerra, por toda dedicação, todo carinho, de todos os dias e em todos os momentos. Pela compreensão, pela paciência, mesmo em tantos momentos em que as dificuldades pareciam maiores do que a possibilidade de seguir em frente, entre tantos questionamentos sobre o porquê continuar, você sempre concluiu e entendeu que o melhor seria continuar, tentar se dedicar, e que valeria a pena todo esforço no final. Eu sei que você sempre acreditou que daria tudo certo, de verdade! Minha mãe é esta mulher que acredita mais em mim do eu mesma! E eu sou muito feliz de ter tido você ao meu lado e, hoje, poder compartilhar com mais esta vitória, a mais importante conquista acadêmico/profissional, até aqui! Você não merece somente os agradecimentos, mas a responsabilidade por isso tudo aqui, pois sem você, com toda certeza, nem o início seria possível! Amo você!

Ao meu filho, Lucas Maia Diniz, que mesmo ainda com a pouco idade, compreende e entende, diante dos momentos mais difíceis, que a minha ausência em alguns momentos se fez necessária. Você me tranquiliza e acalma nos momentos de tensão, principalmente, naqueles em que tantas vezes o meu computador deu pane, travou, me colocando em desespero. (Rs). É muito especial para mim fazer um retrospecto em que você esteve presente em toda esta trajetória acadêmica, desde a minha barriga, quando iniciei a graduação. Obrigada filho, pela generosidade! Amo você incondicionalmente!

Às minhas amigas, e amigo de turma, que tiveram participação fundamental neste processo, onde compartilhamos muito companheirismo e solidariedade mútua,

com muito respeito à história um do outro e maturidade para lidar com as dificuldades que enfrentamos, devido a uma conjuntura política adversa e destrutiva em que a universidade esteve e está submetida.

Agradeço aos meus amigos Bruno Oliveira, Cristiane Fernandes, Gabrieli Martins, que desde a inserção na Residência estiveram sendo cúmplices e parceiros de jornadas acadêmicas. Durante este processo tão importante, eles, mesmo de fora, estiveram presentes. Obrigada pelo apoio amigos!

Agradeço em especial a minha amiga/irmã Luciana Rodrigues que, da residência, veio comigo para o programa de mestrado, onde dividimos, sempre, todos os momentos...sejam eles os bons, quanto os não tão bons assim! À ela, eu entrego, não um agradecimento, mas a responsabilidade por eu estar aqui, por ter entrado, por ter forças para iniciar, para continuar em tantos momentos de desmotivação e de ter chegado até aqui! Graças a ela estou aqui, escrevendo este texto hoje, graças ao amparo, ao suporte uma à outra sempre. Não é por acaso que na UERJ alguns professores e funcionários inclusive confundam nós duas, como se não fizesse diferença quem é a Priscilla, ou quem é a Luciana. Mas, realmente, a ligação que já existia, foi fundamentalmente estreitada e acalorada de uma maneira muito especial durante esse período acadêmico. Estou tentando descrever, mas faltam palavras...só posso oferecer minha eterna gratidão por ter a Luciana caminhando comigo, pela generosidade, carinho, cumplicidade, amizade e amor! Te amo!

Agradeço ainda às minhas preceptoras e amigas Monica Ferrarez e Margareth Vianna, a quem eu condiciono o meu conhecimento sobre a temática que foi abordada nesta dissertação. São duas profissionais, que eu tenho profunda admiração, que tiveram participação fundamental em minha trajetória acadêmico-profissional e tenho muita gratidão pela generosidade de compartilhar tanto conhecimento e experiência, me enriquecendo enquanto profissional e enquanto assistente social.

À funcionária Monica, secretária do PPGSS, muito obrigada. Você, nos momentos mais adversos, ofereceu apoio, com muita generosidade e verdade; ofereceu suporte com muita sinceridade e afeto; foi capaz de abraçar com palavras, trazendo paz nos momentos em que tanto foi preciso! Você também foi responsável, de alguma forma, para eu não desistir!

Minha gratidão aos professores convidados para banca desta dissertação, Maurílio Matos e Luciana Alcantara, por toda compreensão, carinho, dedicação,

generosidade e as contribuições imensamente ricas para a construção deste trabalho. Muito obrigada por me proporcionar a honra de tê-los como avaliadores do meu estudo!

E meu muito obrigada especial àquela que foi fundamental para a elaboração deste trabalho, professora Ana Maria de Vasconcelos, que com sua imensa generosidade, simplicidade, carinho e paciência, ofereceu seu rico conhecimento para a construção deste trabalho. Tanta experiência, tanto conhecimento adquirido, tanto potencial. Sou muitíssimo grata por você ter aceitado este desafio e ter me dado a grande honra em ter meu trabalho orientado por uma professora e pesquisadora tão gigante como você! Minha admiração é imensa...que honra! Muito Obrigada!

Minha imensa Gratidão a todos!

Priscilla Maia

EPÍGRAFE

Não é no Silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

Paulo Freire

RESUMO

MAIA, Priscilla Bezerra da Silva dos Santos. **Transplante de Medula Óssea e a lógica invertida do SUS: desafios para a prática profissional.** 2019. 117 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente estudo foi realizado a partir da experiência vivenciada na residência multiprofissional em oncologia no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A inserção como Assistente Social, em uma das unidades, no centro de Transplante de Medula Óssea (TMO), possibilitou a reflexão e o estudo acerca da atuação do assistente social diante da complexidade da realidade dos usuários transplantados de medula óssea. Temos como objetivo analisar a inversão da lógica do SUS na materialização do TMO, abordando o papel desempenhado pelo assistente social que opta pelo projeto ético-político profissional, diante das contradições, limites e possibilidades postos à prática na saúde, numa unidade de transplante. Para tanto, abordamos a necessidade da realização de transplante de medula óssea para a recuperação da saúde do usuário, as condições socioeconômicas reais para manutenção da vida com qualidade do usuário transplantado e os limites e possibilidades da atuação frente a realidade das políticas públicas na atualidade e as tendências na área da saúde. O caminho construído para atingir estes objetivos passa pela identificação da rotina e dos impactos sofridos pelos usuários, após o transplante de medula óssea, da sobrevida e da mortalidade pós-transplante, do custo do TMO e da análise das políticas sociais na conjuntura atual e das tendências assumidas, principalmente, na área da saúde. A pesquisa é qualitativa e foi realizada, através de entrevistas semiestruturadas, pesquisa bibliográfica e documental. A interpretação dos dados foi realizada a partir da abordagem metodológica Hermenêutica-dialética. A análise foi sustentada pelo método da teoria social e pelo materialismo histórico dialético. No trabalho de campo, foi utilizada a coleta de dados, com análise documental, através de prontuários de usuários que foram participantes da pesquisa, também como entrevistados. Desta forma, buscou-se classificar os maiores impactos e mudanças do modo de vida sofridos pelos usuários, na tentativa de identificar o quanto o adoecimento e, principalmente, o tratamento de TMO impacta em novas necessidades e debilidades à vida dos trabalhadores usuários do SUS. Nosso estudo revela que, com a prioridade, quase que exclusiva, de realizar o TMO, sem a garantia das condições socioeconômicas para que o usuário suporte o transplante e sobreviva e/ou não necessite de novo transplante, se dá a inversão da lógica do SUS, ou seja, inversão do que está assegurado na legislação, com relação ao princípio da *integralidade da saúde*, expressamente anunciado no art. 198, inciso II (CF, 1988): **atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.**

Palavras-chave: Serviço Social. Transplante de Medula Óssea. Sistema Único de Saúde. Projeto Profissional. Políticas Sociais.

ABSTRACT

MAIA, Priscilla Bezerra da Silva dos Santos. **Bone Marrow Transplantation and inverted logic f SUS: challenges for professional practice.** 2019. 117 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This study was conducted from the experience lived in the multidisciplinary residence in oncology at the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA). The insertion as Social Worker, in one of the units, at the bone marrow transplantation center (BMT), allowed the reflection and the study about the social worker performance in face of the complexity of the reality of the bone marrow transplant users. We aim to analyze the inversion of the logic of SUS in the materialization of BMT, addressing the role played by the social worker who opts for the professional ethical-political project, in the face of contradictions, limits and possibilities put to practice in health, in a transplant unit. To this end, we address the need for bone marrow transplantation for the recovery of the user's health, the real socioeconomic conditions for maintaining the quality of life of the transplanted user and the limits and possibilities of acting against the reality of public policies today and health trends. The way to achieve these goals is to identify the routine and impacts suffered by users after bone marrow transplantation, post-transplant survival and mortality, the cost of BMT and the analysis of social policies in the current conjuncture and trends assumed mainly in the health area. The research is qualitative and was conducted, through semi-structured interviews, bibliographic and documentary research. Data interpretation was performed using the Hermeneutic-dialectical methodological approach. The analysis was supported by the method of social theory and dialectical historical materialism. In the field work, data collection was used, with documentary analysis, through medical records of users who were participants of the research, as well as interviewees. Thus, we sought to classify the major impacts and changes in lifestyle suffered by users, in an attempt to identify how much the disease and especially the treatment of BMT impacts on new needs and weaknesses in the lives of workers using SUS. Our study reveals that, with the almost exclusive priority of performing BMT, without guaranteeing the socioeconomic conditions for the user to support the transplant and survive and / or do not need a new transplant, the SUS logic is reversed. , that is, inversion of what is ensured in the legislation, in relation to the principle of integrality of health, expressly announced in art. 198, item II (CF, 1988): comprehensive care, with priority for preventive activities, without prejudice to care services.

Keywords: Social Work. Bone marrow transplant. Health Unic System. Professional Project. Social politics.

LISTA DE SIGLAS

ATS –	Avaliação de Tecnologias em Saúde
AE –	Atenção Especializada
CDSS –	Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde
CEMO –	Centro de Transplante de Medula Óssea
CDSS -	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
DECH –	Doença Enxerto Contra o Hospedeiro
DSS –	Determinantes Sociais da Saúde
INCA –	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS –	Medicina Social
OMS –	Organização Mundial de Saúde
REDOME –	Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea
REREME –	Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea
SCL –	Saúde Coletiva Latino-Americana
SUS –	Sistema único de Saúde
TMO –	Transplante de Medula Óssea
TCTH -	Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL	22
1.1	A Política Social brasileira no Capitalismo	23
1.2	Seguridade Social, Saúde e Serviço Social	34
1.3	Serviço Social e Projeto Profissional	45
2	TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA COMO INVERSÃO DA LÓGICA DO SUS	54
2.1	Caminhos da investigação	54
2.2	Incidência e mortalidade relacionada ao Câncer e suas principais causas	57
2.3	O Transplante de Medula-Óssea como modalidade terapêutica no Brasil	69
2.4	Usuários do serviço de Transplante de Medula Óssea	74
2.4.1	<u>Impactos sofridos pelos usuários, durante e após o procedimento de TMO</u>	74
2.4.2	<u>Condições de vida e de trabalho dos usuários transplantados no SUS</u> ...	84
2.5	A lógica invertida do SUS e o Serviço Social	96
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	111
	ANEXO – Roteiro semiestruturado para as entrevistas	117

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi realizado a partir da experiência vivenciada na residência multiprofissional em oncologia no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Durante este processo, a proximidade com o atendimento de usuários pós-transplantados de medula óssea deu origem ao início da pesquisa, onde foi elaborado um artigo como trabalho de conclusão de curso.

A inserção como Assistente Social residente do hospital e, especificamente, no último ano de atuação na residência, no centro de Transplante de Medula Óssea (TMO), possibilitou a reflexão e o estudo acerca da atuação do assistente social diante da complexidade da realidade dos usuários transplantados de medula óssea. O interesse inicialmente era de refletir sobre os limites e possibilidades encontrados no cotidiano profissional, dadas as necessidades que são geradas a estes usuários devido à especificidade do tratamento e, ainda, realizar uma articulação entre estas necessidades e a realidade das políticas sociais apresentada na atualidade, para o atendimento das mesmas, bem como o papel do assistente social neste processo.

A pesquisa foi iniciada no Centro de Transplante de Medula Óssea, que é uma das cinco unidades do Inca. Esta oferece assistência à saúde ao usuário com indicação para transplante de medula óssea alogênico (com doador aparentado ou não aparentado), autólogo (auto-transplante) ou haplogênico (doação de um dos pais), através do acompanhamento de uma equipe multiprofissional que atua em todas as fases do TMO (pré, per e pós), sendo o per o período da internação, para a realização do TMO. O usuário é acolhido pela equipe para que seja efetivado o transplante indicado¹ e permanecerá assistido por longo período de tratamento, desde o pré-transplante, passando pela internação (20 a 30 dias) e pelo pós-transplante (100 dias), podendo, ainda, tornar a ser internado devido a quaisquer intercorrências provenientes do transplante. (SOUZA, 2015)

Ressaltamos que o TMO deve ocorrer no momento de controle da doença, no qual o usuário está em remissão, para que se assegure maior perspectiva de sucesso no tratamento, bom prognóstico e, conseqüentemente, o retorno à sua vida social. Ou seja, estes usuários normalmente iniciam o “pacote” para transplante durante o

¹ O transplante é indicado para tratamento de doenças do sangue, como linfomas, leucemias, alguns tipos de anemia, entre outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça o Centro de Transplante de Medula Óssea: Orientações aos pacientes. 3ª Edição; Rio de Janeiro-RJ, INCA, 2014)

momento de controle da doença, apesar de, em geral, já terem sido tratados com outras diversas linhas de tratamento, a depender do diagnóstico. Portanto, inicia-se o processo com uma grande expectativa positiva, apesar do medo da morte e de intercorrências, a partir do momento em que os usuários tomam ciência da complexidade do tratamento e dos riscos do mesmo.

Ademais, quando se inicia o processo do TMO, os usuários são submetidos a tratamento que altera o sistema imunológico, baixando de forma significativa a imunidade. Portanto, ficam vulneráveis a infecções das mais variadas naturezas; desta forma, recebem orientação da equipe sobre cuidados específicos a esta nova condição biológica para que se mantenham mais protegidos possíveis de quaisquer tipos de vírus, bactérias, fungos que possam causar infecções ou agravamento de sua situação de saúde.

Temos como objetivo analisar a inversão da lógica do SUS na materialização do TMO, abordando o papel desempenhado pelo assistente social que opta pelo projeto ético-político profissional, diante das contradições, limites e possibilidades postos à prática na saúde, numa unidade de transplante. Para tanto, abordamos a necessidade da realização de transplante de medula óssea para a recuperação da saúde do usuário, no contexto das condições socioeconômicas reais para manutenção do próprio transplante, mas, antes de tudo, para a vida com qualidade do usuário transplantado. Abordamos ainda, limites e possibilidades da atuação profissional, frente à realidade das políticas públicas na atualidade e as tendências na área da saúde. O caminho construído para atingir estes objetivos passa pela identificação da rotina e dos impactos sofridos pelos usuários após o transplante de medula óssea, da sobrevida e mortalidade pós-transplante de medula-óssea, do custo do Transplante de Medula Óssea e da análise das políticas sociais na conjuntura atual e das tendências assumidas, em tempos de radicalização neoliberal, principalmente na área da saúde.

Quando nos referimos à inversão da lógica do SUS, estamos afirmando a inversão do que está assegurado na legislação, com relação ao princípio da *integralidade da saúde*, expressamente anunciado no art. 198, inciso II (CF, 1988): **atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais**. Ou seja, ao arrepio da legislação que assegura a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e mesmo diante de todos os ganhos conquistados pelos trabalhadores e trabalhadoras brasileiras com a

implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, desde 1988, o modelo assistencial centrado na cura e na figura do médico permaneceu em vigência, o que vem resultando na prioridade dos serviços assistenciais de alta complexidade e altos custos, em prejuízo do atendimento integral que exige prioridade para as atividades preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Neste contexto, diante dos altos custos do TMO, não estamos afirmando aqui a prioridade na prevenção e na promoção da saúde como uma estratégia de contenção de custos de um sistema que sofre historicamente de desfinanciamento por parte do Estado. Estamos, sim, corroborando os objetivos e pressupostos do Sistema Único de Saúde que, segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990)², são: assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, a partir do entendimento de que a saúde, como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CRFB, 1988), tem, como “fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Lei 8080/1990, Art. 3º).

A motivação em estudar a temática atravessa aspectos advindos dos anseios da vivência profissional, pois desde que foi iniciado uma trajetória como residente multiprofissional em oncologia no INCA, foi vivenciada a realidade destes usuários acometidos por doença grave que, por conta desta, têm a suas vidas modificadas após o diagnóstico, sua saúde fragilizada por conta do tratamento agressivo, causando em grande parte deles, um impacto grande em sua condição social. Quando encaminhados a realizar um Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, esta condição se agudiza ainda mais, devido à complexidade do procedimento e a limitações e restrições causadas na vida deste usuário.

Ou seja, a inquietação causada pela observação do quanto o processo de adoecimento acomete todas as esferas da vida familiar; do quanto muda e fragiliza a

² A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

estrutura e as relações familiares, econômica e socialmente, suscitou o interesse em estudar a temática.

Destacamos que este objeto de estudo é pouco explorado academicamente, o que torna relevante aprofundar o debate acerca do impacto causado à vida dos usuários, devido a uma doença grave, com a consequente submissão a um tratamento de alta complexidade que, devido a seu potencial de “agressividade”, gera necessidades expressivas ao usuário e seu grupo familiar, considerando as condições de vida e de trabalho e os padrões de proteção social a que estão igualmente submetidos. Este segmento de trabalhadores possui especificidades intrínsecas ao processo saúde-doença, o que deve ser analisado a partir do conceito ampliado de saúde, como já determinado pela Constituição Federativa Brasileira de 1988, em parte, sinalizado acima:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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.

A relevância profissional na promoção deste estudo revela-se também quando sabemos que, na maioria dos casos de transplante, é necessário, com o adoecimento, o afastamento do usuário do trabalho, ou seja, de sua vida produtiva. Uma situação que acomete ainda o cuidador que muitas vezes é a mãe, uma filha, ou a esposa que precisa se afastar do trabalho para se dedicar ao cuidado, principalmente, quando se trata de criança, adolescente ou idoso.

Ou seja, principalmente quando nos referimos a famílias com uma realidade atravessada pelas diferentes expressões da questão social, as suas condições de vida e trabalho que já são árduas, se tornam ainda mais impactadas, o que interfere diretamente no processo saúde-doença, nos agravos ao processo de adoecimento, no acesso ao serviço público de saúde, assim como no acesso às outras políticas

públicas disponíveis na rede. Uma realidade social que impacta direta e principalmente no acesso e continuidade do “pacote” do transplante.

O cenário contemporâneo das políticas sociais no Brasil, no contexto do capitalismo, nos condiciona a uma análise cuidadosa e a um compromisso com as demandas geradas com a ampliação das expressões da questão social, conforme explicitam Behring e Boschetti (2011, p. 190):

Debater e lutar pela ampliação dos direitos e das políticas sociais é fundamental porque engendra a disputa pelo fundo público, envolve necessidades básicas de milhões de pessoas com impacto real nas suas condições de vida e trabalho e implica um processo de discussão coletiva, socialização da política e organização dos sujeitos políticos.

Diante da especificidade do TMO e, principalmente, da complexidade do tratamento e do efeito causado na saúde do usuário - de debilidade por propiciá-lo a uma condição de imunossupressão³ -, o assistente social se coloca na defesa do reconhecimento da responsabilidade do Estado em proporcionar condições de vida favoráveis e seguras à atual condição destes usuários, principalmente, através da formulação de políticas públicas setoriais e intersetoriais. Como explicita a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2013, que revoga a Política Nacional de Atenção Oncológica:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A referida Política, de forma mais pormenorizada, expressa este compromisso com o cuidado integral nos artigos 6º, 7º, 8º e 9º:

Seção II
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde

³ Imunossupressão é o ato de reduzir deliberadamente a atividade ou eficiência do sistema imunológico. A imunossupressão é feita, usualmente, para coibir a rejeição em transplantes ou para o tratamento de doenças autoimunes. Para fazê-la, recorre-se normalmente a medicamentos, mas também podem ser utilizados outros métodos, como plasmaferese ou radiação. Com o sistema imunológico praticamente desativado, o indivíduo imunossuprimido fica vulnerável a infecções oportunistas. (REZENDE, M de Joffre. Imunodepressão, Imunossupressão. Linguagem Médica. REVISTA DE PATOLOGIA TROPICAL; Vol. 40 (2): 199-201. abr.-jun. 2011. Disponível em: https://revista.iptsp.ufg.br/up/63/o/2011_40_2_199_201.pdf

Art. 6º Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida.

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado;

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais;

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares;

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável;

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer;

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares;

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006;

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças.

Seção III

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer

Art. 8º Constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer.

Art. 9º São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação;

II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis;

III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE;

IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e

V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento.

Assim, nos chama atenção a realidade dos usuários acometidos por doença grave que têm suas vidas modificadas após o diagnóstico, sua saúde fragilizada devido ao tratamento considerado agressivo, resultando em vulnerabilidade clínica e agravamento das expressões da questão social. Destacando que quando encaminhados a realizar um TMO, estas condições se agudizam ainda mais, devido à complexidade e especificidades do procedimento que ampliam limitações e restrições na vida do usuário.

O fato é que os cuidados que devem ser tomados e que são orientados pela própria equipe interprofissional devem ser entendidos e absorvidos dentro da realidade social de cada usuário. Uma realidade que envolve usuários do SUS, um processo de adoecimento por câncer com taxas crescentes de incidência⁴ e perspectivas de aumento gradativo dessas taxas nos próximos anos.

Se faz importante a compreensão de que o processo de adoecimento por câncer é uma questão de saúde pública, fruto da forma como a saúde pública vem se operacionalizando nacionalmente no capitalismo, sob a égide do projeto neoliberal. Neste contexto, a opção pela atenção de nível terciário – com foco na alta complexidade, nos procedimentos e tratamentos de saúde de alto custo -, em detrimento da prevenção e promoção da saúde, como garantido na Constituição de 1988, favorece e naturaliza a lógica mercadológica para a saúde. Desta forma, investimentos de menor custo financeiro na Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica, conforme preconiza a Política, no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, sofrem com desfinanciamento progressivo.

A realidade de oferta e efetividade das políticas públicas por parte do Estado, para a garantia das necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras, tem se apresentado como possibilidades para a intervenção do assistente social. Mas, no capitalismo, sobretudo com o acirramento das políticas de cunho neoliberal, se acirram os limites, o que revela que, não somente as políticas que compõem a

⁴ Diante das diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, que nos seu Art. 9º destaca o “fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação, nos deparamos com uma realidade em que, até 22 de junho de 2019, 262 agrotóxicos foram registrados e liberados no Brasil, o maior número, desde 2005. Ver, dentre outros destaques na mídia: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2019/07/o-que-significam-as-mudancas-sobre-agrotoxico-no-pais-ouca-podcast.shtml>; consulta em 29 de julho de 2019.

seguridade social, mas as diversas políticas públicas intersetoriais, não dão conta de atender às necessidades humanas e sociais de forma integral e com equidade, o que impacta, diretamente, a atuação do assistente social que faz opção pelo projeto ético-político do Serviço Social brasileiro. Uma intervenção que exige instrumentos, técnicas e estratégias que visem a defesa dos interesses históricos da massa trabalhadora e respostas às demandas da população usuária que compõe os diferentes segmentos da classe trabalhadora. Ou seja, uma prática que, na execução das políticas públicas, se constitua como uma prática pensada, reflexiva, acerca das demandas postas na realidade da área da saúde. Como destaca lamamoto (2000, p. 20),

um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.

Para esta reflexão, se faz necessário, partir de uma análise teórico-crítica, considerando o contexto de desmonte das políticas sociais públicas na atualidade e o processo de contrarreforma do Estado. Consideraremos o processo de desvalorização do setor público, as políticas sociais ampliadas, o aumento da burocratização do acesso através de cortes e restrições. Um estado de coisas amparado pela lógica neoliberal de valorização do capital e do mercado. Neste contexto, se acirra a relação público/privado, no campo dos serviços e do cuidado, processo que potencializa o desamparo e a precarização das condições de vida dos trabalhadores e seus familiares.

Assim, diante da lógica e dos interesses presentes na operacionalização do Transplante de Medula Óssea, como pretendemos demonstrar, há uma inversão da lógica do SUS, quando se direciona investimentos na alta complexidade, em procedimentos de alto custo, em detrimento dos investimentos em atenção básica, para prevenção de doença e promoção de saúde. Investimentos necessários, que são determinantes e ficam claros em sua relevância, no período pré e pós transplante e que, ausentes, trazem como consequência não só o desperdício de imensos recursos do SUS, mas, antes de tudo, frequentemente, no óbito do trabalhador transplantado que, de saúde extremamente frágil, não suporta a agressividade da intervenção. Desse modo, a inversão da lógica do SUS se dá quando o investimento se amplia no âmbito da alta complexidade, enquanto a Atenção Básica, onde se situam as

propostas no âmbito da promoção de saúde e prevenção⁵ de doenças, danos, agravos e riscos, após mais de 30 anos da implementação do SUS, ainda se mostra incipiente no sentido do acesso da população ao nível primário de atenção à saúde.

A análise da realidade do atendimento às necessidades do grupo de pós-transplantados de medula óssea se faz relevante para a academia, na medida em que, no contexto em que a vida está de fato ameaçada, quando a perda de saúde se agudiza com a submissão à procedimentos de alta complexidade, é possível observar de forma mais explícita, como as condições de vida e de trabalho têm impactado a vida dos trabalhadores e trabalhadoras e como a política de saúde e demais políticas sociais têm se efetivado no cotidiano de suas vidas, sobretudo para as camadas mais empobrecidas da classe trabalhadora.

No entanto, a possibilidade de desvelamento deste quadro somente se efetivará na medida em que se amplie a discussão e reflexão no campo das políticas públicas, da direção da atuação dos profissionais de saúde neste contexto e da atuação na academia.

Importante questionar porque o investimento priorizado em um tratamento altamente agressivo, de alto custo para o SUS e acompanhado de procedimentos complexos, não é acompanhado de ações de promoção e prevenção em saúde, no âmbito da atenção básica? Afinal, para que um tratamento de alta complexidade como o Transplante de Medula Óssea seja efetivo e consiga fazer jus a todo o investimento direcionado a ele, oferecendo aos usuários a recuperação da saúde ou ao menos

⁵ Como mostra Czeresnia (2009), há uma radical e, ao mesmo tempo, pequena diferença entre 'prevenção' e 'promoção' da saúde. Radical porque implica mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação e operacionalização das práticas de saúde - e isso só pode ocorrer verdadeiramente por meio da transformação da concepção de mundo. Pequena porque as práticas em promoção, da mesma forma que as de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. Os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde - doença, transmissão e risco -, cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, em especial, porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito. A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos. No contexto das transformações das abordagens tradicionais da saúde pública, as formulações acerca do conceito de situação de saúde permitem ampliar a concepção de promoção da saúde. Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. Rio de Janeiro, 2009, p. 5. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acessado em: 19/07/2019

algum ganho de sobrevivência com qualidade, não seria fundamental que estes usuários do SUS tivessem acesso às condições de vida adequadas para manutenção de sua vida com saúde? Será que a população trabalhadora, usuária do SUS, tem condições de custear as novas necessidades resultantes do transplante, para além da atenção às suas necessidades básicas? Tem condições de custear a nova condição de vida imposta pelo transplante? Essas são questões a serem abordadas durante este estudo.

No primeiro capítulo, abordamos a conformação da política social na realidade brasileira e do Serviço Social nesta área sócio assistencial, buscando diferentes autores, para apreendermos as particularidades da política social e do serviço social, no sentido de apreender os desafios para a formação, para a pesquisa e para a atuação profissional dos assistentes sociais. Assim, de forma breve, abordamos de que forma vem se dando o financiamento das políticas públicas na realidade brasileira; de que forma a profissão vem se posicionando no contexto do capitalismo brasileiro e, principalmente, sobre como esta realidade, típica da conformação e desenvolvimento do capitalismo no Brasil, direcionou a constituição das políticas sociais, considerando a seguridade social e a política de saúde, em especial, tendo em vista o acirramento neoliberal que põe em disputa diferentes projetos, o que apresenta ameaça à efetivação da saúde como direito universal, com qualidade e de forma integral. Buscamos realizar esta abordagem em consonância com o conceito de determinação social do processo saúde-doença, analisando como o nosso modelo de sociedade engendra formas diferenciadas de viver e morrer, de acesso às políticas e aos serviços de saúde, de acordo com a própria forma de organização da ordem societária e a posição que cada classe ocupa na produção e reprodução social.

Neste segundo capítulo, buscaremos abordar de que forma o Transplante de Medula Óssea, enquanto modalidade terapêutica de alta complexidade e de alto custo, vem sendo parte constitutiva de uma abordagem na saúde pública que direciona à uma inversão da lógica do SUS. Essa reflexão, diante do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, bem como da forma como ela está dividida em classes antagônicas, considera as características e particularidades do modo de produção capitalista e o advento do projeto privatista/neoliberal na dependente sociedade brasileira.

1 SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Para compreendermos a conformação da lógica invertida do Sistema Único de Saúde (SUS) e os rebatimentos para o atendimento das necessidades dos usuários pós-transplantados de medula óssea, que desvela desafios constantes para o assistente social, buscaremos realizar uma abordagem sobre a conformação da política social na realidade brasileira e do Serviço Social nesta área sócio assistencial, buscando diferentes autores, para apreendermos as particularidades da política social e do serviço social, no sentido de apreender os desafios para a formação, para a pesquisa e para a atuação profissional dos assistentes sociais. A partir das contribuições de Castelo (2012), foi possível apreender a estrutura do capitalismo no Brasil, de acordo com as particularidades do país, que são muito diferenciadas e específicas na sua forma de desenvolvimento histórico, a partir de seu surgimento. A partir das construções teóricas de Florestan Fernandes, o autor destaca o subdesenvolvimento do Brasil relacionado ao caráter de dependência do capitalismo brasileiro, pontuando que a formação e o funcionamento do capitalismo brasileiro são voltados para “fora”, ou seja, são marcados pelo comprometimento com capitais estrangeiros. O capitalismo brasileiro é produtor de muitas riquezas, as quais são destinadas aos interesses externos, particularidade que vai impactar na forma como vai se estabelecendo as relações entre as classes, no dimensionamento das desigualdades sociais produzidas pela relação capital/trabalho, bem como na relação Estado/sociedade civil, pois este caráter vai direcionando também os interesses do Estado burguês.

No que se refere à política social no Brasil, a partir da compreensão acerca de como o fundo público é estruturado, Salvador (2012) vai abordar as relações engendradas, seus direcionamentos, as prioridades dadas pelo Estado de acordo com o contexto sócio-histórico do país e os projetos em disputa. Procuramos neste sentido compreender de forma breve, de que forma vem se dando o financiamento das políticas públicas na realidade brasileira, realizando uma mediação com o contexto já desvelado nas abordagens anteriores sobre a natureza e particularidades do Estado capitalista no brasileiro, utilizando apontamentos de Castelo (2012).

A partir das análises destes autores, vamos realizar uma reflexão relacionando as contribuições do serviço social; de que forma a profissão vem se posicionando no contexto do capitalismo brasileiro e, principalmente, sobre como esta realidade típica da conformação e desenvolvimento do capitalismo no Brasil direcionou a constituição as políticas sociais. De acordo com os objetivos engendrados no movimento e particularidades do capitalismo nesta realidade oriunda de países periféricos, abordaremos como o Brasil veio estruturando os debates no interior da profissão acerca das políticas sociais e os desafios direcionados aos assistentes sociais, a partir das contribuições de Behring e Boschetti (2011).

Ainda no capítulo, realizaremos breve análise abarcando a seguridade social e a forma como se desenvolveu a política de saúde no Brasil, a forma de pensá-la de acordo com suas contradições, atravessamentos, frutos do acirramento neoliberal que põe em disputa diferentes projetos, o que apresenta ameaça à efetivação da saúde como direito universal, com qualidade e de forma integral. Buscamos realizar esta abordagem em consonância com o conceito de determinação social do processo saúde-doença, analisando como o nosso modelo de sociedade engendra formas diferenciadas de viver e morrer, de acesso às políticas e aos serviços de saúde, de acordo com a própria forma de organização de ordem societária e a posição que cada classe ocupa na produção e reprodução social. Esta análise se faz relevante na medida em que se contrapõe à perspectiva conceitual de determinantes social sustentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que, ao não incorporar a reflexão elaborada pela Medicina Social latino-americana, da década de 1970, fragmenta o caráter social conformado pela própria particularidade do capitalismo, mostrando-se assim insuficiente para analisar as transformações sociais inerentes a ele.

1.1 A Política Social brasileira no Capitalismo

O Brasil nasce como fruto da expansão desigual e combinada do capitalismo ao redor de todo o globo terrestre. Desde o seu descobrimento, o país é uma formação econômico-social marcada pelo domínio estrangeiro, seja ele operado por forças estatais, seja por forças privadas. A partir das grandes navegações e da constituição do mercado mundial, interesses externos de acumulação de riqueza, poder e território determinaram em larga medida as formas de organização social, econômica, política

e cultural brasileira, formas estas, segundo Castelo, voltadas para atender interesses externos. A partir das contribuições de Florestan Fernandes, o autor compreende que, em linhas gerais, o Brasil se torna uma plataforma de produção de excedente econômico a ser apropriado por nações e capitais imperialistas (CASTELO, 2012, p. 5).

Podemos compreender então que o Capitalismo no Brasil tem uma particularidade que o diferencia de outros países, o que vai impactar a complexidade do seu movimento. Para alçar a um novo patamar no capital, o país precisa de ter desenvolvido alguns aspectos para garantia da continuidade de seu desenvolvimento. Ou seja, o consumo de máquinas para produzir cadeiras exige compradores suficientes de cadeiras.

O desenvolvimento do capitalismo é desigual; os “ramos” do capitalismo não se desenvolvem na mesma medida, pois as determinações se relacionam a partir de avanços diferenciados, assim como também sofrem impactos do processo de centralização e da concorrência. Há ainda um desenvolvimento desigual na extração de mais-valia e da economia como um todo pela influência das variações do exército industrial de reserva, como exposto na reflexão feita por Marx na lei Geral de acumulação Capitalista.⁶

Como podemos apreender em Florestan Fernandes⁷, a situação política, econômica e social dos países periféricos, como a realidade brasileira, caracterizada

⁶ De acordo com Marx: “A acumulação crescente e a centralização se convertem numa fonte de nova mudança de composição do capital ou reiterado decréscimo acelerado de seu componente variável se comparada com a constante. Esse decréscimo relativo de seu componente variável, acelerado pelo crescimento do capital global, e que é mais acelerado que o seu próprio crescimento, aparece, por outro lado, inversamente, como crescimento absoluto da população trabalhadora sempre mais rápido do que do capital variável ou de seus meios de ocupação. No entanto, a acumulação capitalista produz constantemente - e isso em proporção à sua energia e às suas dimensões – uma população trabalhadora adicional relativamente supérflua ou subsidiária, ao menos no concernente às necessidades de aproveitamento por parte do capital”. (p. 261). Marx mostra ainda que o Exército Industrial de Reserva pertence ao capital de maneira tão absoluta, como se ele tivesse criado à sua própria custa. (p. 263), salientando que toda a forma de movimento da indústria moderna decorre, portanto, da constante transformação da população trabalhadora em braços desempregados ou semi- empregados. (p. 263-264) Assim, quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e a energia de seu crescimento, portanto, a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial e reserva. A acumulação da riqueza num polo é, portanto, ao mesmo tempo, a acumulação da miséria, tormento de trabalho, escravidão, ignorância, brutalização e degradação moral no polo oposto, isto é, do lado da classe que produz seu próprio produto como capital. (p. 275). MARX, Karl. O capital – crítica da economia política. Livro Primeiro. O processo de produção do capital. Tomo 2. A Lei Geral da Acumulação Capitalista O Capital - Cap. 23. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

⁷ Esta linha de crítica inaugurada por Florestan Fernandes ao nacional-desenvolvimentismo encontra-se plenamente desenvolvida nos seus trabalhos sobre a via não clássica do

por polarização social, autonomia limitada, integração dependente ao mercado mundial e exportação de excedente, é consequência do movimento de expansão internacional do capital para as regiões periféricas, o que determina o caráter externo da dependência e do subdesenvolvimento do país. (CASTELO, 2012, p.9).

Com base nos autores, podemos identificar como marca sociológica para compreensão do desenvolvimento nacional, a perspectiva de observar os padrões de atuação social e política dos grupos e classes sociais, castas e estamentos e analisar como eles se articularam em torno do Estado para a manutenção da ordem. Castelo (2012) salienta ainda que o Estado é utilizado pela burguesia brasileira como uma das suas principais armas na luta de classes. Assim, para esta máquina administrativa e política convergem os difusos interesses da burguesia e é justamente nela que se solidificam enquanto classe contraditoriamente unida.

As escolhas e decisões tomadas pelas classes dominantes nacionais, bem como a falta de organização, consciência e resistências das classes subalternas frente aos processos de exploração e dominação externa e interna, também têm um peso decisivo na configuração das sociedades periféricas. (CASTELO, 2012, p. 9)

O desenvolvimento irregular do capitalismo brasileiro – desenvolvimento tardio, de “muitos anos em apenas poucos” -, comparavelmente à realidade de países da Europa, por exemplo, causa impactos relevantes e irreversíveis para a sociabilidade brasileira. Esse processo é percebido nos investimentos que são tomados pelo grande capital, na fase monopolista. São investimentos na produção de bens (mercadorias), que estão muito distantes da realidade econômica e social da maioria da população de países, como o Brasil. A aceleração da produção de mercadorias acontece de forma a acompanhar os países da Europa, mas as expropriações sobre a classe trabalhadora são muito mais intensas. O acirramento das contradições produz uma massa de desempregados e subempregados, amplia a pobreza e o pauperismo que se intensificam gradativamente.

Com a necessidade de realização da mais-valia, se apresenta a prevalência da exportação no Brasil e com o processo de centralização do capital, também se expande o processo de levar capital para fora do país. A questão da centralização no capitalismo tem uma enorme relevância na forma de organização da nossa sociabilidade, quando consideramos que um número muito pequeno de propriedades

desenvolvimento capitalista no Brasil, particularmente, naquele que é considerado o seu grande ensaio: A Revolução Burguesa no Brasil.

privadas controla todo o poder de mercado no nosso país, por exemplo. E todo este poder se reverte também em poder político; através de troca de interesses os proprietários conseguem ter interferência no processo de decisão política.

Com o cenário de oposição entre o que é posto no mercado pelo capital e as reais necessidades da população do país, o Estado exerce sua intervenção direcionada na garantia do desenvolvimento do capital, com medidas para evitar crises, garantindo o consumo, com o uso de políticas públicas.

Diante da massa de indivíduos que possui um poder de consumo muito pequeno, devido ao crescente número de trabalhadores com condições de assalariamento precárias e/ou excluídos do mercado de trabalho, se desenvolvem ainda como “aliados” à realização da mais-valia pelo capital os serviços de financiamento; uma espécie “facilitador” para o consumo. São os bancos, as financeiras impondo o surgimento do crédito. Crédito que vai ser tanto um impulso ao capitalista para investimento de sua composição, quanto para ampliar o consumo pela classe trabalhadora. Este fato resulta no processo de endividamento da classe trabalhadora, que acaba por aprofundar ainda mais a fragilidade econômica e social de trabalhadores e trabalhadoras.

A hipertrofia e autonomia do Estado capitalista tardio é expressão das dificuldades crescentes de valorizar o capital e realizar a mais-valia na periferia do capital. A realidade é de um permanente ciclo de dependência do capital periférico de capitais centrais. E se observa na realidade de crises do Estado, seus processos de contrarreformas, os cortes aplicados, retirada de direitos da classe trabalhadora, sucateamento dos serviços públicos, através da ideia de Estado mínimo trazida pelo neoliberalismo, que vai se mostrar mínimo no âmbito da proteção social e máximo para o capital (NETTO; BRAZ, 2006). Opera-se então a privatização do Estado com a articulação de interesses burgueses em contrapartida da concentração e centralização de capitais. E a corrupção e a sonegação, como é próprio do sistema, continuam inerentes ao capital.

Na medida em que, na periferia, se articula o arcaico ao novo, o capital na sua estrutura monopolista vai se apropriando dos espaços públicos, através das privatizações e assemelhados (Organizações Sociais, Fundações etc.), dinâmica que vai trazer uma roupagem específica, com rebatimentos importantes para a política social.

Na análise histórica estrutural da política social brasileira, Salvador (2012) identifica, como privados, os interesses do Estado Capitalista, apontando para o enfraquecimento do Estado e da proteção social, que são frutos dos juros do serviço da dívida, que tende a potencializar a crise estrutural do capitalismo. O autor responsabiliza as políticas neoliberais pelo fenômeno de aprofundamento da liberalização financeira; a partir da década de 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro. Assim, destaca-se o caráter de precarização das políticas sociais no Brasil, quando situadas no contexto mundial, em confronto com outras experiências capitalistas. Como complementa Salvador (2012, p. 6),

No Brasil, o fundo público ganhou contornos restritivos, tanto pela ótica do financiamento como pela dos gastos sociais, muito aquém das já limitadas conquistas da socialdemocracia ocorrida nos países desenvolvidos. Até mesmo as “reformas” realizadas por dentro do capitalismo central não lograram o mesmo êxito em nosso país, uma vez que a estruturação das políticas sociais foi marcada por componentes conservadores, que obstaculizaram avanços mais expressivos nos direitos da cidadania.

Desta forma, podemos compreender o fundo público como detentor de um papel fundamental na articulação política social-acumulação capitalista, na medida em que ele envolve toda a mobilidade de recursos que o Estado possui para intervir na economia. Fundo Público que tem como uma das principais formas de realização a extração de recursos da sociedade, como impostos, contribuições, bem como da mais-valia socialmente produzida. (SALVADOR, 2012). Classificando o orçamento público como a expressão mais visível do fundo público, o autor utiliza dados da Lei Orçamentária Anual (LOA), aprovada pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2012), para melhor compreendermos os valores em disputa do fundo público brasileiro, ou, seja que se revele como os recursos são utilizados no Brasil:

R\$ 2,257 (dois trilhões, duzentos e cinquenta e sete bilhões de reais), deste orçamento, R\$ 655,49 bilhões referem-se ao refinanciamento da dívida pública. Então o Orçamento Geral da União, exceto refinanciamento, alcança o montante de R\$ 1,6 trilhão, deste montante, R\$ 535,79 bilhões destinam-se às políticas da seguridade social. Do total de R\$ 1.464,99 bilhões dos orçamentos fiscal e da seguridade social, R\$ 365,45 bilhões serão destinados ao pagamento de juros e amortização da dívida pública, ou seja, $\frac{1}{4}$ do orçamento público brasileiro é comprometido com a esfera financeira da economia. (SALVADOR, 2012, p. 7-8)

O Orçamento Público é um elemento essencial para compreendermos a política social, já que este é um instrumento que, além de ser um mecanismo de caráter financeiro e contábil, ele contém em sua estrutura a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos, bem como a definição da

alocação e o direcionamento do ônus do financiamento dos gastos orçamentários. Desta forma, a partir da maneira como estes gastos são alocados, pode-se compreender e mensurar a relevância e a prioridade aplicada a cada política pública no contexto histórico da conjuntura econômica, social e política vivenciada nacionalmente.

Para Salvador (2012), assim, o fundo público é um tema delicado na realidade brasileira devido às suas particularidades, que, quando analisadas, desvelam uma conjuntura contraditória, promovendo um desafio grandes proporções, frente os limites impostos aos setores da sociedade e profissionais que atuam na defesa das políticas sociais e no comprometimento com os interesses da classe trabalhadora, como podemos observar nas palavras do autor:

Se tem uma definição para o fundo público no Brasil, particularmente para orçamento público, ela pode ser feita em uma única frase: o orçamento é financiado pelos pobres via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação de capital. (SALVADOR, 2012, p. 10)

Como mostram Behring e Boschetti (2011), há uma fragilidade do movimento operário e popular neste contexto, mas reconhecer esta realidade não implica numa postura “imobilista”, no que tange a luta política da classe trabalhadora. Neste contexto, coloca-se a necessidade de qualificar a ideia e a defesa da cidadania, a partir da perspectiva de radicalização da democracia - inclusive colocada como princípio ético no Código de ética do Assistente Social (1993) - e negar o conceito de escassez na realidade brasileira, onde o que temos é desperdício em meio à abundância. É importante entender que estamos situados numa sociabilidade de Estado ampliado com hegemonia burguesa, contudo, a compreensão da articulação público/privado ou estado/sociedade civil no campo da política social, onde a tradição marxista possui potencial contribuição para enfrentar os limites apresentados para a abordagem da política social, se faz relevante para nortear nossos direcionamentos, enquanto parte deste processo.

Podemos compreender que o posicionamento de enfrentamento, que desvela o caráter político das profissões de nível superior – inclusive do Serviço Social - vai estar colocado diante deste contexto tenso que é a disputa pela expansão e consolidação dos direitos sociais no Brasil; na atuação profissional, os profissionais vão enfrentar essas funções do fundo público, as quais são determinantes para o

capitalismo. Para Salvador (2012), uma das alternativas para enfrentar essa lógica invertida e cruel do orçamento público do país, que historicamente vem contribuindo com a acumulação de capital, foi a vinculação de recursos para áreas sociais, como na implementação de políticas sociais.

Para Behring e Boschetti (2011) e Salvador (2012), a origem dos fundos sociais no Brasil se deu em meio a um contexto histórico de efervescência dos movimentos sociais, na luta contra a ditadura e no processo constituinte para aprovação de uma legislação que, com base na Constituição Federal de 1988, assegura a ampliação dos direitos sociais. Nesse sentido, o modelo de fundo público buscado foi aquele com conselhos de composição paritária entre os representantes governamentais e não governamentais com o objetivo de acompanhar e fiscalizar as políticas públicas. Contudo, apesar do caráter “participativo” assegurado pelos conselhos, o que ainda se faz presente na realidade brasileira é que uma grande parte dos recursos públicos fica ‘fora dos fundos’ que são direcionados às políticas públicas. Salvador (2012) especifica ainda, para esclarecer este fenômeno que, por exemplo, cerca de um quarto dos recursos alocados na saúde, previdência e assistência social não passam pelos respectivos fundos sociais dessas políticas. Ou seja, são direcionados fundos públicos específicos para cada política e, na prática, alguns recursos que são de fato destinados a estas políticas não tem origem necessariamente naquele fundo que foi direcionado a ele, pois estes recursos são operacionalizados de acordo com uma dinâmica que é atravessada por outros interesses e objetivos no capitalismo. Para o autor,

a correlação da luta de classes no país, no contexto do neoliberalismo, foi desfavorável aos trabalhadores e decisiva para o predomínio dos impostos indiretos e regressivos na estrutura tributária. O sistema tributário foi edificado para privilegiar a acumulação capitalista e onerar os mais pobres e os trabalhadores assalariados, que efetivamente pagam a “conta”. Eles são os maiores responsáveis pelo financiamento do Estado brasileiro, arcando com o ônus de mais de 2/3 das receitas arrecadadas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. As aplicações financeiras são menos tributadas que a renda dos trabalhadores assalariados. (SALVADOR, 2012, p. 19-20)

Diante do disposto, nos deparamos com uma realidade contraditória, com impactos degradantes à classe trabalhadora, já que não somente são desviados recursos destinados do orçamento para as políticas de cunho social, como observamos que isso acontece, mesmo diante do fato de ser justamente a classe trabalhadora a maior responsável pelo custeio do financiamento do Estado.

Ou seja, é fundamental apreender o movimento de organização da política social no Brasil, para identificarmos as prioridades a serem dadas na destinação do fundo público, bem como ampliação do debate junto aos profissionais que operacionalizam a política, para fomentar, nos espaços sócio institucionais, o caráter político da atuação profissional e a necessidade de organização da população usuária/da classe trabalhadora, na perspectiva de conhecimento da realidade em que estão inseridos, qualificando a participação na vida pública enquanto sujeitos de direitos. Se faz relevante a compreensão por parte da classe trabalhadora, de que o orçamento público deve atender prioritariamente os direitos sociais, sem restrições financeiras que impeçam a sua consolidação e o seu avanço.

Ao relacionar o contexto das políticas sociais ao desenvolvimento desta perspectiva no interior da categoria do serviço social, percebemos que apesar do panorama da ampliação do debate no Serviço Social brasileiro, isso não anula a existência hoje de perspectivas profissionais pragmáticas. Behring e Boschetti (2011) contudo salientam que há debate crítico presente e qualificado, acadêmico e político, para o enfrentamento dos desafios postos. Reconhecem o método da teoria social de Marx como o único capaz de dar conta de embasar a análise da política social sob enfoque dialético, o que exige captar a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e suas estratégias de acumulação.

As autoras situam a origem das políticas sociais, como processo social, a partir dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. Contudo, sua generalização se dá na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial sua fase tardia, no pós-guerra mundial.

A função das legislações promulgadas até 1795 era manter a ordem de castas e impedir a livre circulação da força de trabalho, o que, segundo Behring e Boschetti, teria contribuído para retardar a constituição do livre mercado de trabalho. Já a Nova Lei dos Pobres de 1834, ao contrário das demais, tinha o sentido de liberar a mão-de-obra necessária à instituição da sociedade de mercado. O princípio estruturador dessas leis era impor a atividade laborativa e mantê-la o que explicitava seu caráter extremamente seletivo e restritivo, onde os poucos considerados “merecedores de auxílio”, recebiam uma assistência minimalista, pautada num dever moral e cristão de ajuda. Com base em Polanyi (2000) e Castel (1998), as autoras destacam que estas legislações tinham função de manter a organização tradicional do trabalho. Assim, na

sociedade capitalista burguesa, o trabalho perde seu sentido como processo de humanização, sendo incorporado como atividade natural de produção para a troca, independentemente de seu contexto histórico.

Ao relacionar questão social com as políticas sociais, podemos definir políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social como formas de respostas e de enfrentamento, em geral setorializadas e fragmentadas, às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, onde o fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. Assim, se localiza na base do trabalho teórico da crítica da economia política de Marx e Engels, a perspectiva de desvelar a gênese da desigualdade social no capitalismo, tendo em vista instrumentalizar sujeitos políticos, para sua superação.

O caráter interventivo do Estado no capitalismo, com as estratégias burguesas para lidar com a pressão dos trabalhadores por condições de vida e de trabalho, geralmente sob a ilusão da ação pública, aplica ao Estado a caracterização dada por Marx e Engels como o comitê da burguesia. As pontuais medidas de proteção social poderiam ser precursoras da atuação do Estado com relação aos direitos sociais no século XX; pressionado pela luta pela ampliação dos direitos, apesar das resistências burguesas no contexto liberal, o Estado condicionaria uma expansão das políticas sociais.

O liberalismo teve um papel de negação da política social, a partir do entendimento de que o mercado seria o regulador das relações sociais e, para tanto, teria que haver uma suposta ausência do Estado. Na perspectiva liberal, o Estado seria um “mal necessário”, fornecendo aparato legal para que o mercado oferecesse “benefícios aos homens”. O Estado, de forma restrita, é necessário para evitar crises e males ao Capital. Behring e Boschetti (2011) relacionam, ainda, as lutas da classe trabalhadora com a origem da política social, apontando que sob esta égide liberal, somente no fim do século XIX e início do XX, a mobilização da classe trabalhadora foi determinante para mudança deste padrão, quando iniciam conquistas como o direito político com o voto. No final do século XIX, vão surgindo a necessidade de outras políticas sociais, quando também surgem políticas de seguro social na Alemanha e as políticas sociais vão se expandindo na Europa, a partir de 1883.

O enfraquecimento do liberalismo se deu neste mesmo período, a partir do crescimento do movimento operário, como a vitória do movimento socialista na Rússia, em 1917, e a concentração e monopolização do capital, que precedeu a crise

de 1929, que se alastrou pelo mundo uma crise de desemprego em massa e de legitimidade política do capitalismo. As políticas sociais se multiplicaram lentamente ao longo do período depressivo, se expandem, após a segunda Guerra Mundial, até fins da década de 1960. A generalização das políticas sociais neste contexto, a partir de medidas anticíclicas, é também fruto de um pacto social que precisou ser estabelecido com o movimento operário nos anos subsequentes (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Como vimos, a política social no Brasil, país da periferia do mundo do capital, é marcada pela particularidade histórica, como a acumulação originária, o colonialismo e o imperialismo, numa economia com um perfil que se organiza para fora. Ainda se sente o peso do escravismo na sociedade brasileira, observados nas condições de trabalho e nas relações sociais carregados de desqualificação, determinantes que são pela relação capital/trabalho no país. Assim, o Estado brasileiro se instaurou sob forte influência liberal e com práticas direcionadas a garantia dos privilégios das classes dominantes, portanto, o desenvolvimento da política social, aqui, vai estar imbricado com este padrão de Estado. Há uma distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real, na realidade brasileira, o que persiste até os dias de hoje.

Assim, a instabilidade crônica das políticas sociais, com dificuldades de estabelecer pactos mais duradouros, desburocratizados, e, efetivamente, como garantia direitos, é também ressaltado por Behring e Boschetti (2011). E é nesse quadro lento, difícil que as autoras demonstram o panorama histórico das políticas sociais no Brasil. De 1887 até 1891, se obteve os primeiros direitos a setores específicos, muito pontuais e fragilizados. Na passagem para o século XX, surgem os primeiros sindicatos e se conquista a redução da jornada de trabalho para 12 horas. Em 1923, é aprovada a Lei Eloy Chaves que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), para um grupo específico de trabalhadores ligados a setores economicamente interessantes para a burguesia, na época, como uma forma de oferecer serviço de saúde seguindo uma lógica previdenciária, uma vez que o financiamento era feito através de contribuição entre empregador e empregado. Logo após, surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), por medida de Getúlio Vargas, em 1930, o que reestruturou as CAPs. Com a ampliação do papel das CAPs, constitui-se um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro. Assim, os IAPs passam a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria

profissional, não mais apenas empresas – instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos industriais (IAPI) e outros –, e a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento.

Ou seja, o panorama que se apresenta é de incorporação dos direitos sociais diante de um processo lento e de forte correlação de forças, através da luta dos trabalhadores, o que somente vai sofrer mudanças, a partir da década de 1980.

Quanto ao Serviço Social no Brasil, ele se vincula à política social, a partir dos anos 30, após a grande crise capitalista de 1929, onde se teve uma expansão da intervenção estatal, motivada pelo enfrentamento das expressões da questão social naquele período histórico. Este processo se deu concomitante à profissionalização do Serviço Social enquanto especialização do trabalho coletivo.

Apesar da política social possuir esta condicionalidade estrutural, que se desenvolve mesmo que lentamente, a partir dos processos de luta e organização da classe trabalhadora com a expansão dos movimentos sociais, de acordo com o contexto histórico, a introdução dela enquanto pauta profissional se deu tardiamente, a partir dos anos 50, nos congressos internacionais, e nos anos 70, no debate brasileiro. Além da implementação do debate da política social no currículo das escolas de serviço social ter demorado 3 décadas, ainda assim o panorama não era dos mais favoráveis, já que o tema na época foi abordado sob a perspectiva em que Netto (1991) caracterizou como modernizadora, com uma leitura tecnocrática e pragmática da política social, funcional à modernização autocrática-burguesa, típica da ditadura, conforme já esboçava o Documento de Araxá, de 1967, se consolidando plenamente no Documento de Teresópolis, de 1970. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

As autoras ressaltam que o país viveu mais um processo de modernização conservadora na ditadura militar, pós 64, com industrialização e urbanização aceleradas, com a modernização do Estado. Neste processo, se apresentou um acirramento das contradições sociais, com a agudização das expressões da questão social. Com a efervescência política decorrente da classe trabalhadora fortemente impactada pela ausência de proteção social, se desenvolve, de certa maneira, uma consciência de classe e organização política por parte de alguns setores da classe trabalhadora. Movimentos sociais, estudantis, operários fortes exerciam pressão sobre o Estado, por ampliação de direitos e algum padrão de proteção social legitimados.

É neste contexto que, no âmbito da formação, o serviço social, foi direcionado para uma reflexão mais crítica e sofisticada sobre a realidade brasileira, principalmente, a partir das mudanças políticas marcadas pelas greves dos trabalhadores, movimentos sociais e estudantil, entre outros, quando o serviço social, na universidade, passa a romper com antigas tendências de instituições de ensino confessionais, por exemplo. Neste ambiente efervescente, surge então uma profunda revisão crítica, como a vivida no “Congresso da Virada”, quando se fortalece o, hoje denominado, projeto ético-político profissional, com forte sintonia com o então processo de redemocratização que ocorreu ao longo dos anos 80 e que culmina na Constituição de 1988.

Behring e Boschetti (2011) situam neste contexto a nova reflexão sobre política social, com perspectiva democrática, no âmbito da cidadania e dos direitos, que surge como marca no interior da profissão. As autoras ao sinalizarem este marco histórico em que os assistentes sociais visam romper com a perspectiva modernizadora mencionada, preocupados com a perspectiva de superação da desigualdade social, através de uma interlocução com a tradição marxista, deixam claro que mesmo apesar disto, este processo não esteve isento de contradições que nos direciona a uma constante análise crítica.

Um balanço realizado por Behring (1993; 1998), sobre os avanços e limites do debate da política social pelo Serviço Social, nos anos 1980, apesar de seu caráter de ruptura, vai apresentar alguns limites, como: a aposta na política social como solução para a desigualdade, sem levar em conta a natureza do capitalismo, especialmente o periférico, onde esta visão idealista limitaria a análise de possibilidades concretas de realização das reformas democráticas; o forte ecletismo teórico na análise de política social, que mesmo com referência à tradição marxista, desconsidera o circuito do valor; e, ainda, que há um certo estatismo, onde o serviço social perdeu a dimensão da rede institucional privada mobilizada pela política social, dizendo que hoje, ironicamente este quadro se inverteu, onde os profissionais redescobrem a sociedade civil, só que como um campo contemplado como território de virtudes, sem reconhecer suas contradições.

1.2 Seguridade Social, Saúde e Serviço Social

Apresentaremos a seguir uma breve contextualização, no que diz respeito a área da saúde no Brasil e a atuação do Serviço Social nesta área específica. No final

do século XIX, a saúde já se apresenta como pautas de lutas do movimento operário. Somente em 1920, como visto acima, foram criados os Centros de Aposentadorias e pensões (CAP's), através da Lei Eloy Chagas, onde a saúde era tomada com uma lógica de seguro, pois era vinculada como direito a apenas algumas categorias profissionais, que ofereciam maior interesse para o capital. Em 1930, a atenção à saúde se amplia para funcionários públicos e outras categorias, com a criação dos Institutos de aposentadorias e Pensões (IAP's), onde o Estado traz para si o investimento que era centralizado apenas no empregador e no empregado, mas a lógica restritiva, apenas ao trabalhador formal, no formato de medicina previdenciária, se mantinha.

Neste contexto histórico, situa-se o surgimento do serviço social no Brasil, sob a influência europeia. É somente a partir de 1945, que ocorre a expansão da profissão, impulsionada pelas novas exigências e necessidades que foram fruto do aprofundamento do capitalismo no Brasil, frente às mudanças ocorridas no panorama internacional, em função do pós-segunda Guerra Mundial. Neste momento, a influência norte-americana na profissão toma o lugar da europeia. E foi também, neste período histórico de expansão do serviço social como profissão, que houve uma maior inserção dos assistentes sociais na área saúde, tornando-se, desde então, o setor que mais vem absorvendo profissionais da categoria (BRAVO; MATOS, 2007).

A atuação do assistente social na saúde neste contexto vai se dar nos hospitais, se colocando entre a instituição e a população na direção da viabilização do acesso a serviços, geralmente através da inserção em processos de trabalho com ações como plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2007).

De acordo com Matos (2013), a inserção do serviço social nos serviços de saúde se deu no contexto da construção do exercício profissional, a partir de um modelo médico clínico, onde os outros profissionais atuantes na área da saúde exerciam um papel vinculado à contribuição ao trabalho do médico, ao que lhe era determinado por ele; ou seja, como complementaridade do trabalho médico na saúde. Estamos nos referindo a um contexto específico - década de 1940 -, quando os serviços de saúde estavam em construção no país, bem como outras categorias profissionais atuantes na saúde também se pautavam em pressupostos positivistas. (MATOS, 2013)

A atuação do assistente social na saúde neste contexto era baseada metodologicamente no Serviço Social de Casos, que, de acordo com a perspectiva funcionalista, compreendia que as questões vividas pelos “clientes” eram consequência de seu próprio comportamento e escolhas. Portanto o profissional direcionava sua ação no sentido de “adequar” o indivíduo a determinados hábitos, considerados como ideais. (MATOS, 2013)

Na década de 1950, o país, presidido por Juscelino Kubitschek, passava por um período caracterizado como desenvolvimentismo, com a ideia de crescimento. Os assistentes sociais, neste período histórico, acompanhando o movimento das coisas, atuam nesta perspectiva, seguindo um planejamento tecnocrático. Somente nos anos de 1960, é que o serviço social acompanhará a perspectiva progressista que já aparecia no país, por conta do movimento que emerge no Brasil e na América Latina, chamado de Movimento de Reconceituação.

O enfrentamento mais importante para a categoria se deu a partir na década de 1970, com relevante movimento de renovação do serviço social brasileiro, em especial a perspectiva denominada por Netto de “intenção de ruptura” (1991). Este processo é um marco importante para o serviço social, como uma construção muito rica de debates críticos no interior da profissão e questionamentos em relação ao modelo conservador adotado até então pela categoria profissional. Este processo se deu em paralelo ao surgimento do Movimento de Reforma Sanitária brasileira que reuniu movimentos sociais, profissional de saúde e usuários (MATOS, 2013). O movimento foi fruto de uma mudança na forma de pensar o setor público, no sentido de elaborar propostas para o seu fortalecimento e o combate à predominância, até então, do modelo privatista. Foi possível a promoção de amplo debate sobre as condições de vida da população brasileira, o que possibilitou propostas governamentais no âmbito da saúde.

Assim, a partir da década de 1980, passamos um novo momento político, com o processo de redemocratização do país, inaugurando uma nova fase também da Política de Saúde, com a construção do Projeto de Reforma Sanitária, que começou a ser pensado a partir de meados da década da década de 1970. A consolidação do movimento da Reforma Sanitária se deu com a participação de representantes de vários segmentos da sociedade civil, para discutir um novo modelo de saúde para o Brasil, o que ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Esse movimento e articulação teve como resultado a garantia de que a saúde é de fato um direito do cidadão e um dever do Estado, o que está garantido ainda no texto da atual Constituição da República Federativa Brasileira, através de uma emenda popular que resulta no Artigo 196:

Seção II: DA SAÚDE: Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CRFB, 1988)

A Reforma Sanitária continua como um dos projetos em disputa na sociedade brasileira, em relação à saúde. Os defensores do projeto estão preocupados com a efetiva atuação do Estado em função da sociedade, com a defesa dos serviços públicos e a garantia da qualidade, universalidade do acesso e a integralidade do cuidado à saúde, o que se encontra em risco diante da radicalização da proposta neoliberal em curso no país, desde 2016.

Neste sentido, o que aponta um grande desafio para os representantes e os defensores deste projeto é o antagonismo apresentado por um outro forte projeto em disputa na nossa sociedade, o Projeto neoliberal, articulado à lógica mercadológica, visando a ampliação das privatizações e o desmonte dos serviços públicos, com enxugamentos do investimento do Estado em políticas públicas de cunho universal e de qualidade, focalizando o atendimento a determinados segmentos de trabalhadores, através de prestação de serviços pontuais e precarizados, e/ ou seguros privados. Este Projeto vem se acirrando através de suas estratégias bancadas pela hegemonia ideológica imposta pelo poder dominante e que vem ocupando espaço na trajetória política no Brasil.

A rede de atenção à saúde, hoje, no âmbito do Sistema Único de Saúde, se estrutura em diferentes níveis de complexidade: a atenção básica (que prioriza as atividades voltadas para a prevenção e promoção de saúde), a média complexidade, os atendimentos de complexidade secundária (como as especialidades e exames diagnósticos) e a alta complexidade (responsável pelos procedimentos mais complexos, como dos hospitais especializados). Diante desta construção, se observa no cotidiano da rede de serviços de saúde uma profunda desarticulação entre os serviços e entre os níveis de complexidade, o que acaba por desconstruir o princípio da integralidade da atenção.

Esta realidade se constrói ancorada no projeto neoliberal, que apresenta um modelo centrado no médico e na doença, sob viés privatista e individualizante, que compreende a atenção à saúde voltada apenas para a doença, focada em interesses individuais e na lógica de mercado, mesmo em se tratando de uma instituição de saúde pública. (MATOS, 2013)

Desse modo, a atuação de assistentes sociais na política de saúde se torna algo desafiador, já que temos ciência do contexto de antagonismos de projetos em disputa: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal. O modelo médico-centrado resulta em desprestígio para a atuação dos profissionais de saúde, como o assistente social, visto a especificidade de cunho privatista, com interesse lucrativo na doença.

Esse modelo facilita a reprodução de um trabalho multiprofissional, num formato que individualiza o trabalho de cada categoria profissional, sem dar relevância à prática interprofissional⁸, levando os assistentes sociais e os demais profissionais de saúde, a atuarem sem articulação entre as diferentes categorias profissionais, dificultando a troca entre saberes. A atuação interprofissional na saúde se caracteriza pela atuação em equipe, com diferentes categorias que trocando de saberes, que se complementam; cada categoria na sua especificidade na busca da integralidade do cuidado, partindo da perspectiva ampliada de saúde. Uma atuação que não é de interesse do modelo médico-centrado, já que este modelo vai de encontro da perspectiva ampliada de saúde.

A Resolução n. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde define as profissões da área da saúde, dentre elas o Serviço Social. Uma expressão do desafio vivido pelos profissionais de saúde é sua recorrente demanda aos órgãos fiscalizadores das classes, como os conselhos federais e regionais das profissões, diante das dificuldades e limites para a atuação na área da saúde, principalmente no que diz respeito à autonomia profissional. Em busca de respostas para os questionamentos presentes nas instituições de saúde, sobre o fazer profissional do assistente social, o conjunto CFESS/CRESS publicou um rico documento para a categoria profissional

⁸ O assistente social “atua em equipe com os demais profissionais integrando a equipe de forma multiprofissional (como integrante de uma equipe que trabalha no mesmo espaço profissional) ou de forma interprofissional (como integrante de uma equipe que se constitui através de um exercício profissional articulado junto aos usuários, através da reciprocidade — o que implica troca — e interação entre seus membros) (Vasconcelos, 2015, p. 223)

intitulado: “Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, em 2010.

Esse documento, ora intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Constitui-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. Por outro lado, a opção em não estruturá-lo a partir dessas frentes de trabalho visa superar o registro de ações que são comuns nessas frentes e que tendem a se repetir quando a perspectiva é apontar as atribuições dos profissionais na saúde. Além disso, ao demonstrar que as diversas ações estão interligadas e são complementares, aponta-se para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, por exemplo. (CFESS, 2010, p. 11-12)

Os Parâmetros são elaborados por intelectuais que discutem a temática da saúde na academia, sob a ótica do Projeto Ético-Político do Serviço Social, portanto, orientados também pelo Projeto da Reforma Sanitária, o que vem norteando a atuação de assistentes sociais nesta área, embasando processos de educação permanente, processos de formação em saúde e de inserção de estagiários e, ainda, a inserção de assistente sociais em programas de residência multiprofissional e profissional.

A expansão do neoliberalismo no Brasil tem se apresentado como um grande obstáculo para a efetivação dos direitos e avanços nas políticas sociais, historicamente indicados pelo movimento de Reforma Sanitária. Desse modo, os assistentes sociais, assim como os demais profissionais de saúde, enfrentam desafios cada dia maiores em seu fazer profissional para se aproximarem dos movimentos sociais, de participarem dos órgãos da categoria, dos conselhos de política e de direitos e das Conferências, de frequentarem congressos, seminários e espaços de reflexão, bem como, oferecer serviços de qualidade para os trabalhadores usuários, no cotidiano das instituições onde atuam. Ou seja, com a radicalização do projeto neoliberal, torna-se cada vez mais difícil contribuir com a efetivação do SUS constitucional, assim como com a efetivação dos princípios do projeto ético-político do

Serviço Social, ambos em defesa da ampliação da democracia, tendo como finalidade a emancipação humana. Como afirmam Bravo e Matos (2007, p.13-14),

No aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços é a tese de doutorado de Vasconcelos (1999) e a dissertação de mestrado de Costa (1998) que apresentam as ferramentas para análise. Vasconcelos (1999) entrevistou 78 assistentes sociais que trabalham na rede de saúde do município do Rio de Janeiro e concluiu que há uma diferença muito grande entre a intenção e discurso dos Assistentes sociais com o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não o conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, identificou que estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão.

Observamos que este desafio continua e, para enfrenta-lo, é necessário que caminhemos na direção da consolidação do projeto ético político profissional, na saúde, juntamente ao projeto de Reforma Sanitária, contribuindo para o rompimento gradativo com o modelo biomédico hegemônico na área da saúde.

Nos parece que apenas referenciados aos dois projetos norteadores, o da reforma sanitária e o projeto ético-político do serviço social, é que pode ser possível dar respostas qualificadas às necessidades apresentadas pela classe trabalhadora, que é a população usuária do serviço social.

A medicina social latino-americana apresentou contribuições importantes para a ampliação do conhecimento, com uma nova perspectiva de análise para a saúde pública. Demarcou-se a insuficiência do saber médico para dar respostas às questões de saúde voltadas para a coletividade, abrindo espaço para a entrada do pensamento social na área da saúde, direcionando para a compreensão que considera as determinações sociais no processo saúde-doença (GARBOIS, 2017).

A temática ressurgiu recentemente, considerando os “Determinantes Sociais da saúde”, através da Organização Mundial de Saúde que, em 2005, criou uma comissão para discutir o assunto: a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). Nesta direção, entende-se como Determinantes Sociais a forma como a população vive, se desenvolve, como se estabelecem suas relações de trabalho, como envelhecem, bem como são estabelecidos os sistemas para lidar com o adoecimento. Segundo Garbois (2017), a comissão foi inspirada no modelo de Dahlgren e Whitehead.

Em 2010, a OMS estabelece um novo marco conceitual sobre os DSS, em que Garbois (2017), referencia como uma sintetização realizada a partir do modelo proposto por Solar e Irwin, e que foi adotado, no ano seguinte, na Conferência Mundial

sobre os Determinantes Sociais da Saúde, de 2011. Nesse modelo, o conceito foi dividido em duas partes: os determinantes estruturais e os intermediários. Para Garbois (2017, p. 67),

Os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A 'estrutura' expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Essas posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. [...] Os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso. A coesão social e o capital social atravessam as dimensões estrutural e intermediária.

Contudo, o autor sinaliza para o ressurgimento desta temática com contornos distintos das abordagens apropriadas pelo modelo médico-social latino –americano da década de 1970. Desta forma, Breilh (2010) entende que essa abordagem situada no marco conceitual proposto por Solar e Irwin, apesar de representar uma mudança na perspectiva de abordagem dos determinantes sociais, rompendo com um viés mais restritivo que vinha sendo abordado através da forma adotada pela OMS anteriormente, ainda se mantém com um caráter fragmentado e incompleto, sem grandes alterações na essência conceitual.

Muitas críticas têm sido estabelecidas a essa abordagem da OMS sobre os determinantes sociais da saúde. Críticas que têm sido articuladas, especialmente, nos debates que abordam a saúde coletiva e a medicina social latino-americana e que têm tido seu ponto central direcionado para a diferenciação entre 'determinante sociais da saúde' e a 'determinação social do processo saúde-doença'.

Os autores entendem, em geral, que a OMS aborda os determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista de 'fatores' (condições de vida, de trabalho, de moradia, de educação, de transporte etc.), 'contextos', 'circunstâncias' e 'condições', adotando, assim, uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social. Uma forma que minimiza ou deixa de considerar a compreensão acerca dos múltiplos processos

socioeconômicos, culturais, ecobiológicos, psicológicos que compõem as articulações dinâmicas do objeto saúde-doença. Isso se dá por não incorporar nas análises que o processo de adoecimento se dá e se transforma de acordo com cada contexto e momento histórico específico de determinada sociedade, entendendo as estruturas sociais como variáveis e não como categorias de análise do movimento de produção e reprodução social (GARBOIS, 2017).

O autor, ao se apropriar da reflexão realizada por Breilh (2010), afirma que essa perspectiva de abordagem é reducionista, pois desconsidera categorias analíticas de peso dentro das ciências sociais (como reprodução social, modo de produção, relações de produção etc.), ofuscando um processo crítico-reflexivo que permite analisar a essência e as particularidades do modo de produção capitalista e seus impactos na organização da sociedade, nos seus padrões de produção e reprodução de relações sociais, e o marcos disso para a saúde. Ou seja, o autor, ao utilizar as abordagens de Breilh, compreende que, apesar de apontamentos sobre as 'causas estruturais' das desigualdades sociais em saúde, que aparecerem de forma mais contundente no último modelo adotado pela OMS, ainda aparecem como abstrações esvaziadas de conteúdo crítico e de movimento da realidade. Assim, impossibilitam, também, a análise do processo de acumulação como ponto central de uma reprodução ampliada das desigualdades sociais em saúde.

Para explicitar a forma em que se posicionam as abordagens dirigidas ao campo da determinação social em saúde pela Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-Americana (MS e SCL), e as diferenças das da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS), podemos observar, em longa citação, a análise realizada por Breilh (2010, p. 5-6):

[...] Os objetos da crítica da MS e da SCL e os da CDSS, no campo da determinação social da saúde, são distintos. Para as duas primeiras, eles se iniciam com a natureza mesma da sociedade capitalista, e para a segunda, com as possíveis repercussões que esta produz em matéria de educação, emprego e renda, gênero ou etnia. Mas mesmo desta última posição derivam distintas estratégias e existe um acordo importante entre estas três concepções – educação, emprego e renda – que consiste em tornar visíveis os determinantes sociais mais imediatos da saúde, da doença e das formas de atenção, e a de lutar por medidas imediatas (através de políticas nacionais e internacionais) que melhorem a saúde, seja na perspectiva de chegar a uma situação melhor dentro da sociedade opressiva ou, inclusive, na perspectiva de superar as formas atuais de organização social opressiva. A MS e a SCL, de sua parte, têm como categoria fundamental a categoria marxista de classe social, pois desta perspectiva, a desigualdade socioeconômica tem sua origem nas relações de exploração derivadas do processo de produção. Da

relação que os indivíduos mantêm com os meios de produção é que deriva sua posição nas relações de domínio e exploração. A segunda diferença, vinculada com a anterior, é que a MS e a SCL outorgam um peso muito maior às mudanças na correlação entre as grandes forças sociais na transformação da qualidade de vida, como parte dos processos de geração de uma contra hegemonia das classes subordinadas frente ao poder econômico, ideológico e político das classes dominantes.

Breilh (2010) referencia Whitehead (1992), para avaliar que as desigualdades ou iniquidades em saúde são injustas na medida em que não são resultado da livre escolha dos indivíduos e sim produto das relações, vinculadas a uma dinâmica e caráter amplo que estão fora de seu controle. Sinaliza ainda que as diferenças nas condições de saúde derivadas de tais desigualdades sociais são evitáveis, já que não são diferenças produzidas apenas, e de forma predominante, biologicamente pelos indivíduos.

Para compreender a iniquidade societária, Breilh (2010) refere que a medicina social latino-americana (MS e SCL) a conceitua como um advento do processo de distribuição desigual do poder, se tratando, neste caso, do poder de forma abrangente, não somente do poder dos meios de produção e da riqueza socialmente produzida, mas do poder ideológico. A iniquidade não se refere exatamente à injustiça na distribuição e acesso aos bens e serviços, mas ao processo intrínseco que a produz. A iniquidade, de acordo com o autor, diz respeito ao caráter e ao modo de ser de uma sociedade que determina a repartição e o acesso desiguais (desigualdade social), ou seja, que produz esta desigualdade social. O autor sinaliza que realizar esta distinção se faz relevante, para que não limitemos a análise apenas ao fenômeno da desigualdade, desconsiderando a análise dos seus efeitos, dos seus determinantes. Refletir sobre a iniquidade agrega a essência da questão, desvela a sua base, suas causas, enquanto a desigualdade é uma evidência empírica que vem chamando atenção e nos alarmando através dos dados estatísticos.

A desigualdade é uma injustiça no acesso, uma exclusão produzida frente ao usufruto, uma disparidade na qualidade de vida, enquanto a iniquidade é a falta de equidade, ou seja, a característica inerente a uma sociedade que impede o bem comum. A iniquidade é a injustiça produzindo desigualdades. (BREILH, 2010, p.8)

Diante do exposto, Breilh (2010) aponta que a Medicina Social e a Saúde Coletiva Latino-Americana não limitam a discussão das desigualdades sociais em saúde, (como as abordagens da CDSS, que equiparam as iniquidades), mas estão preocupadas em desvelar as iniquidades que são determinantes delas; as iniquidades

que as causam. Assim, uma característica diferencial na forma de direcionamento da MS e da SCL é que apesar de estarem de acordo com o avanço de políticas sociais que reduzam a desigualdade em saúde - e nisso coincidem com a CDSS -, ele não limitará sua ação a este pensamento, mas buscará a superação social da iniquidade que as produz.

Nos parece que é de acordo com as abordagens da MS e da SCL que devemos seguir na luta contra as desigualdades em saúde e, para tanto, se faz necessário nos colocarmos em oposição aos que são peças da ordem societária vigente, que mantêm o domínio da hegemonia e do poder sobre a classe trabalhadora, o que nos direciona para a construção de uma contra-hegemonia, onde a luta pela garantia dos princípios do SUS e pela ampliação dos direitos sociais, a partir do fortalecimentos dos espaços de luta, se faz presente.

Por esta razão a MS e a SCL consideram, de maneira muito importante, conhecer e difundir os movimentos sociais e seus componentes em saúde, pois aí estão surgindo as novas formas de enfrentar os determinantes sociais da saúde e estão se fazendo surgir novos modos de vida e novas práticas coletivas, solidárias e equitativas. Hoje podemos observar como grandes fundações privadas dirigidas pelos maiores empresários do planeta (como a Fundação de Bill e Melinda Gates) destinam recursos para a melhoria da saúde “dos que menos têm”, como compensação pelas tantas causas mesquinhas bem conhecidas. Assim, eles mantêm sua hegemonia. A MS e a SCL buscam, como a CDSS, eliminar as desigualdades sociais em saúde, sim, mas sempre na perspectiva de fortalecer a contra-hegemonia dos oprimidos por essas desigualdades e iniquidades. (BREILH, 2010)

Enquanto pesquisadores e trabalhadores da área da saúde, compreendemos que a política social, bem como a política de saúde no capitalismo, vai se estruturar apresentando todos estes limites, de maneira que sua atenção de forma integralizada vai sempre estar ameaçada pelas particularidades da forma que a sociedade se organiza, uma vez que o próprio processo saúde-doença vai estar atravessado por estes aspectos conceituados como a determinação social da saúde. Ou seja, é um complexo que envolve tanto a forma de desenvolvimento desta sociabilidade, como a forma em que esta sociedade se organiza de forma diferenciada em cada realidade. Conforme a contribuição de Albuquerque (2009, p.2):

Em sociedades de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer. Nessas sociedades, uma classe detém a propriedade dos meios de produção e outra classe detém apenas sua força de trabalho. A classe que não possui meios de produção próprios e, portanto, precisa vender sua força de trabalho para sobreviver, terá maior ou menor desgaste no

trabalho e maior ou menor possibilidade de acesso aos produtos da produção social, na dependência da forma como se insere na produção e no consumo.

De forma geral, a saúde e a garantia da qualidade de vida vão depender do acesso ao produto da civilização e este acesso vai depender da forma como cada grupo social vai organizando a maneira de viver. É com base nesta percepção que situamos a concepção de determinação social da saúde e da doença. Ou seja, podemos compreender que a maneira como se produz a vida em sociedade é o que vai determinar as diferentes formas de viver, adoecer e morrer. Podemos perceber de forma clara esta perspectiva na medida em que de acordo com cada contexto, vai se ter predomínio de um tipo e causa específica de adoecimento e morte.

1.3 Serviço Social e Projeto Profissional

Nossa questão é evidenciar até que ponto o assistente social que opta pelo projeto do Serviço Social brasileiro está atuando na direção da legitimação e contribuição com o desenvolvimento da acumulação capitalista, na medida em que, mesmo objetivando favorecer os trabalhadores, desenvolve práticas que favorecem os interesses mercadológicos na saúde; área que historicamente privilegia o saber médico e os procedimentos e tratamentos de saúde que envolvem alto custo.

Abordaremos a questão, fazendo uso de autores que discutem a temática da instrumentalidade do serviço social, a dimensão técnico-operativa e o cotidiano profissional. Objetivamos pensar criticamente as possibilidades de qualificar a atuação profissional no cotidiano, buscando estratégias de ação que visem o rompimento com a herança tradicional e conservadora da profissão e, sobretudo, com o paradigma do chamamento do profissional a intervenções imediatas, individuais, num processo que desloca o assistente social para uma espécie de “resolução de problemas” sem trazer estas demandas postas para um processo reflexivo.

Reforçamos a emergência do uso de mecanismos e procedimentos metodológicos no fazer profissional, como estar reportado a um projeto profissional, elaborar projetos de intervenção de acordo com a inserção nos espaços sócio ocupacionais, espaços mediados por contradições e conflitos de interesses, com prevalência, ainda, do modelo centrado no médico, na doença e marcados por interesses mercadológicos. Espaços que, permeados por interesses em contradição, permitam ao profissional apreender, teoricamente, possibilidades de contribuir com a

realização dos interesses dos trabalhadores e realizar seu compromisso ético-político profissional.

Assim, para a compreensão do lugar do assistente social neste processo, a abordagem, se dará envolvendo, seu papel, o alcance de suas ações, e as particularidades relacionadas às consequências da sua atuação profissional; atuação sempre articulada a outros assistentes sociais e aos demais profissionais de saúde.

Esta reflexão se dá considerando as características intrínsecas ao modo de produção capitalista, entendendo que o sistema metabólico do capital funciona de forma em que a produção coletiva é apropriada de forma privada, determinada por relações de dominação e com a concentração da riqueza social nas classes dominantes. (LESSA, 2007). Consideramos ainda o caráter ontológico do trabalho - trabalho fundante do ser social -, o que difere o ser social da natureza.

As considerações desta abordagem, se referem, em especial, às tendências do capitalismo em sua fase monopolista, quando suas particularidades, em relação à sua dinâmica e seu funcionamento vão tomando outras configurações.

A tendência interventiva do Estado no modo de produção capitalista na sua fase monopolista, se dá a partir da emergência em responder as manifestações da questão social, que se concretizou com o uso de aparelhos ideológicos e coercitivos, no âmbito dos quais se situam as políticas sociais. E é neste contexto que se faz presente a atuação do assistente social, profissional inserido no contexto da divisão social e técnica do trabalho.

Destacamos o real interesse do poder dominante no chamamento do profissional de serviço social na sociedade capitalista. O interesse se dá justamente para favorecer o seu desenvolvimento, na medida em que atuar nas políticas sociais, contribui tanto para a ampliar possibilidades de consumo da classe trabalhadora, como para reproduzir a mão de obra necessária à exploração capitalista. O assistente social, ao intervir, minimiza as mazelas fruto da vivência das expressões da questão social, além de contribuir para minimizar os conflitos entre as classes, o que favorece o desenvolvimento do capital e os interesses do mercado (lucro), ao possibilitar, por exemplo, o acesso de um usuário a um procedimento de alto custo na alta complexidade da saúde. Como sinaliza Matos (2015, p. 680-681),

Somos sabedores que o Serviço Social (Iamamoto, 1995) atua sobre interesses contraditórios e somente por um polo pode fortalecer o outro. Assim, dede a ruptura com o conservadorismo que caracterizou a emergência da profissão (o que não quer dizer que não exista o conservadorismo entre

nós, na profissão), viemos construindo um projeto profissional em que a questão social – matéria que justifica o fazer profissional – é vista como produto e cria do modo de produção capitalista. Portanto, seus efeitos não podem ser enfrentados de forma moralizante e de responsabilidade individual. Seu enfrentamento deve se dar coletivamente.

Diante as contradições presentes na atuação do assistente social inserido na sociedade capitalista, destacamos a relevância da contribuição da tradição marxista para compreensão do caráter político da profissão. Assim, coloca-se a necessidade do reconhecimento do contexto em que está inserido e, conseqüentemente, dependendo de sua relação institucional, de suas escolhas, que vão determinar as conseqüências da sua atuação para o trabalho e para o capital. Para Matos (2015, p. 682):

uma profissão se legitima a partir das respostas que consegue emitir para usuários(as) dos seus serviços e para seus(suas) contratantes. E estas – as respostas – podem ser maiores ou menores, dependendo da competência do coletivo profissional. No caso do Serviço Social, tal debate não pode ser realizado sem a clareza dos distintos interesses que envolvem o contratador do trabalho profissional e a população usuária dos seus serviços

A partir da década de 1960, o serviço social inicia um processo de transformações de cunho teórico-metodológico, onde na academia surge um debate mais crítico, se aproximando da teoria social marxista, o que vai se construindo uma apreensão teórico-prática que se amplia no serviço social. Com base nesse debate emergente no interior da categoria, no final da década de 1970, tem início a construção do Projeto Profissional do Serviço Social Brasileiro, sintonizado com os interesses e demandas históricas da classe trabalhadora, no contexto do capitalismo. Este projeto possui como essência a consideração da liberdade, como garantia da autonomia, da emancipação e da plena expansão dos indivíduos sociais, através da superação do capitalismo, com vistas a uma sociabilidade fundada na “socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida”; portanto, um processo que vai além da radicalização da democracia com a superação da democracia burguesa pela emancipação humana de fato. (VASCONCELOS, 2015)

Acreditamos, portanto, que a possibilidade do profissional em oferecer repostas com base em leituras de caráter radicalmente críticos e anticapitalista está em apreender o projeto do Serviço Social brasileiro, em seu processo histórico em constante construção, materializado nos princípios do Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1993), bem como nas competências teórico-metodológicas e ético-políticas fundamentais para a formação dos assistentes sociais, conforme determina

as Diretrizes Curriculares formuladas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, em 1993. (VASCONCELOS, 2015)

Neste sentido, com a vinculação ao projeto profissional, pensado a partir dessas determinações, é que podemos objetivar a luta pela ampliação e consolidação da cidadania com vistas a garantia dos direitos da classe trabalhadora, na direção da contribuição para a superação da ordem burguesa. Desta forma, estaremos contribuindo com a criação de possibilidades de enfrentamento no interior das instituições capitalistas, na direção da emancipação humana.

De acordo com Vasconcelos (2015), faz-se necessário apreender o caráter anticapitalista presente nos princípios do Código de Ética Profissional, para além da defesa dos direitos garantidos pela democracia burguesa e que essa direção se materialize na formação e na prática profissional e se realize através de objetivos profissionais. Essa direção não se realiza apenas com o necessário e exigente embasamento teórico, e/ou com a operação de instrumentos legais e normativos, mas se materializa no cotidiano da prática que envolve a prestação de serviços sócio assistenciais, a organização política da categoria, a produção de conhecimento, a formação acadêmico-profissional permanente. Um movimento que, articulando a luta política-ideológica da categoria, se coloca como indissociável dos movimentos sociais e da luta geral dos trabalhadores.

Devemos compreender então que a materialização do projeto profissional em sua construção histórica se apresenta entre muitos limites e desafios para os assistentes sociais, os quais devem ser enfrentados pelo conjunto da categoria nos diferentes espaços sócio ocupacionais, na prática docente, nos processos sócio assistenciais, nos processos organizativos da categoria, bem como nos processos de gestão e planejamento, nos diferentes níveis. Desta forma, se faz relevante a consideração da abordagem, por parte da academia, acerca da prática profissional, em todos estas instâncias e espaços, através de pesquisa sistemática e qualificada. Sem apreensão crítica do protagonismo dos assistentes sociais nos espaços sócio ocupacionais, a categoria se vê distante das possibilidades de superar um certo abismo histórico ainda existente entre a teoria-prática, que põe, recorrentemente, os profissionais em práticas contraditórias e questionáveis, com relação ao compromisso expresso com os interesses das massas trabalhadoras.

Em relação à necessidades de estudar a direção dos caminhos da prática dos assistentes sociais, Vasconcelos afirma que não se trata de culpabilizar os

profissionais, mas apreender as possibilidades, presentes na realidade, de práticas mediadas pelo projeto profissional, na medida em que conseguimos realizar o desvelamento da complexidade em que essas práticas estão imersas, buscando ir além de entender a realidade como um limite. Assim, ao estudar a atuação dos assistentes sociais ao darem respostas às requisições institucionais e demandas dos trabalhadores, apreender as consequências das nossas ações, que podem estar se dando em sentido contrário ao compromisso ético-político assumido. Conforma aponta em:

A partir dos princípios e valores e dos conteúdos teóricos e técnico-operativos que sustentam a formação graduada e permanente, conforme indicado no projeto profissional, especialmente pelas diretrizes Curriculares da ABEPSS e pelo Código de Ética do Assistente Social de 1993, podemos afirmar que, no conjunto das profissões de nível superior, o assistente social é aquele que tem a possibilidade de ser formado com a necessária competência para proceder a uma atuação profissional/teórico-ideológica e política podendo contribuir, através das respostas às demandas dos usuários, na formação de uma consciência social crítica e emancipadora, tanto no que se refere à sua própria categoria, quanto aos demais profissionais e, essencialmente, aos trabalhadores e trabalhadoras/usuários, a partir das e em concomitância às respostas às requisições institucionais que, ao legitimarem a profissão do Serviço Social, consubstanciam a convocação que o capital faz aos assistentes sociais: participação no controle e submissão das massas trabalhadoras. (VASCONCELOS, 2015, p. 427-428)

Compreendemos que é o assistente social, na apreensão de suas competências e vinculação ao projeto profissional, de acordo com as condições objetivas, vai direcionando sua ação, realizando escolhas de abordagem, o que necessita ser avaliado e considerado nas suas consequências, individual e coletivamente. Neste contexto, coloca-se a necessidade de adotarmos práticas planejadas que contribuam mais com os reais interesses da classe trabalhadora, do que com os interesses burgueses para o desenvolvimento da acumulação capitalista.

No modo de produção capitalista cabe a pertinência do questionamento acerca da atuação do Assistente Social no atendimento aos usuários na saúde. Considerando os conceitos de produção e reprodução, a questão é se o assistente social em sua atuação profissional está contribuindo com acumulação capitalista, ao compor o ciclo de componentes que garantem a manutenção do Capital, ou, de fato com a garantia da integralidade do atendimento ao usuário no âmbito da saúde? Para Vasconcelos (2002, p. 528)

[...] é partindo das determinações que resultam na condição histórica do assistente social de profissional subalterno e auxiliar no contexto da sociedade do capital que podemos entender como as demais profissões – aqui especificamente as demais profissões de saúde – vêm sendo

historicamente alçadas a essa mesma condição no MPC, o que tem resultado em consequências deletérias para a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como para consolidação do Sistema Único de Saúde como política pública, universal e com controle social, conforme ainda assegurado na CF de 1988.

No entanto, não podemos deixar de considerar que, na sociedade do capital, os assistentes sociais, mesmo que eles não tenham consciência, são chamados a um exercício profissional que reproduza mecanismos que aprofundem as contradições entre capital e trabalho e as mazelas produzidas.

Os profissionais, assim como toda a classe trabalhadora, têm seus compromissos ético-políticos e deveres invadidos e impregnados pelos interesses do capital que se manifesta no individualismo. Um processo que se dá a partir da exigência do capital no assalariamento dos profissionais de todas as áreas, impactando na transformação de todas as instâncias da vida social em mercadoria, e como negócio diante dos interesses de acumulação capitalista (VASCONCELOS, 2012).

De fato, não nos parece incomum observar, na saúde, práticas onde o profissional vai dar lugar aos instrumentos como uma finalidade e não como um meio, na medida em que nos deparamos com inúmeras demandas imediatas do cotidiano nos espaços institucionais.

Diante de um contexto de acirramento do projeto neoliberal, com a contrarreforma do Estado que desmonta uma estrutura de proteção social, com cortes e reformas nas políticas sociais, sobretudo aprofundando uma onda de sucateamento daquelas que fundamentalmente atende a garantia de manutenção da vida de famílias, deixando sem acesso uma gama de sujeitos que quando aparecem em um serviço como um usuário do serviço social, muitas vezes colocam o profissional em um dilema. Assim o profissional se vê diante de uma realidade em que realmente a demanda é urgente: é saúde, é vida.

Por exemplo, um usuário necessita realizar um transplante de Medula Óssea. Porém vivendo em condições socioeconômicas precárias, após um procedimento que altera seu sistema imunológico de forma significativa, o que resulta em uma nova condição para a vida, não é possível acessar cuidados que contribuam para sua sobrevivência, quanto mais, manter sua qualidade de vida. Diante disso, na ausência de políticas públicas que atendam aos interesses e necessidades de diferentes segmentos da classe trabalhadora, o profissional é solicitado a buscar recursos para

dar conta de necessidades imediatas, naquele momento. Buscar recursos para um usuário que já teve, por várias vezes, o seu direito negado e, ao se deparar com uma doença que ameaça de forma brusca sua vida, vê num procedimento de alta complexidade, alto custo e cheio de riscos diante de suas condições socioeconômicas, a possibilidade de confrontar a ameaça da morte.

Porém, para que o procedimento seja realizado, sem que tampouco se minimize os riscos de morte deste sujeito pós-TMO, é necessário que ele tenha acesso à uma condição social específica, como, saneamento básico, estar alocado próximo ao hospital para facilitar os riscos com traslado, alimentação saudável, suporte familiar por conta da perda da autonomia, entre outros. O assistente social então, para garantia do acesso do usuário àquele tratamento de saúde específico é requisitado a realizar uma intervenção encaminhando aquele trabalhador para recursos do chamado “terceiro setor”, como instituições não-governamentais, filantrópicas, de voluntariado, etc.

No geral, de imediato, a demanda que é sim emergencial, e de grande impacto na vida do usuário, vai ser atendida por estes recursos. Em outros termos, muitas vezes são estes recursos que vão de fato dar condições de um indivíduo ter acesso a este tipo de intervenção, bem como garantir a continuidade de todo o processo. Portanto não há como o assistente social negar a utilidade daqueles serviços naquele momento, para atender uma demanda legítima, que carece de uma resposta imediata. Porém esta resposta é dá de forma desarticulada, individualizante e focalizada, que desvincula a atenção de uma perspectiva de direito e desresponsabiliza o Estado.

Poderemos entender, neste sentido, que atuando somente desta forma estaremos contribuindo para reprodução dos interesses do poder dominante e desenvolvimento do modo societário vigente. Estaríamos então nos adequando às condições possíveis dentro da perspectiva do projeto neoliberal de desmonte da “coisa pública” e de responsabilização dos indivíduos e da sociedade civil no papel de garantia de proteção social, transferindo ao “terceiro setor” a responsabilidade pela proteção social através de um apelo à solidariedade, muitas vezes travestido de interesses de mercado?

Pode ser que sim, de certa forma, porém, tomar o Serviço Social, no seu fazer profissional, articulado ao Projeto Ético-Político, assumindo um caráter contra hegemônico da profissão dentro do modo de produção capitalista não é uma tarefa fácil. Contudo, se o profissional possui uma leitura que situe a categoria e sua

atividade profissional neste contexto de contradição e complexidade, é o caminho essencial para direção de manter uma prática pensada, situando o objeto de sua ação na “questão social”, direcionando um objetivo profissional que deve estar articulado aos interesses da classe trabalhadora.

Assim como sinalizamos a relevância em apreender as profissões no contexto da contraditória sociedade do capital, também devemos apontar que é justamente na própria contradição de interesses entre capital e trabalho que está a possibilidade, como sinalizado por Marilda Vilela Iamamoto, desde 1979 (IAMAMOTO, 1983), de uma prática profissional que fortaleça os interesses históricos da classe trabalhadora. E se o cotidiano nos lança em requisições voltadas para o imediato, e apesar do cotidiano ser insuprimível, o cotidiano não é, necessariamente, sempre alienador, o que nos remete a possibilidades de prática na direção do projeto profissional. Como sinaliza Matos (2015), se vivêssemos em outra ordem societária, com valores emancipatórios hegemônicos, daríamos respostas mais qualificadas, ainda que imediatas.

O cotidiano de trabalho dos assistentes sociais e demais profissionais é atravessado pela flexibilização e a precarização das relações de trabalho, com a conseqüente fragilização das condições de vida dos profissionais e de todos os trabalhadores. Como fruto do ciclo do modo de produção capitalista, é uma realidade que se expande a todo o conjunto dos que vendem sua força de trabalho, operários e profissionais de nível superior, ainda que em condições diferenciadas de autonomia. É neste contexto que os profissionais, bem como os assistentes sociais, atuando na política de saúde, por exemplo, vão tendo sua prática cada vez mais subordinada às requisições do capital, resultando numa espécie de instrumento do Estado para realização de seus interesses, com a perda gradativa de autonomia nos espaços sócio institucionais.

Mota (2017), realizando uma reflexão sobre as particularidades e determinações da realidade brasileira e os desafios lançados ao serviço social na atualidade, sinaliza para o momento histórico importante vivido, já que condensa uma efervescência política, ao menos no interior da categoria, provocada pela aprovação, no senado, naquele mesmo ano, do processo de *Impeachment*, com configurações de golpe de Estado, da presidenta da República Dilma Rousseff, filiada do Partido dos Trabalhadores. Para a autora, como formulado por ela em 1995, continuamos a vivenciar uma espécie de “cultura da crise”, com novos contornos e determinações, que a partir de uma moralização da política e do fetichismo dos ajustes fiscais,

produzem a expansão do desmonte dos direitos sociais. Um fenômeno nomeado de “cultura política da crise do momento”, que radicaliza a ofensiva do projeto neoliberal e mercantil, na medida em que esta cultura se desenvolve a partir da hegemonia ideológica da burguesia, com uma ideia consensual de ser necessária a ampliação do acesso a bens e serviços mercantis, deslegitimando direitos já conquistados. Isto acontece sob a égide do conservadorismo da direita, com referências de matriz neoliberal, fazendo uso do discurso de oposição à corrupção, e daí consolidando a desregulamentação dos direitos trabalhistas, a reforma previdenciária, a privatização, numa perspectiva de ampliação das estratégias materiais e ideológicas para formação de consenso da classe trabalhadora.

De acordo com essas configurações a autora pontua os desafios e as possibilidades de ação, diante das conquistas históricas do Serviço Social brasileiro, nos seus 80 anos de existência, ressaltando o significado do Projeto Ético-Político do Serviço Social, visto que nas três últimas décadas o Serviço Social ampliou sua função intelectual, contribuindo para a formação da cultura profissional, que se contrapõe à hegemonia das classes dominantes, em orgânica articulação com a esquerda marxista no Brasil. (MOTA, 2017)

Neste contexto, o marxismo vai contribuir, não no sentido de alterar as condições da atividade profissional, mas para que o profissional tenha consciência da sua ação estar instalada nesse processo. Este entendimento consciente do profissional é algo fundamental para mediar a reflexão permanente do assistente social na construção do seu projeto profissional.

2 TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA COMO INVERSÃO DA LÓGICA DO SUS

Neste segundo capítulo, buscaremos abordar de que forma o Transplante de Medula Óssea, enquanto modalidade terapêutica de alta complexidade e de alto custo, vem sendo parte constitutiva de uma abordagem na saúde pública que direciona à uma inversão da lógica do SUS. Isso porque, ao desconsiderar as reais condições de vida da população, que fica desprovida de direitos e necessidades essenciais que garantam condições dignas de manter sua vida com qualidade após um tratamento com a complexidade do TMO, o procedimento se efetiva em detrimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, vinculadas ao nível de atenção primária da saúde, essenciais a todos e não somente àqueles que porventura possam necessitar de procedimentos tão invasivos. Essa é uma reflexão que, diante do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, bem como a forma como ela está dividida em classes antagônicas, considera as características e particularidades do modo de produção capitalista e o advento do projeto privatista/neoliberal na dependente sociedade brasileira.

2.1 Caminhos da investigação

A pesquisa desenvolvida no PPGSS/UERJ, parte de dados e resultados obtidos no estudo anterior, realizado a partir da inserção no Programa de Residência no INCA, com o objetivo de atingir novos resultados, ampliando a discussão e reflexão crítica em relação ao tema. De acordo com os objetivos propostos para a dissertação, vamos abordar o papel desempenhado pelo assistente social que opta pelo projeto ético-político profissional, diante das contradições, limites e possibilidades postos à prática na saúde, numa unidade de transplante de medula óssea que, ao materializar a atenção à saúde, inverte a lógica do SUS, quando se direciona investimentos na alta complexidade, em procedimentos de alto custo, em detrimento dos investimentos em atenção básica, com prevenção de doença e promoção de saúde.

O presente estudo foi pensado a partir de uma pesquisa realizada durante experiência de Residência Multiprofissional em Oncologia no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A pesquisa é qualitativa e foi realizada durante o ano de 2016, através de entrevistas semiestruturadas, pesquisa bibliográfica e documental. A interpretação dos dados foi realizada a partir da abordagem

metodológica Hermenêutica-dialética, buscando assim articular o processo crítico além de apenas compreensivo. (MINAYO, 2010)

A análise da referida pesquisa foi sustentada pelo método da teoria social e pelo materialismo histórico dialético, pois acredita-se que só é possível dar respostas a este estudo através de uma leitura crítica que considere a realidade concreta a partir de uma perspectiva de totalidade.

No trabalho de campo foi utilizado a coleta de dados, com análise documental, através de prontuários de usuários que foram participantes da pesquisa também como entrevistados. Foram selecionados para participar da pesquisa, usuários de ambos os sexos, adultos (com idade superior a 18 anos), e que iniciaram o protocolo pré-transplante até fevereiro/2016. Foram utilizados, principalmente, os dados sistematizados nos registros do Serviço Social da unidade, das entrevistas de primeiro atendimento e formulários de avaliação social. Também foram realizadas entrevistas abertas semiestruturadas⁹, a partir de roteiro previamente estabelecido, com usuários que se encontravam em atendimento pela equipe do CEMO e já realizaram TMO. A amostragem foi intencional e por saturação teórica, ou seja, as entrevistas foram realizadas com 5 (cinco) usuários, previamente definidos, pois com este número foi possível dar respostas às categorias teóricas desveladas a partir do estudo.

Desta forma, se buscou classificar os maiores impactos e mudanças do modo de vida sofridos pelos usuários, na tentativa de identificar o quanto o adoecimento e, principalmente, o tratamento de TMO impacta em novas necessidades e debilidades à vida dos trabalhadores usuários do SUS. Neste sentido, através da análise dos prontuários (entrevistas de primeira vez e formulários de avaliação social) dos usuários entrevistados, foi possível correlacionar a realidade de vida antes, com o momento após realizar o TMO, problematizando limites e possibilidades acerca da atuação das políticas públicas para o atendimento das necessidades geradas por este conjunto de trabalhadores.

Para o desenvolvimento da análise, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre as tendências na área da saúde, bem como sobre o debate atual no serviço social acerca dos desafios da atuação profissional neste contexto, e de dados de mortalidade, sobrevida e custos do TMO. Foi utilizado material coletado durante a pesquisa realizada no INCA, para que, através da experiência profissional vivida na

⁹ Roteiro de Entrevista Semiestruturada em anexo no item “Anexos”

referida Instituição de saúde, os dados possam contribuir enquanto realidade concreta dos usuários do serviço de Transplante de Medula Óssea. Desta forma, o resultado da pesquisa foi fruto da mediação entre a realidade sócio institucional e reflexão teórica possibilitada pela aproximação ao arcabouço teórico que se refere à prática profissional, sobretudo na área da saúde, tendo como referência o Projeto Ético-Político profissional. O estudo foi enriquecido ainda por reconstrução teórica referente à realidade da Política de Saúde na atualidade, suas tendências, atravessamentos e contradições engendradas pelo projeto neoliberal, sobretudo sobre os serviços de saúde de alta complexidade.

Vale ressaltar, que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (CEP-INCA) sob o CAAE 58696916.5.0000.5274, conforme a resolução nº 466 de 12/12/12 e aprovado sob o parecer de número 1.860.382.

Nesse sentido, foram reconhecidos e respeitados os princípios e critérios éticos presentes nesta resolução e complementares, do Ministério da Saúde, quanto à pesquisa envolvendo seres humanos, bem como aqueles relacionados ao Código de Ética Profissional do Assistente Social (Conselho Federal de Serviço Social, 1993).

Este estudo assume compromisso com o nosso Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro que, construído historicamente pela categoria, está materializado no nosso Código de Ética do assistente social, na Lei de Regulamentação da Profissão, nas Diretrizes Curriculares (ABESS), que nos remete à contribuição com os interesses históricos da classe trabalhadora. Neste sentido, ela possui sua fundamentação na defesa da saúde pública e universal, de qualidade, como um direito de todos e dever do Estado.

Diante do compromisso com as reais demandas e interesses da classe trabalhadora, buscamos compreender a operacionalização dos serviços e níveis de atenção da saúde e as prioridades no atendimento, de forma integral e qualificado, à população usuária, vislumbrando o papel do assistente social neste processo desafiador, tendo em vista a realidade de aprofundamento das contradições impostas pelo projeto privatista/neoliberal.

Assumimos ainda o compromisso de devolução dos achados, para a Instituição que deu origem à pesquisa, através de publicações, debates, no sentido de contribuir para o resgate dos princípios do SUS, conforme idealizados na CBF/1988.

2.2 Incidência e mortalidade relacionada ao Câncer e suas principais causas

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram, aproximadamente, 14,1 milhões de novos casos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino, tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%). De modo geral, as maiores taxas de incidência foram observadas nos países desenvolvidos (América do Norte, Europa Ocidental, Japão, Coreia do Sul, Austrália e Nova Zelândia). Taxas intermediárias são vistas na América do Sul e Central, no Leste Europeu e em grande parte do Sudeste Asiático (incluindo a China). As menores taxas são vistas em grande parte da África e no Sul e Oeste da Ásia, incluindo a Índia. Enquanto nos países desenvolvidos predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimentos, ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado). Além disso, apesar da incidência menor, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo (Ministério da Saúde, INCA, 2018).

As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas. Além, claro, do aprofundamento da desigualdade social na realidade burguesa e as tendências que têm sido observadas para as políticas públicas, em especial para a política de saúde no Brasil, que é a que estamos focalizando.

Estudos comprovam que o câncer é a segunda maior causa de morte no Brasil, somente ficando atrás das mortes ocasionadas por doenças cardiovasculares. De acordo com o INCA, estima-se no Brasil de 2018-2019 a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, para cada ano. Excetuando o câncer de pele não melanoma, que é o mais incidente, com cerca de 170 mil novos casos, serão 420 mil os novos casos de câncer no Brasil. Um outro cálculo global corrigido para o sub-registro, onde o INCA cita dados de Mathers et. al., aponta para a ocorrência de 640 mil novos casos.

Para a Divisão de Vigilância e Análise de Situação, que é vinculada à Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) do INCA, essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes e, ainda, altas taxas para os cânceres do colo de útero, estômago e esôfago.

Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais (Ministério da Saúde, INCA, 2018). As taxas de incidência, ajustadas por idade, tanto para homens (217,27/100 mil), quanto para mulheres (191,78/100 mil), são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento.

Este quadro desvela a realidade de um país que produz adoecimento em grande número, além dos fatores genéticos, relacionado a fatores de risco externos, como ligados à precarização da alimentação, falta de saneamento e de programas de prevenção e promoção de saúde e, principalmente, insipiente acesso aos serviços de saúde.

A distribuição da incidência por Região Geográfica mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram 70% das ocorrências de casos novos, sendo que, na Região Sudeste, encontra-se quase a metade dessa incidência. Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil os cânceres do colo de útero e de estômago, entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina entre os principais, a incidência dos cânceres do colo do útero e estômago tem impacto importante nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas dos cânceres de mama e do colo do útero se equivalem entre as mulheres. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

É possível perceber o quanto a forma como a política de saúde vem se organizando e se operacionalizando e suas prioridades orçamentárias impactam num cenário crescente de precarização das condições de saúde da população, da incidência e adoecimento por câncer e da mortalidade, além da precarização da qualidade de vida, quando observamos a diferença da incidência dos diferentes tipos de câncer por região do Brasil.

Pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva mostram que para o câncer de próstata, no Brasil, estimam-se 68.220 casos novos para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens. A taxa de incidência global, em 2012, foi 31,1/100 mil, sendo mais elevada em países desenvolvidos, como Austrália, Nova Zelândia, América do Norte, e países da Europa Ocidental e Norte, podendo variar mais do que 25 vezes frente aos países em desenvolvimento. Isso pode ser atribuído, em parte, às estratégias de rastreamento, realização do teste antígeno prostático específico (PSA) e subsequente biópsia, uma vez que possibilita a identificação de pequenos tumores, latentes ou em fases iniciais de crescimento.

A diferença observada entre as taxas, segundo a distribuição geográfica, variou entre 3 e 30 por 100 mil óbitos. Contudo, maiores taxas de mortalidade foram observadas em países de baixa renda, quando comparados aos de alta renda. A tendência da mortalidade por câncer de próstata se apresenta em declínio em quase todas as Regiões do mundo, sendo identificada queda de 3,4%, no período 2010-2014, nos Estados Unidos. Por se tratar de uma neoplasia com bom prognóstico, a probabilidade de sobrevivência em cinco anos é encontrada acima de 80%, variando em função de fatores clínicos, genéticos, socioeconômicos e ambientais. (Ministério da Saúde, INCA, 2018) No Brasil, é o câncer de maior incidência entre os homens (desconsiderando-se dessa análise o câncer de pele não melanoma) e as maiores taxas ocorrem nas Regiões mais desenvolvidas: Sul e Sudeste. Em 2015, ocorreram 14.484 óbitos por câncer de próstata. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Para Câncer de mama no Brasil, estimam-se 59.700 casos novos, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos, a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil). Múltiplos fatores estão envolvidos na etiologia do câncer de mama: idade da primeira menstruação menor do que 12 anos; menopausa após os 55 anos; mulheres que nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos (nuliparidade); primeira gravidez após os 30 anos; uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal (TRH) na menopausa, especialmente se por tempo prolongado; exposição à radiação ionizante; consumo de bebidas alcoólicas; dietas hipercalóricas; sedentarismo; e predisposição

genética (pelas mutações em determinados genes transmitidos na herança genética familiar. Nos países de baixa e média rendas, o diagnóstico do câncer de mama ocorre em estágios mais avançados da doença, aumentando a morbidade relacionada ao tratamento, comprometendo a qualidade de vida e reduzindo a sobrevivência dos pacientes. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

No intuito de modificar esse cenário, o controle do câncer de mama tem sido uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde do Brasil. Assim, o Ministério da Saúde, por meio da publicação "Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil", recomenda a identificação da doença em estágios iniciais por intermédio das estratégias de detecção precoce, pautadas nas ações de rastreamento e diagnóstico precoce. A mamografia bienal para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos é a estratégia de rastreio indicada, enquanto o diagnóstico precoce é formado pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

No entanto, para que esta recomendação do Ministério da Saúde se efetive na prática, na realidade dos serviços de saúde disponíveis para a população, se faz necessário o interesse público de ampliação gradativa nos investimentos no nível de atenção primária, em programas e ações voltadas para a prevenção, promoção de saúde e detecção precoce. A partir de práticas educativas, melhoria nas condições de acesso à saúde, à alimentos mais livres de agrotóxicos, bem como melhores condições de relações de trabalho e socioeconômicas.

No caso de Câncer de cólon e reto, para o Brasil, estimam-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres. É o terceiro caso de câncer mais frequente em homens e o segundo em mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais frequente na Região Sudeste (23,29/100 mil) e o terceiro nas Regiões Sul (22,17/100 mil) e Centro-Oeste (16,95/100 mil). Nas Regiões Nordeste (7,98/100 mil) e Norte (4,97/100 mil), ocupa a quarta posição. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas Regiões Sudeste (23,86/100 mil) e Sul

(22,92/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (17,98/100 mil), Nordeste (9,52/100 mil) e Norte (7,38/100 mil), é o terceiro mais frequente. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Para o Brasil, estimam-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres. É o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

O câncer de cólon e reto é uma doença multifatorial influenciada por fatores genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida. Os fatores hereditários, como o histórico familiar de câncer de cólon e reto e as doenças inflamatórias do intestino, representam apenas uma pequena proporção da variação observada na carga global da doença. Nesse sentido, as diferenças geográficas observadas na incidência possivelmente refletem a realidade do modo de vida ocidental. É evidente a ocorrência de uma transição nutricional, em todo o mundo, que afeta principalmente os países em desenvolvimento. Assim, os fatores de risco ligados ao estilo de vida são modificáveis e incluem: o consumo de bebidas alcoólicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física. (Ministério da Saúde, INCA, 2018).

Ainda de acordo com pesquisa realizada pelo INCA, para o Câncer de pulmão, no Brasil, estimam-se 18.740 casos novos de câncer de pulmão entre homens e de 12.530 nas mulheres, para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 18,16 casos novos a cada 100 mil homens, sendo o segundo tumor mais frequente; e com um risco estimado de 11,81 para cada 100 mil mulheres, ocupando a quarta posição.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de pulmão em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Sul (36,27/100 mil) e Centro-Oeste (16,98/100 mil). Sendo nas Regiões Sudeste (19,22/100 mil), Nordeste (10,37/100 mil) e Norte (9,03/100 mil), o terceiro mais frequente. Para as mulheres, é o terceiro mais frequente nas Regiões Sul (20,59/100 mil) e Sudeste (12,72/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (11,52/100 mil), Nordeste (7,82/100 mil) e Norte (5,83/100 mil), ocupa a quarta posição. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

O Brasil tem prejuízo anual de R\$ 56,9 bilhões com o tabagismo. Desse total, R\$ 39,4 bilhões são gastos com despesas médicas e R\$ 17,5 bilhões com custos indiretos ligados à perda de produtividade, causada por incapacitação de

trabalhadores ou morte prematura. O controle do tabaco permanece como sendo a principal forma de redução da ocorrência desse tipo de neoplasia. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Brasil é considerado modelo para o controle dos cânceres relacionados ao tabaco, como o de pulmão. O Programa visa a prevenção de doenças na população por meio de medidas que estimulam a adoção de comportamentos e estilo de vida saudáveis, contribuindo assim para a redução da incidência e mortalidade dos cânceres tabaco-relacionados. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Contudo, devemos observar criticamente os dados relacionados aos custos em consequência do tabagismo, considerando a forma como a política de saúde no Brasil é construída e operacionalizada, observando o formato dos programas antitabagismo disponíveis na rede de atenção a saúde, e de que forma impõem condições universais e democráticas de acesso aos usuários, sobretudo para as camadas populacionais periféricas.

Os programas antitabagismo operacionalizados tradicionalmente na rede de atenção à saúde focam os usuários já tabagistas, que procuram os programas quando já apresentam problemas com relação ao uso do tabaco. Desta forma, o acesso se faz focalizado, restritivo e com um alcance muito reduzido em relação ao padrão de educação popular em saúde presente na sociedade brasileira. Sabe-se que o modo, a qualidade de vida, o uso ou não de drogas lícitas ou ilícitas, produtos tóxicos, entre outros, são resultado da forma de produzir saúde pelo Estado, enquanto sua responsabilidade, e a forma em que são estruturadas a política, as ações e serviços.

Ao observar de que forma as ações antitabagismo são desenvolvidas, percebemos que os formatos tradicionais talvez não sejam abordados na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde no seu sentido educativo, direcionado para ações de educação popular em saúde, com vistas a uma “consciência sanitária”. Pouco se investe em recursos para atenção básica em saúde, em ações de nível primário de forma universal e de qualidade. A consequência é que programas com objetivo de contribuir para redução do tabagismo apresentam um perfil de menor efetividade e acesso em relação ao padrão de incidência de adoecimento causado ele.

Quando passamos a observar os números para Câncer de estômago, no Brasil, encontramos uma estimativa de 13.540 casos novos de câncer de estômago entre homens e 7.750 nas mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores

correspondem a um risco estimado de 13,11 casos novos a cada 100 mil homens e 7,32 para cada 100 mil mulheres. Entre homens, é o quarto mais incidente e o sexto entre as mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de estômago em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Norte (12,35/100 mil) e Nordeste (11,17/100 mil). Nas Regiões Sul (17,12/100 mil) e Centro-Oeste (11,52/100 mil), é o quarto mais frequente. Já na Região Sudeste (13,46/100 mil), ocupa a quinta posição. Para as mulheres, é o quinto mais frequente nas Regiões Sul (8,95/100 mil), Centro-Oeste (6,52/100 mil) e Norte (5,34/100 mil). Nas demais Regiões, Nordeste (7,16/100 mil) ocupa a sexta posição e Sudeste (7,41/100 mil) ocupa a sétima posição. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

A infecção por *Helicobacter Pylori* compreende a causa mais fortemente associada ao aumento no risco para o desenvolvimento de câncer de estômago. Entre os demais fatores ambientais, estão os hábitos nutricionais, como dietas ricas em alimentos defumados ou conservados no sal, a obesidade, o consumo de álcool, em grandes quantidades, e de tabaco. Por outro lado, a ingestão de frutas e verduras, cereais e frutos do mar tem sido relatada como fator de proteção. Os fatores hereditários contribuem em menor escala para a carga desse tipo de câncer, assim como o histórico familiar prévio, em torno de 2%. Assim como a incidência pode ser influenciada pelo desenvolvimento da Região; o nível de escolaridade parece estar associado ao risco. Logo, níveis mais avançados de grau de instrução podem constituir um fator de proteção.

Diante destes dados, podemos perceber como eles contribuem para fundamentar a afirmação da maneira invertida que o Sistema Único de Saúde vem operando sua lógica através da prioridade de investimentos na atenção terciária em detrimento da prevenção e da promoção da saúde, em confronto com a legislação que o sustenta: prioridade para a prevenção e promoção, sem prejuízo da atenção assistencial. Podemos observar também, o quanto as condições de vida da população são determinantes para o processo saúde-doença e o quanto a forma de investimento em saúde, no sentido da qualidade de vida e de trabalho, pode ter um impacto nos dados mensurados.

Nesse sentido, outro dado importante é o que aponta que, para o Brasil, estimam-se 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos, a cada 100 mil mulheres,

ocupando a terceira posição. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil). Nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), ocupa a segunda posição mais frequente; enquanto, nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), ocupa a quarta posição

Há diversos fatores envolvidos na etiologia do câncer do colo do útero, mas as infecções persistentes pelo HPV são o principal deles. No Brasil, o controle de câncer do colo do útero ainda constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde, por meio da publicação "Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016", recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses.

Desde 2014, está disponível, na rede pública, a vacina tetravalente contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV para meninas de 9 a 13 anos; e, a partir de 2017, também para meninos de 11 a 13 anos. Apesar da sua importância epidemiológica, o câncer do colo uterino possui alto potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Outro tipo de câncer a ser observado é o da cavidade oral; estima-se 11.200 casos novos em homens e 3.500 em mulheres, para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente na Região Sudeste (13,77/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (9,72/100 mil) e Nordeste (6,72/100 mil), ocupa a quinta posição. Nas Regiões Sul (15,40/100 mil) e Norte (3,59/100 mil), ocupa a sexta posição. Para as mulheres, é o 11º mais frequente na Região Nordeste (3,12/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (2,96/100 mil) e Norte (1,78/100 mil) é o 12º mais frequente. Nas Regiões Sudeste (3,64/100 mil) e Sul (3,59/100 mil) ocupa a 13ª e 15ª posições, respectivamente. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

A etiologia do câncer da cavidade oral é multifatorial, sendo os fatores de risco mais conhecidos o tabaco e o consumo excessivo de álcool. Outros fatores como a

infecção pelo HPV, dieta pobre em frutas e vegetais e má higiene bucal, vêm sendo estudados com o intuito de investigar sua implicação na carcinogênese, principalmente, do câncer de língua e na garganta.

A reorganização da atenção básica por meio da inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou um avanço na oferta de serviços odontológicos no SUS, entre 2002 e 2015, com um aumento expressivo da cobertura de saúde bucal em todas as Regiões do país. No entanto, para que esses objetivos sejam alcançados, é necessário um efetivo planejamento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, baseado em informações atualizadas e no monitoramento contínuo de todas essas etapas. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Para o Câncer de esôfago, no Brasil, estimam-se 8.240 casos novos em homens e 2.550 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 7,99 casos novos a cada 100 mil homens e 2,38 para cada 100 mil mulheres, ocupando a sexta e a 15ª posições, respectivamente.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de esôfago em homens é o quinto mais frequente na Região Sul (17,10/100 mil). Na Região Centro-Oeste (7,15/100 mil), ocupa a sexta posição. Nas Regiões Sudeste (8,04/100 mil) e Nordeste (5,16/100 mil), ocupa a sétima posição; e na Região Norte (2,59/100 mil), é o nono mais frequente. Para as mulheres, é o 12º mais frequente na Região Sul (4,94/100 mil) e na Região Nordeste (2,21/100 mil) ocupa a 13ª posição. Na Região Centro-Oeste (2,21/100 mil), ocupa a 14ª e na Sudeste (1,99/100 mil) a 15ª posição; enquanto, na Região Norte (0,67/100 mil), ocupa a 16ª posição. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Entre os fatores de risco envolvidos na etiologia do câncer de esôfago, em comum com os demais cânceres de origem digestória, os padrões dietéticos são de relevante importância, sendo considerado que a ingestão de bebidas quentes, dietas pobres em frutas e vegetais frescos, o aumento do consumo de alimentos em conserva, de churrasco, o consumo de álcool e de fumo, bem como o fator obesidade, estão associados ao aumento do risco. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

No caso de Câncer de bexiga, para o Brasil, estimam-se 6.690 casos novos de câncer de bexiga em homens e 2.790 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 6,43 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a sétima posição; e de 2,63 para cada 100 mil mulheres,

ocupando a 14ª posição. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de bexiga em homens ocupa a sexta posição na Região Sudeste (8,61/100 mil). Na Região Centro-Oeste (5,64/100 mil), é o sétimo mais frequente. Na Região Sul (9,23/100 mil), ocupa a nona posição. E nas demais Regiões, Nordeste (3,43/100 mil) e Norte (1,63/100 mil), ocupa a 11ª posição. Para as mulheres, é o 13º mais frequente nas Regiões Centro-Oeste (2,27/100 mil) e Norte (0,93/100 mil). Nas Regiões Sul (4,50/100 mil), Sudeste (3,02/100 mil) e Nordeste (1,70/100 mil), ocupa a 14ª posição. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Nas últimas décadas, tem sido observado na literatura um aumento significativo na incidência do câncer de bexiga, no mundo, e isso pode ser uma consequência dos efeitos do tabagismo, que é reconhecido como importante fator de risco para câncer. Segundo pesquisas realizadas pelo INCA, estima-se que o risco de desenvolver câncer de bexiga entre os fumantes foi de duas a seis vezes maior em comparação aos não fumantes; sendo responsável por, aproximadamente, 66% dos casos novos em homens e 30% dos casos novos em mulheres. Também existe associação a fatores de risco relacionados à exposição ocupacional e ambiental, a exemplo do trabalho na produção de alumínio, exposição à emissão de gases de combustão de diesel, exposição a agrotóxicos, trabalho na indústria da borracha, do plástico, da indústria têxtil; assim como em atividades laborativas bem específicas: pintores, cabeleireiros e barbeiros que trabalham com tinturas. (Ministério da Saúde, INCA, 2018).

São dados que demonstram que há uma parcela da população que parece estar quase condenada, ou ao menos ameaçada, a alguns tipos de câncer, devido a diversos fatores, porém, claramente, esta parcela da população, a classe trabalhadora, possui um número muito maior de riscos relacionados ao adoecimento por câncer.

Enquanto os cânceres hematológicos possuem números diferentes em relação à incidência, eles possuem números mais reduzidos e, apesar de ainda terem causas em estudo, possuem também, entre eles, os fatores de risco externos, as exposições como as relacionadas aos modos de vida. Conforme apontam pesquisas divulgadas pelo INCA, que estudam doenças como a Leucemia, no país, estimam-se 5.940 casos novos em homens e 4.860 em mulheres, para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,75 casos novos a cada 100 mil

homens e 4,56 casos novos para cada 100 mil mulheres, ocupando a nona e a décima posições, respectivamente.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, a leucemia em homens é a quinta mais frequente na Região Norte (4,17/100 mil). Na Região Nordeste (4,90/100 mil), ocupa a oitava posição e nas Regiões Sudeste (5,79/100 mil) e Sul (8,67/100 mil), ocupa a décima posição. Na Região Centro-Oeste (4,88/100 mil), é a 11ª mais frequente. Para as mulheres, é a sexta mais frequente na Região Norte (3,29/100 mil) e a nona na Região Sul (6,50/100 mil). Na Região Nordeste (3,66/100 mil), ocupa a décima posição. E nas Regiões Sudeste (4,86/100 mil) e Centro-Oeste (3,93/100 mil), é a 11ª mais frequente. (Ministério da Saúde, INCA, 2018)

Ainda sobre os cânceres hematológicos, para o diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin (LNH), estimam-se 5.370 casos novos em homens e 4.810 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Para ambos os sexos, é a 11ª neoplasia mais frequente entre todos os cânceres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,19 casos novos a cada 100 mil homens e 4,55 para cada 100 mil mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o LNH em homens é o oitavo mais frequente na Região Norte (2,84/100 mil). Na Região Sudeste (6,05/100 mil), ocupa a nona posição. Nas demais Regiões, Centro-Oeste (5,10/100 mil) e Nordeste (3,53/100 mil), ocupa a décima posição; enquanto, na Região Sul (7,36/100 mil), é o 11º mais frequente. Para as mulheres, é o nono mais frequente na Região Sudeste (5,70/100 mil). Na Região Centro-Oeste, é o décimo mais frequente (4,33/100 mil). Nas Regiões Sul (5,96/100 mil) e Norte (1,79/100 mil), ocupa a 11ª posição; enquanto, na Região Nordeste (3,00/100 mil), é o 12º mais frequente. Embora os estudos tenham identificado fatores etiológicos que têm contribuído para o aumento das taxas de LNH, o fenômeno ainda permanece inexplicável. Pesquisadores já encontraram algumas evidências que sugerem o aumento do risco para LNH. Como, exemplo, pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (VIH ou HIV, do inglês human immunodeficiency virus) correm um risco muito maior de desenvolver esse câncer, assim como outros vírus, a saber, o vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1)¹², o vírus Epstein-Barr (EBV)¹³, além de exposições ocupacionais e ambientais, principalmente a exposição a altos níveis de radiação ionizante e a substâncias específicas em herbicidas e pesticidas; mas os cientistas não sabem o quanto é necessário para aumentar o risco de desenvolvimento de linfoma.

Para o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin no Brasil, estimam-se 1.480 casos novos de linfoma de Hodgkin (LH) em homens e 1.050 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 1,43 casos novos a cada 100 mil homens e a 14^a neoplasia mais frequente. Entre as mulheres, há um risco estimado de 0,96 para cada 100 mil e ocupa a 17^a posição. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o LH em homens é o 12^o mais frequente na Região Norte (0,97/100 mil); enquanto, na Região Sudeste (1,41/100 mil), ocupa a 13^a posição. Nas Regiões Sul (2,47/100 mil), Nordeste (1,15/100 mil) e Centro-Oeste (1,15/100 mil), é o 14^o mais frequente. Para as mulheres, ocupa a 17^a posição nas Regiões Sul (1,29/100 mil), Sudeste (1,15/100 mil), Centro-Oeste (0,95/100 mil), Nordeste (0,64/100 mil) e Norte (0,52/100 mil).

As causas do LH, bem como para todos os linfomas, ainda não estão bem entendidas, mas pesquisadores sugerem algumas associações: estudos mostraram que pessoas infectadas com o HIV correm um risco maior de desenvolver linfoma; a presença de outros vírus, como o HTLV-1 e o EBV, também foi associada a certos tipos de linfoma; a história familiar tem sido associada a um maior risco de LH; exposições ambientais, como herbicidas e pesticidas, também podem estar ligadas ao linfoma. É considerado como um câncer de bom prognóstico, levando-se em consideração o diagnóstico e o tratamento oportuno. No Brasil, ocorreram, em 2015, 324 óbitos por câncer de LH em homens e 237 em mulheres. (Ministério da Saúde, INCA, 2018).

A partir destes dados, observamos que os cânceres, incluindo os hematológicos, possuem fatores de risco muito vinculados às exposições por parte dos indivíduos, durante a vida, a condições que vão se dando de forma imperceptível e à qualidade dos alimentos, que são fruto da forma como eles são preparados para a industrialização e comercialização. Condições que podem ser evitadas por parte Estado, através de investimento em formas de regulamentação e fiscalização do uso de produtos com potencial cancerígeno.

Desse modo, podemos observar que os diferentes tipos de câncer não são fenômenos do acaso. Considerando as reflexões realizadas no primeiro capítulo, podemos analisá-los tendo em vista a natureza do capitalismo e suas particularidades, suas configurações, e as expressões produzidas por ele. A relevância de estudar a determinação do processo saúde-doença está em o relacionar ao perfil de adoecimento populacional para possibilitar o entendimento de como se dá este

processo. Importante trazer também para a análise do perfil de adoecimento por câncer, da sua distribuição regional e suas especificidades, como abordamos neste estudo, a relação destes com a forma em que se configuram as políticas sociais, em especial, a política de saúde no capitalismo, sob a égide neoliberal.

2.3 O Transplante de Medula-Óssea como modalidade terapêutica no Brasil

O transplante de Medula óssea é um procedimento utilizado como modalidade de tratamento para doenças hematológicas, em geral cânceres, como leucemias e linfomas, por exemplo. As leucemias agudas são as principais causas de transplantes no Brasil e no mundo.

O TMO é um procedimento de alta complexidade e de alto custo. A sua complexidade se dá pelo fato de que para ser realizado é necessário o uso de imunossupressores que reduzem de forma muito significativa a imunidade dos usuários submetidos a ele. Ou seja, o indivíduo é exposto a uma debilidade de saúde, que carece de muitos cuidados e condições específicas para a vida após o procedimento.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil é referência mundial na área de transplantes e possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Atualmente, cerca de 96% dos procedimentos de todo o País são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em números absolutos, o Brasil é o 2º maior transplantador do mundo, atrás apenas dos EUA. Estes dados se referem a transplantes de órgãos em geral.

O TMO compõe este número sendo parte constitutiva importante para estes indicadores. Dentre os órgãos transplantados no Brasil, este é um dos que têm os números mais elevados de procedimentos realizados. No caso dos transplantes realizados no SUS, os pacientes recebem assistência integral pela rede pública de saúde, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante. (Ministério da Saúde, 2016)

O TMO apresentou um aumento de 12% no Brasil, entre 2015 e 2016. Os dados registrados até 2016 mostram que a realização de transplantes de medula óssea tem batido recorde nos últimos anos, com crescimento gradativo dos números: em 2010, 1.695 transplantes, em 2011, 1.701; em 2012, 2.032; 2013, 2.113; 2014, 2.076; 2015, 2.102, chegando ao ano de 2016 com o recorde de 2.362 transplantes realizados pelo

SUS, e, neste mesmo ano, tendo registrado 550 pessoas aguardando na fila. (Ministério da Saúde, 2016)

O número de transplantes realizados no ano de 2001 foi de 703. A meta no movimento expansivo gradativo é diminuir cada vez mais o número de pessoas na fila de espera por um transplante. Neste mesmo estudo, de 2016, foi levantado que 79% dos transplantes de medula óssea no Brasil, até então, foram realizados pelo SUS. Isso é um dado relevante, quando consideramos o custo dos Transplantes de Medula Óssea, dentro deste contexto da expansão da realização dos mesmos, gerando um grande e crescente contingente de investimento do fundo público, direcionando para estes procedimentos de alto custo da alta complexidade do SUS. A criação de leitos para TMO está dentro dos desafios, a partir de 2016. O TMO está normatizado pela portaria ministerial de nº 1.217/1999. Em 2009, o Sistema Nacional de Transplante Brasileiro passou a integrar a National Marrow Donor Program, permitindo que pacientes estrangeiros que necessitem de doador possam ter acesso aos bancos brasileiros de células-tronco. Esta medida amplia as possibilidades de busca por doadores pelo REDOME (Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea)¹⁰. O TMO apresenta um quadro variável de toxicidades relacionado ao regime de condicionamento de manifestações diversas que podem ser potencializadas pelas comorbidades individuais, como: mucosite, cistite hemorrágica, doença venoclusiva do fígado, cardiotoxicidade, entre outras. Como complicações relacionadas ao período de aplasia medular, estão a pancitopenia severa, que, se duradoura, tem alta taxa de mortalidade e requer medidas de suporte como fatores de crescimento, reposição hemoterápica e cobertura com antimicrobianos (neutropenia febril e infecções). Como principal complicação relacionada ao enxerto, está a doença do enxerto contra o hospedeiro e, secundariamente, a perda da enxertia. Para cada um destes quadros, existe uma ou

¹⁰ O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) foi criado em 1993, em São Paulo, para reunir informações de pessoas dispostas a doar medula óssea para quem precisa de transplante. Desde 1998, é coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Rio de Janeiro. Com mais de 4.000 milhões de doadores cadastrados, o REDOME, pertencente ao Ministério da Saúde, é o terceiro maior banco de doadores de medula óssea do mundo, sendo o maior banco com financiamento exclusivamente público. Anualmente são incluídos mais de 300 mil novos doadores no cadastro do REDOME. O registro americano conta com quase 7,9 milhões e o alemão, com cerca de 6,2 milhões. Ambos foram desenvolvidos e são mantidos com recursos primordialmente privados. O Centro de Transplantes de Medula Óssea (CEMO/INCA) é responsável pela coordenação técnica e a Fundação do Câncer pela operação do REDOME, conforme publicado na Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde. INCA, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://redome.inca.gov.br/o-redome/conheca-o-redome/>. Acesso em 08/08/2019.

várias medidas de suporte que irão determinar o custo final do procedimento. (MARQUES et al., 2018).

Como sinalizado, o TMO, além de ser um procedimento de alta complexidade, é também um procedimento de alto custo. Nos Estados Unidos o custo médio foi estimado em U\$193.000, por caso. No Brasil, como mostram Marquese colaboradores (2018, p. 1924-1925)

Todo este processo, desde a busca do doador até a finalização do tratamento propriamente dito, gera um grande impacto financeiro para o SUS, de aproximadamente 14 milhões de reais, para um período de 100 dias (valor aproximado do tempo de tratamento), visto que o custo estimado por paciente por dia submetido ao transplante alogênico é em média de R\$2.236,00. Vale ressaltar que 95% de todos os transplantes são realizados em instituições públicas e, portanto, pagos pelo SUS.

Diante dos valores de um TMO, não podemos deixar de considerar que, em Mossoró/RN, por exemplo, a manutenção de uma equipe do PSF custa em média R\$ 663.005,51, bem como que o custo família cadastrada fica na ordem de R\$ 724,51, sendo que a União, financiadora da alta complexidade, é responsável por 27,81% de recursos consumidos no programa, o que requer que o Estado e o Município contribuam com um aporte financeiro de 72,19%. (SILVA et al., 2014)

De acordo com publicação no portal do Ministério da Saúde, em 2015, havia uma proposta de ampliação do número de transplantes, até 2016, onde se propagou a promessa, por parte do próprio Ministério da Saúde, de que os pacientes que precisam de um transplante de medula óssea poderiam contar com um número maior de leitos para a realização do procedimento. A expectativa do Ministério da Saúde já era de triplicar os existentes, passando de 88 leitos para 250. Na ocasião, haveria um incentivo financeiro, com o objetivo de ampliar a capacidade de realização de transplante de medula óssea não aparentado (alogênico) no país. A publicação do MS revela ainda que a proposta seria de a pasta investir R\$ 240 mil para abertura de cada novo leito ou ampliação dos já existentes, destinados a transplantes entre doadores e receptores sem ligação familiar.

Na fundamentação, a publicação do Ministério da Saúde explicita que o recurso garante ainda a criação e a melhoria da qualificação da equipe de atendimento, a aquisição de equipamentos e materiais, além de permitir a reforma e/ou construção dos Centros de Transplantes, que hoje somam 27 unidades no país; em 2003, eram apenas quatro serviços. Para receber os recursos, os hospitais precisariam apresentar um projeto ao Ministério da Saúde, se comprometendo a habilitar cinco leitos e a

realizar, no mínimo, dez transplantes de medula óssea não aparentado por ano, que é o TMO considerado mais complexo. De acordo com o então Ministro da Saúde que realizou a proposta, Arthur Chioro, o Brasil ampliou o número de potenciais doadores de medula óssea nos últimos anos. Em 2003, eram 300 mil. Hoje, são mais de 3,5 milhões de pessoas inscritas no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome). Diante desta proposta, o desafio seria, a partir de então (2015), garantir que todos os usuários que consigam um doador compatível, tenham acesso a leitos para se submeterem ao transplante.

Nessa direção, o Ministério da Saúde continua ainda a justificar a necessidade de investimento na ampliação dos serviços de transplante, estimulando, com recursos financeiros, hospitais públicos e filantrópicos a integrarem a rede de instituições credenciadas para realização deste tipo de procedimento. O esperado seria de que a passagem dos 88 leitos para 250¹¹ aconteça nos dois anos subsequentes a esta ampliação de recursos investidos, ressaltou o então ministro.

Outra novidade apresentada pelo Ministério da Saúde nesta proposta para a área é a possibilidade de expansão da rede de atendimento. Antes, restrita a hospitais de ensino, agora, a criação de novos centros também pode ser solicitada por hospitais de gestão municipal, estadual e por entidades filantrópicas. Isso passou a se dar mediante aprovação e envio do recurso, onde, a partir de então, o gestor local (Secretarias de Saúde Estadual e Municipal) terá 18 meses para executá-lo. Todas essas medidas estão detalhadas na Portaria 2.758, de 11 de dezembro de 2014, que institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), financiamento para a ampliação do acesso ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alogênico não aparentado, do Ministério da Saúde, publicada em Diário Oficial.

Conforme já abordado neste estudo, nos últimos dez anos, o Brasil se esforçou para construir o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome), que é hoje o terceiro maior do mundo, com mais 3,5 milhões de registros. O banco reúne as informações genéticas e dados cadastrais dos doadores voluntários de medula óssea. Duas vezes ao dia, um sistema informatizado realiza o cruzamento das informações genéticas dos pacientes que estão necessitando de um transplante de medula, com as disponíveis no Redome.

¹¹ Em 2016, o diretor-geral do INCA e coordenador do Redome, Luis Fernando Bouzas, mostrou que o Brasil tinha 85 Centros de Transplante de Células Tronco, 80% deles públicos, com 380 leitos disponíveis. <http://www.sbtmo.org.br/noticia.php?id=417>; consulta em junho de 2019.

No Brasil, 78 hospitais oferecem transplante de medula do tipo autólogo (quando o paciente é seu próprio doador), e 27 unidades são credenciadas para transplantes alogênicos, entre pessoas que não são parentes. Entre 2003 e 2013, o Ministério da Saúde investiu em pesquisas envolvendo transplantes. Nesse mesmo período, a pasta fomentou 29 pesquisas nessa área, totalizando um investimento de R\$ 4,4 milhões. (Ministério da saúde, 2015)

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), financiamento para a ampliação do acesso ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alogênico não aparentado. Art. 2º O financiamento para ampliação do acesso ao TCTH alogênico não aparentado de que trata esta Portaria é composto pelos seguintes incentivos financeiros: I - incentivo financeiro de investimento para ampliação ou construção de área física para implantação de novos Centros de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (CTCTH) ou ampliação do número de leitos em CTCTH já existentes; II - incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes necessários ao funcionamento dos CTCTH novos ou já existentes; e III - incentivo financeiro de custeio para reforma de área física para implantação de novos CTCTH ou ampliação do número de leitos de CTCTH já existentes. Parágrafo único. O somatório total dos incentivos de que trata o "caput" terá **o valor máximo de R\$ 240.000,00 (duzentos e quarenta mil reais) por leito**. Art. 3º Os incentivos financeiros de que trata o art. 2º poderão ser pleiteados para estabelecimentos hospitalares que: I - tenham celebrado contrato ou convênio com o gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo a implantação ou ampliação do número de leitos de TCTH alogênico não aparentado; ou II - tenham feito aditamento do contrato ou convênio existente com o gestor local do SUS pela inserção de meta de implantação de CTCTH ou ampliação de leitos para TCTH no seu plano operativo. IV - implantar, no prazo de 18 (dezoito) meses, a contar do repasse dos incentivos financeiros de que trata esta Portaria, o novo CTCTH ou ampliar o número de leitos do CTCTH já existente, conforme proposto; V - cumprir as seguintes metas no prazo de 2 (dois) anos, a contar do recebimento dos incentivos financeiros de que trata esta Portaria, sem prejuízo das metas anuais de realização de TCTH autólogo e de TCTH alogênico aparentado estabelecidas no Regulamento Técnico do SNT: a) implantação mínima de 5 (cinco) leitos; e b) **realização de, no mínimo, 10 (dez) transplantes alogênicos não aparentados ao ano**; (Diário Oficial da União, 2014; destaques nossos)

O que se revela no uso do TMO como modalidade terapêutica, é a ampliação gradativa de investimentos e o incentivo crescente para o aumento do número de realização de transplante de medula óssea no Brasil, investimento e incentivos que não se observam com a mesma intensidade no que diz respeito aos fatores que atendam as necessidades sociais e econômicas dos futuros transplantados.

Assim, não observamos investimentos na mesma proporção para as políticas de cunho social e das políticas voltadas para o nível primário de atenção à saúde, onde se localizam as ações direcionadas ao acesso as condições básicas de vida, de

acordo com a vinculação do conceito de determinação social do processo saúde-doença.

Quanto aos custos do TMO, estes demonstram que a ampliação gradativa dos investimentos não se trata de uma questão irrisória, na medida em que observamos que são investimentos de alto custo para o SUS, um custo que é ainda mais elevado se levarmos em consideração o procedimento de forma mais ampla: encaminhamento do usuário para realizar o TMO; procedimentos pré-transplante; custos durante a internação (que é longa, geralmente se estendendo por, pelo menos, 20 dias, a depender do tipo de transplante), além do período pós-transplante (que exige um acompanhamento que também possui um caráter bastante complexo, dependendo do tipo do TMO a que o indivíduo foi submetido). Ou seja, quando consideramos as complicações gerada pelo TMO (a que estão expostos os usuários pós-transplantados, como as Doença-Enxerto contra o hospedeiro, entre outras complicações), estas podem gerar um complexo de ainda maior custo ao SUS que tem de investir em tratamentos das doenças e agravos gerados pelo TMO, o que é agravado pelo perfil dos usuários do SUS submetidos ao procedimento, como veremos.

De acordo com pesquisa realizada por Marques, Barbosa e Schutz (2018), mesmo com a adoção de procedimentos como o chamado por eles de sistematização de Assistência de Enfermagem, que é o processo estudado pelos autores como uma forma de minimização de custos para o TMO, ainda se apresenta um custo muito elevado para o SUS com este tipo de procedimento, que chega, como vimos, a um valor de R\$ 14 milhões, considerando todo o processo, desde a busca de um doador, até a finalização do tratamento propriamente dito, com uma duração de 100 dias aproximadamente, (que é considerado o período mais delicado).

2.4 Usuários do serviço de Transplante de Medula Óssea

2.4.1 Impactos sofridos pelos usuários, durante e após o procedimento de TMO

Os Usuários que realizavam protocolo de preparação para o Transplante de Medula Óssea, iniciado até fevereiro de 2016, foram entrevistados através de roteiro semiestruturado (em anexo). As cinco entrevistas foram agendadas e realizadas até setembro de 2016, quando começaram a ser transcritas, tratadas e estudadas. Foram

elencadas algumas categorias para serem analisadas, conforme discorrermos a seguir.

Foram entrevistados 4 (quatro homens) e 1 (uma) mulher, com idades entre 18 e 49 anos. Todos apresentavam condições de moradia precarizadas, ao realizar o TMO. Um dos entrevistados, residia em imóvel de três cômodos, com mofo e infiltração, sem pisos no chão, localizado numa favela do município do Rio de Janeiro, onde o acesso somente era possível através de escadarias. Com 18 anos recém completados, ele possuía diagnóstico, desde a infância, quando se submeteu a diversas linhas de tratamento. Quando adoeceu, residia no estado do Maranhão sob os cuidados dos avós maternos, vindo, então, para o Rio de Janeiro, onde sua genitora havia migrado, em busca de melhores condições de vida e acesso a tratamento de saúde. Sua genitora, com vínculo empregatício, tinha renda pouco superior a um salário mínimo. Após o agravamento da saúde e encaminhamento de seu filho para realização de TMO, com a necessidade de acompanhamento e cuidado em tempo integral, não houve como evitar a demissão de seu emprego. Meses após iniciar acompanhamento pré-transplante e já ter realizado o procedimento, a família teve acesso ao Benefício de Prestação Continuada, da Lei Orgânica de Assistência Social¹².

Outro participante, L, 49 anos, residia sozinho, com vínculos familiares rompidos, em moradia com condições semelhantes ao entrevistado anterior. Localizado na baixada fluminense, em imóvel alugado, L não possuía vínculo trabalhista e, após a realização do TMO, também obteve acesso ao BPC/LOAS.

¹² O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência ou idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Para ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente. Por se tratar de um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído para o INSS para ter direito a ele. No entanto, este benefício não paga 13º salário e não deixa pensão por morte. Tem direito ao BPC o brasileiro, nato ou naturalizado, e as pessoas de nacionalidade portuguesa, desde que comprovem residência fixa no Brasil e renda por pessoa do grupo familiar inferior a ¼ de salário mínimo atual. Além disso, devem se encaixar nas seguintes condições: **Para a pessoa com deficiência:** qualquer idade – pessoas que apresentam impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencia-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>. O Plenário da Câmara dos Deputados, em 07/08/2019, manteve uma “medida antifraude” na concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), na votação da contrarreforma da Previdência. Os deputados mantiveram a exigência, na Constituição, de que o benefício para idosos de baixa renda seja pago apenas a famílias com renda per capita de um quarto do salário mínimo.

A, de 47 anos, residia também em condições precarizadas, porém quando foi encaminhado para realização de TMO, recebeu orientações da equipe. Assim, mesmo em tratamento de saúde, iniciou com seu próprio trabalho manual uma obra, para construção de uma nova casa, na parte superior do imóvel de residia, já que o mesmo estaria em condições muito desfavoráveis. O participante era beneficiário de benefício previdenciário de pouco mais de um salário mínimo.

O quarto participante do sexo masculino, C, de 45 anos, residia num outro município, do interior do estado do Rio de Janeiro. Já havia realizado o segundo transplante de medula óssea e foi aposentado por invalidez, porém, com renda insuficiente, pois relata que maior parte de sua renda antes do adoecimento era oriunda de vínculo informal. Suas condições de moradia eram precarizadas, desfavoráveis, principalmente em relação ao procedimento a ser realizado pela segunda vez.

A única participante mulher, M, de 42 anos, vivia em condições de moradia muito precarizadas, também em município do interior do estado, distante do hospital, e com rede de apoio restrita. Também exercia atividade laborativa com vínculo empregatício informal, antes do adoecimento e, portanto, passou a ser beneficiária do BPC/LOAS.

As entrevistas revelam que os principais impactos sofridos pelos usuários, durante e após o procedimento de TMO, são: a perda da capacidade para o trabalho; restrição a ambiente coletivo - que os impede temporariamente de utilizar transporte público para o deslocamento; perda da autonomia para as atividades cotidianas - que os condiciona muitas vezes a existência de uma cuidadora¹³; necessidade de mudanças no contexto habitacional - com a finalidade de adequá-lo a uma nova condição de saúde; restrições alimentares.

Observamos que, em 4 das 5 entrevistas, os usuários transplantados se mostraram impactados pela necessidade de terem em sua rede de apoio um cuidador. Nestes casos, verbalizam a relevância da participação da cuidadora, que se dedica quase que integralmente à assistência aos usuários transplantados. Os entrevistados relatam não saber como seria sua recuperação, sem a presença das cuidadoras. Conforme o depoimento de C: *“Bom, se eu não tivesse ela ao meu lado, eu não estaria*

¹³ Aborda a palavra no gênero feminino por entender que como mostra a realidade do perfil de cuidadoras dos usuários em tratamento, todos os usuários participantes da pesquisa tinham (quando tinham) como sua principal cuidadora uma mulher, seja ela, esposa ou filha.

vivo. E desde que eu tive esse problema, eu não saio na rua sozinho, eu não posso, as chances de eu desmaiar na rua são muito grandes.” (C, 45 anos). E continua o entrevistado:

Tem que ter muita disciplina. Se te falarem que você tem seguir uma linha reta, e você fizer uma curva, você já está atrapalhando. Eu sempre fui assim. E tem a questão do acompanhante também. A questão de você ter alguém para te acompanhar, porque aí são duas cabeças, as vezes você está sob efeito de muita medicação, o diagnóstico pesa, o susto da dech, (doença enxerto contra o hospedeiro) então se você tem uma pessoa que te apoia, que te incentiva, que cuida, que esteja ao seu lado, você tem tudo. (C,45 anos).

Outros dois participantes relataram não possuir uma rede de apoio estruturada, bem como um cuidador estabelecido, uma pessoa para acompanhá-los em tempo integral, auxiliando nos seus cuidados. Uma realidade que aponta para o impacto sofrido na recuperação e no processo saúde-doença destes usuários.

No caso do participante L, a necessidade do cuidado de terceiros não é reconhecida claramente em sua fala. Porém ela está implícita, pois ao realizar o cruzamento com os dados coletados na pesquisa documental nos registros em Prontuário Único, consideramos que o fato do usuário possuir uma rede de apoio restrita, onde pode contar com o suporte de amigos esporadicamente, reflete diretamente na recuperação de sua saúde, no seu bom prognóstico, no segmento do tratamento proposto de forma favorável. Isto devido à ocorrência de novas internações pelo agravamento do estado de saúde, tendo como principal motivo relatado pela equipe, a administração de medicamentos de forma incorreta.

No caso de M, mulher, 42 anos, a relevância da presença de uma cuidadora em tempo integral fica evidente. M é casada, tem duas filhas, uma de 22 anos de idade e outra de 19 anos; esta é quem a acompanha no hospital, na maioria das vezes, por não ter iniciado atividade laborativa. Porém em casa, estes cuidados não são acompanhados de perto e, assim mesmo, a filha sente necessidade de se afastar do acompanhamento da mãe nos deslocamentos ao hospital, para iniciar sua vida laborativa. Neste contexto, M se mostra desamparada e se sentir mais bem tratada no hospital do que em casa:

não é porque eu gosto de estar aqui não...eu não gosto. Mas aqui eu sou mais bem tratada do que em casa. Porque aqui eu descanso, eu me alimento bem, e na hora certa. Tudo na hora certa. Nessas horas que a gente percebe o quanto isso é importante, esse cuidado. E é só aqui mesmo, porque ninguém tem esse cuidado comigo em casa não. A medicação eu não deixo,

a medicação é tudo na hora certinha que eu mesmo tomo. E aí para vir para cá só tenho minha filha né. A minha mais velha trabalha. (M, 42 anos)

Todos os entrevistados apresentam uma grande dificuldade para que se efetive o tão importante acompanhamento de um cuidador. Quando existe a cuidadora, na impossibilidade da família e/ou do próprio usuário pagar pelos altos custos de um cuidador particular, isso se dá em detrimento da vida laborativa de um familiar, ocasionando assim uma perda econômica significativa. Nos outros casos, realmente não há o cuidador familiar, e isso reflete negativamente no processo saúde-doença da pessoa submetida ao TMO.

Outro fator que se apresenta como um impacto fundamental é a perda da capacidade para o trabalho, principalmente, diante das condições de trabalho anteriores à doença. Dois dos participantes eram trabalhadores do mercado informal, portanto, na condição de não contribuintes da previdência social, restou-lhes serem beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, da Lei Orgânica da Assistência Social. Um benefício que gerando uma renda muito inferior à renda anterior, ocasiona significativa perda econômica que é insuficiente para prover seu sustento integralmente, principalmente, no momento pós transplante de medula óssea, quando não o sustento da família.

O entrevistado R, de 18 anos, beneficiário do BPC/LOAS, diagnosticado com Leucemia Mielóide Aguda na infância, realizou Transplante de medula óssea alogênico não aparentado. Ainda não tinha iniciado atividade laborativa formal, apesar de verbalizar que, mesmo com a doença, trabalhou informalmente para complementar renda familiar. Ele se tornou beneficiário da assistência social, desde que sua genitora, que tinha vínculo formal de trabalho, precisou se afastar do mesmo para se dedicar integralmente aos cuidados com o usuário, no momento do transplante.

Os outros participantes são beneficiários da previdência social, sendo um deles aposentado por invalidez e outro beneficiário do auxílio-doença. Mesmo nesses casos, os usuários têm um impacto negativo na renda, devido aos diferenciados vínculos ao mercado de trabalho. Com a flexibilização das leis trabalhistas, os entrevistados tiveram renda reduzida quando passaram a receber o benefício, após o afastamento do trabalho, devido à doença. Após serem submetidos a Transplante de Medula Óssea, segundo os entrevistados, a condição econômica permanece fragilizada e insuficiente para o custeio de todas as despesas, após o adoecimento. Conforme manifestação de C: *“Eu trabalhava para uma empresa em que eu ganhava*

um bom salário. E depois tive que parar de trabalhar, então isso para mim foi um baque, além da doença, ainda tem isso. ”

No que diz respeito à habitação, todos apresentaram problemas com relação às condições de moradia, após o transplante e foram encaminhados para cadastro no programa Minha Casa Minha Vida¹⁴, porém nenhum entrevistado tinha sido contemplado, até 2016. Apenas C, com suporte da intervenção da equipe da unidade transplantadora, mobilização do próprio usuário e recursos do seu município de origem, foi inserido e contemplado com um programa municipal de reforma habitacional.

Os usuários que viviam em condições habitacionais desfavoráveis, para enfrentar as exigências do transplante, melhoraram sua condição de moradia com recursos próprios. Conforme manifesta R:

É, porque lá em casa tinha muito mofo, aí quando eu fiz transplante teve que pintar tudo, ajeitar. Teve que abrir uma nova janela também, para ficar mais arejado para mim. [...] E isso tudo foi pago com dinheiro do meu bolso, da minha mãe e da minha família né...

Na maioria das vezes, as providências necessárias para favorecer as exigências do transplante são realizadas através do esforço e organização do próprio usuário e sua rede familiar. Normalmente, a maneira encontrada não é a mais adequada, conforme mostra A que, mesmo de “forma branda”, se envolveu na reforma do imóvel, com seu próprio esforço manual, por não possuir condições financeiras de custear os serviços de um profissional da construção civil, mesmo sabendo dos riscos para a recuperação da sua saúde.

Cada entrevistado, dentro da sua condição econômica, tentou adequar sua moradia às suas restrições, após o transplante. Mesmo tentando, com recursos próprios, de familiares, amigos e/ou caridade, quatro dos cinco entrevistados permaneceram vivendo sob condições habitacionais desfavoráveis, como M, que relata a sua experiência. Assim, quando seu companheiro iniciou uma reforma, obedecendo as orientações recebidas da equipe da unidade transplantadora:

[...] ele teve que fazer uma estrutura, porque ele trabalha como pedreiro né, aí ele botou uma estrutura em cima da casa da mãe dele, para fazer outra para a gente morar. Nem terminou também né, porque eu estou aqui no hospital há 10 meses né, aí está parada. Assim...está boa para morar...boa

¹⁴ O Programa Minha Casa, Minha Vida é um programa de habitação federal do Brasil. Foi lançado em março de 2009, pelo Governo Lula e teve continuidade com o governo Dilma Rousseff, subsidiando a aquisição de moradia popular.

assim né...a minha cozinha não tem porta. Tem a porta da frente, e a janela que eu botei. Ainda falta terminar o banheiro, a cozinha, a outra, onde fica o tanque. E piso não tem, só nos dois quartos e no banheirinho que eu fiz. Agora, mofo, infiltração tem... nossa eu estou passando um sufoco também por causa disso. Porque não tem emboço do lado de fora, aí está infiltrando, um cheiro de mofo, está 'embolando' já minhas coisas. Depois dessa chuva aí que passou, nossa...está complicado.

O deslocamento para a unidade de saúde é outra dificuldade enfrentada pelos usuários transplantados, na medida em que o pós-transplantado necessita da disponibilização de um veículo individual para realizar o seu traslado ao hospital. Os usuários que não residem no município em que está localizada a instituição de saúde que realiza o tratamento são encaminhados pelo assistente social para acesso ao Programa Tratamento Fora de Domicílio – TFD (Portaria nº 55/SAS/MS), programa gerido pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

O fato é que a grande maioria dos transplantados não tem em suas prefeituras de origem o programa funcionando de forma satisfatória. E no caso do pós-transplantado de medula óssea, existe ainda uma outra questão fundamental, que é a restrição ao contato em ambiente coletivo, como transporte público, por exemplo. Fato que agudiza ainda mais as necessidades destes usuários no processo de acompanhamento e recuperação após o TMO, já que seu acesso frequente à unidade de saúde fica ameaçado. Assim, no pós-transplante, quando necessitaram da disponibilização de um veículo individual para realizar o seu traslado ao hospital, apenas um dos participantes da pesquisa teve êxito no acesso ao PFD. Como afirma C:

Nós conseguimos através da intervenção das assistentes sociais aqui do INCA, com o aval daqui, que a prefeitura me traga, num carro só para mim. O motorista não pode fumar, não pode ter nenhum tipo de alergia. Isso é uma coisa que a gente conseguiu. Porque a gente tem que pensar assim né, que isso é uma coisa séria. Se não, de que adianta todo o esforço que eu venho fazendo, para uma pessoa de fora estragar tudo?!

Mesmo neste caso, para que se efetive o direito, foi necessário um esforço, uma mobilização do próprio usuário e seus familiares. Ou seja, estas necessidades não se apresentam na realidade como acesso garantido de quem dele faça jus; se apresenta com condicionantes, critérios, processos burocráticos que acabam por deslegitimar e desmobilizar os usuários acometidos por doença grave. Como relata este mesmo participante da pesquisa que recebe suporte do programa TFD de forma adequada à sua condição de saúde:

É, porque nosso município é pequeno, então quando a gente veio para cá, a gente já estava nesta luta, 'para lá e para cá', há muito tempo, então a gente já tinha um vasto conhecimento no município, com o prefeito, vereadores, então a gente começou só a procurar as pessoas certas para acessar os direitos, porque a gente já tinha a lei, então a gente só precisava de alguém que fizesse esta Lei Orgânica do Município funcionar, que aprovasse a lei. Foi assim que a gente conseguiu ajuda de custo do TFD, que hoje tem (se efetiva) através da gente, a questão do carro, para quem tem imunidade baixa, para vir sozinho, então foram coisas que a gente conseguiu indo atrás, com muita luta, reivindicando. E tudo que a gente conseguiu foi assim, nada foi fácil, tudo foi com muita luta. Tive que ir ao Fórum e aí a promotora até virou minha amiga e ajudou a resolver o problema. Ela disse, poxa, se é seu direito, tem que aprovar o seu direito. E é isso que eu fico chateado, porque se eu sei que é meu direito, tem que ser aprovado. (C, 45 anos)

Essa realidade não se concretizou para a maioria, pois o que se verifica, junto aos entrevistados, é que as Secretarias Municipais de Saúde (principalmente dos municípios do mesmo estado do Hospital) não vêm atendendo as necessidades de deslocamento dos usuários, através do programa TFD. Observamos que de todos os outros participantes que não são atendidos de forma satisfatória quanto ao seu deslocamento ao hospital, três deles residem em outros municípios, portanto, fazem jus também a acessar o referido programa. Porém, o acesso, ou não é realizado, ou quando o acesso existe, ele funciona precariamente não atendendo às necessidades dos usuários transplantados, que são usuários dos serviços de saúde pública. Conforme manifesta um entrevistado, que conseguiu ter acesso, porém não de forma satisfatória:

Eu venho no carro da prefeitura, de van. Só que a van ultimamente eu não tenho conseguido. Aí sabe o que eu faço? Eu venho de van normal, de linha. Aí na volta eu consigo a ambulância aqui do hospital para me levar até Itaguaí. Mas para 'vim', eu fazendo isso tenho que acordar 4 horas da manhã para vir. Ainda tem o dinheiro do taxi, porque a van me deixa longe, e eu não posso vir andando. Eu duas vezes tentei fazer isso, cheguei aqui passando mal. Já levei o encaminhamento pedindo (transporte) individual e não tem. Eles alegam que não tem, só em van mesmo. [...] eles (os médicos) falam que eu não posso, nem em van, nem em ônibus, que é mesma coisa, pois tem gente para caramba. Dizem que não é bom. Pois é, para conseguir a van está difícil, imagina um só para você né..?! É, a gente já foi lá, mas não conseguiu. (M, 42 anos)

Desta forma, não é possível atender as necessidades dos usuários através do referido programa, em sua finalidade exclusiva de acessar o atendimento na unidade de saúde. Conforme também expõe L: *“Eu acho uma vergonha né. Eu acho que eles tinham que ter um carro para esses casos. Só para atender essas pessoas”*.

Se para o usuário oriundo de outros municípios o deslocamento é um problema, por conta da precariedade do funcionamento dos Programas TFD's de grande parte dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, para os usuários que residem no

município do Rio de Janeiro, essa questão se mostra ainda mais clara. Nestes casos, o único recurso, referenciado pelos assistentes sociais, é o chamado Transporte Sanitário, que é um serviço que compõe a Rede de Atenção à Saúde, e que garantiria o transporte individual, como podemos observar na PORTARIA Nº 874, 2013, do Ministério da Saúde:

Seção II

Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde

Art. 26. Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos:[...]

VI - Componentes dos Sistemas Logísticos:

a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário. (PORTARIA Nº 874, 2013)

Apesar da portaria existir, este serviço não é acessível e disponível para os usuários. Eles são administrados pela Atenção Básica, e o acesso se daria através das Unidades Básicas de Saúde dos territórios de moradia dos usuários. O fato é que o acesso não foi garantido nas experiências de usuários que necessitaram acessar este direito, mesmo mediante articulação intersetorial, por parte do serviço social da unidade transplantadora. O que de fato funciona, mesmo que precariamente, é o RioCard, bilhete único da Secretaria Municipal de Transporte (Decreto 32842 de 01/2010), que disponibiliza gratuidade a usuários da saúde com doença crônica e seus acompanhantes, de acordo com a Lei Orgânica do município do Rio de Janeiro. Porém, como isto se dá em transportes coletivos, não atende às necessidades dos recém pós transplantados, que necessitam de condições especiais de transporte.

A realidade é que não se verifica a efetividade deste serviço no município. Assim, como a demanda não vem sendo atendida pela política de saúde, deixa desassistidos os usuários transplantados que, na condição de imunossupressos, possuem restrição ao uso de transporte coletivo e necessitam do deslocamento ao hospital com frequência, para a garantia da continuidade do tratamento de saúde. Observemos o relato do participante da pesquisa que reside no mesmo município da unidade de saúde:

É, renovei o Riocard, já fiz tudo, mas ainda não estou podendo usar. Muita coisa que eu consegui foi através do voluntariado né. Porque, eu não consegui transporte do município para vir para o tratamento. Transporte individual. E isso eu só consegui através do voluntariado, e em partes

também né... é, porque é uma ajuda, porque não sei como seria se tivesse que pagar tudo. Mas ajuda. Porque, por exemplo, eu venho 1 vez ao mês, mas eu tive que vir aqui duas vezes semana passada, não, três, por que tive que fazer exames, todos em dias diferentes. E tem que vir de táxi. E aí com o benefício que é de 1 salário mínimo fica apertado. E aí você vai depender da organização da família também, para administrar isso direito né... E ainda bem que eu tenho um pessoal que ajuda muito lá. Da Igreja e de amigos. (R, 18 anos)

Por fim, mas não menos importante, as restrições e mudanças nos hábitos alimentares se mostrou impactante também para os pós-transplantados de medula óssea, especialmente, no que se refere aos custos financeiros com alimentação especial. Esses custos, após o adoecimento, mais expressivamente após o transplante, se avolumam com os custos das medicações que não são fornecidas pelo Ministério da Saúde, através do hospital. Na maioria das vezes estes custos não são compatíveis com a realidade econômico/social dos usuários do SUS:

O benefício que eu ganho não dá conta da necessidade que eu tenho hoje. Não dá. E depois que eu vim para cá eu gasto mais ainda. Depois do transplante eu gasto muito mais. Porque cada hora é uma coisa, tem que comprar, uma hora é um remédio, uma coisa diferente, até com o transporte agora eu estou gastando, alimentação. (M, 42 anos)

O estudo evidencia o papel que o Terceiro Setor vem exercendo neste processo de tratamento de saúde dos usuários. Sempre diante da ausência das políticas públicas, parte importante das necessidades sociais dos usuários pós-transplantados vem sendo atendida por instituições filantrópicas, como o IncaVoluntário¹⁵, que atua atendendo usuários acompanhados e em tratamento no Inca, como no relato de L e M, respectivamente:

Agora, tem uns meses que eu estou me alimentando em casa. Vou no mercado, mas eu pego minha cesta básica aqui no IncaVoluntário, peguei uma agora, no dia 21. E isso ajuda! É só na mistura mesmo que eu gasto. Eu só como coisas cozidas, ensopados. Se não fosse a cesta básica do IncaVoluntário aí ia pesar mais... (L, 49 anos.)

¹⁵ Como se pode observar no site do próprio INCA, “O INCAvoluntário é responsável pelo planejamento e promoção das ações voluntárias no INCA, que buscam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes infantis e adultos e seus acompanhantes, por meio de atividades de inclusão social e resgate da cidadania. Para isso conta com a colaboração de pessoas que realizam ou apoiam atividades educacionais, recreativas, culturais e de lazer com os usuários em tratamento no Instituto. Entre os objetivos do INCAvoluntário está a humanização do ambiente hospitalar; a melhoria da autoestima dos pacientes e seus acompanhantes; o apoio para que o paciente não interrompa o tratamento por falta de recursos financeiros; e a promoção de atividades que contribuam para a geração de renda”. <https://www.inca.gov.br/incavoluntario>; consulta em janeiro de 2019.

Eu recebo ajuda também do IncaVoluntário né... recebo bolsa de alimentos, me ajuda muito. E se não fosse isso eu nem sei como ia ser, ia sair tudo do meu dinheiro, ia ter muito gasto, porque eu ia ter que comprar. (M, 42 anos).

Todos os sujeitos pesquisados recebem ou já receberam, em algum momento de seu acompanhamento pós-transplante, algum tipo de recurso disponibilizado por instituições voluntárias, após avaliação da necessidade, naquele momento. Na maioria das vezes, se é que não podemos nos arriscar a dizer que em todas as vezes, a disponibilização de recursos, através de instituições deste tipo, vem se mostrando como um condicionante para a viabilização da continuidade do tratamento de saúde necessário para os usuários transplantados. Minimizando as mazelas decorrentes da vivência das expressões da questão social, os recursos disponibilizados trazem um suporte e amparo, momentâneo e focalizado, no enfrentamento das dificuldades enfrentadas no processo de TMO. Assim, os custos com medicação, por exemplo, entre outros tipos de suporte, vêm sendo disponibilizados através de outras instituições como Casas de Apoio e Igrejas. Como afirma C

Nós temos contato também com uma instituição de pessoas com câncer, e isso também nos ajudou muita gente, com ajuda com medicamentos de alto custo, por que neste tratamento a gente adere muito a estas instituições, porque assim... é um creme que muitos pacientes não têm acesso para comprar. Porque não tem aqui no INCA. E agora tem um outro, que também não tem. Então a gente parte do princípio que o paciente possa ter o melhor. Qual é o melhor? É você poder dar conta de um custo de uma medicação que tem que ser tomado 20 frascos ao mês de R\$52 cada frasco? Isso é mais fácil para o instituto do câncer. E esta instituição é uma instituição não governamental que vive de doações. Aí então, ela funciona assim, ela faz doações por um certo período, e depois para. Por exemplo, medicamento de uso contínuo ela não dá. Ela só fornece aquela grade de medicação de uso mais controlado, por exemplo, o colírio, ela só fornece umas 5 caixas, e é R\$ 72. Um antibiótico para a DECH pulmonar que uso 4 caixas mensais. Aí, eu posso dizer assim, está dando certo, sim. (C, 45 anos).

Verificamos assim, que até recursos já previstos pela Constituição, como medicações de alto custo, vêm sendo negados pelo Sistema Único de Saúde. Assim, diante da falta do suporte necessário para a recuperação da saúde através da política pública, os usuários buscam soluções alternativas, muitas vezes na filantropia, diante do direito do cidadão colocado em risco.

2.4.2 Condições de vida e de trabalho dos usuários transplantados no SUS

Aqui, abordaremos questões centrais, com relação às mudanças no modo de vida dos usuários, após o transplante de medula óssea. São aspectos evidenciados

pelos usuários que ficam impedidos de contato com ambiente coletivo como: utilizar transporte público; frequentar escola; ter vida laborativa; se expor ao sol. Ou seja, com imunidade baixa, ficam vulneráveis à aquisição de infecções. Portanto, dentre as necessidades individuais e sociais que são geradas a partir dos impactos das mudanças que os pós transplantados sofrem de acordo com os usuários entrevistados, destacamos: perda da capacidade de trabalho; possibilidade da ocorrência de Doença Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH); restrições alimentares; condições restritas de mobilidade e moradia.

Com a **perda da capacidade de trabalho**, podemos observar que a renda se configura como um dos principais problemas enfrentados pelos usuários transplantados, visto que o adoecimento acaba agregando custos financeiros com o traslado para a unidade de saúde, a alimentação, a adaptações na moradia, a aquisição de medicamentos, entre outros. É exatamente no momento em que se instala a incapacidade para permanência no trabalho, que as necessidades se ascendem, devido à complexidade do tratamento e dos agravos que ele gera à saúde do usuário.

Como aponta Iamamoto (2006), a sobrevivência do trabalhador na sociedade capitalista é condicionada, fundamentalmente, pelo salário que este recebe em troca da venda da sua força de trabalho, por estar na condição de assalariado, desprovido dos meios de produção e dos meios de vida que, no caso, são monopolizados pelos proprietários do capital (a burguesia). (IAMAMOTO, 2006)

É na intercorrência de um procedimento de alta complexidade, como o TMO, que a condição socioeconômica do usuário/trabalhador e dos familiares se torna mais frágil, pois, devido ao adoecimento e a complexidade do tratamento de saúde, ele necessita de longos afastamentos, ou de afastamento definitivo, de sua vida laborativa, quando não se tornam incapacitados - provisória ou permanentemente - para o trabalho. Um fato que gera um impacto econômico bastante significativo na família, considerando as relações de trabalho, na contemporaneidade, cada vez mais flexíveis, e as condições de assalariamento diferenciadas. Podemos dizer, assim, que as mudanças societárias trazem impactos muito particulares na realidade em que estes sujeitos estão inseridos.

[...] e as transformações no processo de trabalho como uma exigência do reordenamento das fases do processo de produção e realização da mais-valia, fazendo emergir também outras formas de constituição e reprodução do trabalhador coletivo, além de redefinir as fronteiras entre os processos de

“subsunção real e formal” do trabalho ao capital. [...] Consideradas como uma alternativa ao modelo fordista, estas mudanças (*das particularidades da sociabilidade capitalista*) se dão em prol da flexibilização nos processos e nas condições de trabalho, alterando substantivamente a formação do trabalhador coletivo ou, numa linguagem coloquial, o mercado de trabalho, via desemprego, terceirização, precarização do trabalho e dos vínculos formais de trabalho. (MOTA; AMARAL, 1998, p. 5-6, grifos em itálicos meus)

Portanto, ao afastar-se do trabalho, os usuários são amparados pela Previdência Social, no caso de serem contribuintes, ou seja, possuírem vínculo formal de trabalho. Neste caso passam a ser beneficiários do auxílio-doença e, se for o caso, posteriormente, da aposentadoria por invalidez. O fato é que, devido as condições de assalariamento, ao perder a capacidade para o trabalho, o padrão da renda familiar não pode mais ser mantido, visto que, o benefício não acompanha a renda auferida durante a atividade laborativa que é maior.

Ocorre que, no contexto sócio histórico vivenciado atualmente, com o acirramento da ofensiva neoliberal, onde como uma das consequências é o crescimento do desemprego, muitos indivíduos foram “empurrados” para o mercado informal de trabalho, trabalhando por conta própria, sem garantias de direitos trabalhistas e previdenciários.

Diante deste contexto, podemos dizer que se agravam ainda mais a vivência das diferentes expressões da questão social pelos usuários pós-transplantados e suas famílias, uma vez que os que viveram maior parte da vida do trabalho informal - portanto na qualidade de não contribuintes da previdência social -, ficam condicionados apenas à política pública de assistência social, que tem como fundamentos os “mínimos sociais”. Esta política, que represente um ganho ao ser inscrita na Constituição de 1988 como direito social e dever do Estado, se mostra como uma estratégia de ação, através da Lei Orgânica de Assistência Social, que dispõe sobre o Benefício de Prestação Continuada.

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

[...] e a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011) [...]

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (Redação dada pela Lei

nº 12.435, de 2011). (LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL-Capítulo I, Das Definições e dos Objetivos, 1993)

Nestes casos, o usuário é parte de uma “população sobran­te” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), que constitui uma classe trabalhadora que está fora do mercado formal de trabalho. No caso do adoecimento, com a con­sequente perda da capacidade para o trabalho, o usuário transplantado sem emprego formal se depara com o desamparo, com ausência de garantias no âmbito da previdência social, uma vez que esta possui caráter de seguro, ou seja, é contributiva, somente fazendo jus dela o trabalhador formal.

É neste cenário que se apresenta como uma alternativa a política de Assistência Social, com o BPC/LOAS, um benefício já irrisório, que tem sofrido ataques pelos interessados na destruição da Previdência Social em votação na Câmara federal¹⁶. Além disso, é benefício com critérios condicionantes, o que se coloca como mais um limite para a defesa do direito do usuário, na medida em que o BPC possui critérios de renda familiar e de deficiência física. Neste caso, com relação aos usuários em tratamento de doença crônica grave, os usuários se enquadram através da ampliação da interpretação da deficiência física, já que a própria doença proporciona limitações e deficiências.

Assim, como vimos acima, quando nos referimos a uma família com uma realidade atravessada pelas diferentes expressões da questão social, as suas precárias condições socioeconômicas são agravadas e tornam ainda mais proeminentes com a intercorrência de um transplante, o que, interferindo diretamente no processo saúde-doença, agrava o processo de adoecimento, dificulta ainda mais o acesso aos serviços públicos de saúde, assim como o acesso às outras políticas públicas disponíveis na rede.

É um contexto que impacta direta e principalmente o acesso, a continuidade e os resultados do tratamento proposto. Nesse sentido, a garantia da qualidade vida após um transplante acaba ficando extremamente limitada, quando não resulta em óbito do usuário, devido à falta de acesso a condições básicas de vida.

O cenário contemporâneo das políticas sociais no Brasil, que sofrem com um ataque violento no contexto do capitalismo financeiro, nos remete ao compromisso com os interesses e necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras, no contexto de

¹⁶ Ver http://www.brasil.gov.br/novaprevidencia/?pk_source=google&pk_medium=search&pk_campaign=nprev&pk_content=np5001.

ampliação das expressões da questão social. Conforme declaram Behring e Boschetti (2011, p. 190):

[...]reafirmar direitos e políticas sociais no âmbito do capitalismo e lutar por eles, tendo como projeto uma sociedade justa e igualitária, não significa contentar-se com os direitos nos marcos do capitalismo. Essa é uma estratégia para o estabelecimento de condições objetivas de construção de outra forma de sociabilidade. Quando temos clareza de seus limites, bem como de sua natureza contraditória, vemos a política social como ela é: pode assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional à acumulação do capital e à manutenção do status vigente.

Quanto à **possibilidade da ocorrência de Doença Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH)**¹⁷, os usuários acometidos, de forma aguda ou crônica, necessitam de um acompanhamento contínuo, no ambulatório -Hospital Dia e, como um elemento fundamental, necessitam do suporte de um cuidador, ou seja, de uma pessoa que possa estar acompanhando o processo, para auxílio no deslocamento, no uso da medicação, bem como nas atividades cotidianas.

Sendo assim, é uma intercorrência que se estende à rede familiar do usuário em tratamento. Este acompanhamento gera o frequente afastamento de um familiar de suas atividades produtivas, o que prejudica ainda mais as condições econômicas das famílias. Diante das situações decorrentes destes agravos, não se encontra uma política pública efetiva, no âmbito da seguridade social, que ofereça suporte econômico ao usuário e ao familiar cuidador, afastados do trabalho.

Tramitando na Câmara do Deputados, existe um grupo de 54 projetos de lei pleiteando a aprovação do direito de um familiar com vínculo direto comprovado de se afastar do trabalho para, se dedicar ao acompanhamento de saúde de seu familiar em tratamento. O principal é o PL 2012/2011, com 53 apensados. Vários desses projetos propõem estender o direito de se afastar do trabalho para cuidar de familiar, também aos trabalhadores celetistas, uma vez que o servidor público possui este direito instituído, de até dois meses mantendo a remuneração, e de até três meses sem remuneração. Existem diferentes propostas sobre o período que deveria ser permitido para esse tipo de falta sem desconto no salário, desde 15 dias, até a equiparação com

¹⁷ A ocorrência de Doença Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH) estão expostos, principalmente, aqueles usuários que realizam transplante alogênico. Estas doenças são a reação do enxerto (células do doador), contra o hospedeiro (organismo do paciente) e podem ser agudas ou crônicas, podendo se manifestar em diversos órgãos do corpo. Muitas vezes as DECH são interpretadas como positivas, pois algumas destas células podem estar atacando também células doentes que resistiram ao tratamento.

o do funcionalismo público, de 60 dias. Quem vai decidir isso é o Plenário da Câmara. Os textos estão prontos para serem votados, mas não há previsão de quando.

Enquanto cresce o financiamento por parte do Ministério da Saúde, para ampliação do acesso aos transplantes, com incentivo financeiro para construção de áreas físicas para implantação de novos centros de transplante, alguns anos se passaram desde o primeiro projeto de lei que favoreceria o afastamento do trabalho de um familiar cuidador ser protocolado. Mais um fato que demonstra a falta de interesse público em aprovar medidas de interesse popular, que confrontam interesses de mercado, a partir do momento em que impacta na relação capital/trabalho, bem como onera, de alguma forma, o gasto previdenciário.

Diante da aprovação quase certa da Reforma da Previdência, que ataca de forma agressiva os direitos previdenciários já existentes para a classe trabalhadora e da legislação trabalhista atual, constante da Lei nº 13.467 de julho de 2017¹⁸, temos a quase impossibilidade de colocar-se em votação projetos como o que beneficia o familiar cuidador se afastar do trabalho, como o agravamento das condições socioeconômicas dos trabalhadores em geral, em especial, dos acometidos por doenças graves.

De qualquer forma, bem como outras políticas sociais discutidas aqui, mesmo que este projeto fosse aprovado, ele não atenderia de forma qualificada aos interesses destes trabalhadores, na medida em que, após passaram pelo TMO, a sua necessidade de suporte para a atividades cotidianas vão se dar forma duradoura, e não de apenas trinta ou sessenta dias. Fato este que gera uma contradição, já que, o cuidado especializado devido às novas necessidades do usuário transplantado, diante das debilidades geradas pelo TMO, é conhecido da equipe de saúde da unidade transplantadora, sendo o usuário e familiares orientados desde o início do processo.

São impactos que se mostram menos ou mais intensos, em cada caso, pois estão diretamente ligados às condições de vida de cada usuário, a partir de sua realidade, extramuros do hospital. Impactos, mais ou menos agravados, a depender também da conformação da rede apoio de cada usuário; rede de apoio esta que é diferente de rede de cuidado. Quando nos referimos à rede de apoio, nos referimos a todos e tudo que ofereça algum tipo de suporte, seja de cuidado, suporte

¹⁸ Ver: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm; consulta em junho de 2018.

econômico/financeiro e/ou algum serviço. Como mostra Alencar (2008, p. 64), ao abordar a responsabilização das famílias na reprodução social,

torna-se crucial, portanto considerar pelo menos dois aspectos centrais, antes de atribuir à família a responsabilidade quase que exclusiva com o futuro de seus membros. O primeiro aspecto diz respeito às alterações recentes na organização e dinâmica familiar (diminuição de seu tamanho, diversificação dos arranjos familiares, inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho), que atingem e modificam os tradicionais mecanismos de solidariedade familiar, acarretando uma interação limitada e precária entre os poucos membros da família. Em segundo lugar, em decorrência da grave crise econômica no país, expressa no desemprego crescente, rebaixamento dos salários, precarização das condições e relações de trabalho, desregulamentação de direitos sociais, observa-se uma fragilidade da família para cumprir seu papel no âmbito da reprodução social, funcionando como suporte material e de integração social, a partir do qual os indivíduos podem encontrar refúgio para as situações de exclusão.

Um processo agravado pelo acirramento da contrarreforma do Estado, o que vem resultando no desmonte das políticas sociais, na desvalorização do setor público, na burocratização do acesso, através de cortes, restrições e do próprio SISREG¹⁹. Um estado de coisas amparado pela lógica neoliberal, de valorização do capital e do mercado. Neste contexto, se acirra a relação público/privado, no campo dos serviços a até do cuidado, o que potencializa o desamparo e a precarização das condições de vida do usuário e seus familiares.

A persistência da família como elemento central para a vida dos indivíduos justifica-se diante da despolitização das questões afetas à reprodução social dos trabalhadores, percebida muito mais como questão de ordem privada do que pública, numa tendência de privatização da vida social brasileira. (ALENCAR, 2008, p. 62)

Diante das condições precárias da maioria dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiras e da vivência junto aos usuários transplantados e seus familiares, podemos afirmar que as condições necessárias para a manutenção da saúde, após o TMO, são agravadas e diferenciadas da realidade vivida pelos mesmos, antes do transplante. As condições de moradia/habitacionais, que já não eram adequadas, tornam-se um grande problema a ser enfrentado, assim como, normalmente, são desfavoráveis as condições de mobilidade, como o acesso à própria moradia e à unidade de saúde.

¹⁹ O “Sistema Nacional de Regulação” – SISREG, é um sistema on-line, que gerencia todo o Complexo Regulatório, da rede básica à internação hospitalar, visando maior controle do fluxo de todos os procedimentos em saúde. Após sua implantação, as filas físicas foram substituídas pelas filas virtuais, sendo que o usuário do SUS perdeu toda a possibilidade de acompanhar o agendamento de seus atendimentos.

Como vimos, com o desmonte das políticas públicas sociais, os programas de cunho habitacional disponível para a população tornam-se mais escassos. Aliás, para sermos exatos, o único programa habitacional que existia - o Programa Minha Casa Minha Vida -, custeado pelo governo Federal e administrado através das Secretarias municipais de habitação, está sofrendo cortes progressivos e ameaçado de desmonte, no governo Bolsonaro.²⁰

O referido programa já não vinha se apresentando como uma alternativa eficaz para a superação da necessidade habitacional, no caso dos pós-transplantados de medula óssea, visto que a demanda por habitação, nestes casos, é emergencial (não que os outros tantos casos não sejam), pois se coloca como uma necessidade frente o quadro de saúde do usuário, no pós-transplante. Portanto, sem a garantia do acesso destes usuários à política de habitação, em tempo hábil, não se garante também a integralidade do atendimento à saúde, à população usuária, diante de um acesso a esta política – quando viabilizado - de forma burocrática e restritiva; sem contar com peculiaridade da intransparência dos processos de acesso às políticas sociais.

A distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje. Tem-se também uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando a sua fragilidade, que acompanha uma espécie de instabilidade institucional e política permanente, com dificuldades de configurar pactos mais duradouros e inscrever direitos alienáveis. (BEHRING; BOSCHETT, 2011, p. 79)

Esta realidade se dá totalmente em desacordo com o que estabelece inclusive marcos legais, como a Lei 8.080/90, em especial o seu Artigo 3º, quando expões sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde.²¹

Art. 3 - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A instituição que realiza o transplante possui características de ter pacientes com alto risco, internados por longo prazo. Ao receberem orientações institucionais

²⁰ O governo Bolsonaro (2019-?) desfigura o Programa Minha Casa, Minha Vida. Assim, *quem ganha entre R\$ 6,9 mil e R\$ 9 mil será excluído do programa. Já a família que ganhar até R\$ 3,9 mil passará a ter de arcar com mais de 50% do imóvel, pois União tem planos de reduzir subsídios.* Ver <https://jornalggn.com.br/noticia/bolsonaro-desfigura-o-minha-casa-minha-vida-que-conhecemos-hoje/>

²¹ Conceitos já abordados no capítulo anterior, a partir de alguns autores que defendem a abordagem de determinação social do processo saúde-doença, que se contrapõe à perspectiva de determinantes sociais estabelecida pela OMS.

sobre suas restrições e limitações, os usuários e familiares, preocupados com suas condições de moradia, veem a responsabilidade de prover uma rede de suporte ser transferida para as instituições filantrópicas, se materializando na figura das Casas de Apoio. Neste sentido, as Casas de Apoio têm se tornado uma espécie de “extensão” do hospital para algumas famílias, materializando a desresponsabilização do Estado pelo direito à moradia.

O que acontece é que, quando ficam sem assistência por parte do Estado e da “ajuda humanitária”, diante da ameaça das condições de moradia ser um agravante para sua condição de saúde, ou um dificultador de sua recuperação, os próprios usuários e seus familiares têm de tomar para si a responsabilidade de “solucionar” o problema em questão. Um estado de coisas que é parte da lógica de privatização cuidado, ou seja, de transferência da responsabilidade para indivíduo e/ou para a família. Como afirma Montaño (2003),

Na medida que, como vimos, há uma localização e uma trivialização da “questão social” e uma auto-responsabilização dos sujeitos (individuais ou coletivos) portadores de carências pelas respostas às suas necessidades, podemos afirmar que esta função social – a resposta às sequelas da “questão social” –, ao sair paulatinamente da responsabilidade estatal e da ética do direito universal, passa para a cotidianidade individual dos sujeitos na esfera da sociedade civil.

Apesar de em alguns casos acontecerem mudanças que de fato são positivas, como estreitamento dos laços familiares, após longos períodos de conflitos familiares, ou até mesmo por simplesmente acessar o serviço público de saúde, o que os torna de fato usuários do SUS, a maioria das mudanças de vida sofridas pelo usuário pós transplantado e seus familiares resulta em uma nova condição para a vida, diante de uma nova condição de saúde, que condiciona novas necessidades; necessidades que não vêm sendo atendidas pelo Estado.

Além de todos estes aspectos que impactam nas condições de vida dos transplantados, podemos vislumbrar o fato de não possuímos no Brasil uma condição de saneamento básico²² adequado, se revelando, portanto, como um aspecto da determinação social do processo saúde-doença. Em 2007, o então presidente Luís Inácio Lula da Silva sancionou a Lei que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico, numa época em que

²² Ver <https://g1.globo.com/economia/noticia/saneamento-melhora-mas-metade-dos-brasileiros-se-gue-sem-esgoto-no-pais.ghtml>. Acesso em 06/08/19.

apenas 42% da população brasileira era atendida por redes de água/esgoto. Mesmo passados tantos anos após esta Lei entrar em vigor, os dados mais recentes do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) apontam para uma melhoria irrisória no percentual, passando para 50,3%, a cobertura no país de coleta de esgoto. Isso significa que mais de 100 milhões de pessoas utilizam medidas alternativas para lidar com os dejetos – seja através de uma fossa, seja jogando o esgoto diretamente nos rios.

Neste sentido, dado a relevância deste fenômeno, uma vez que por si só, este já pode ser responsável por colocar em risco de morte o trabalhador transplantado de medula óssea, exige da equipe estar atenta para a realidade em que estes indivíduos vivem.

Um dado que em geral não aparece nas manifestações dos entrevistados, vislumbrado dentre as necessidades individuais que são geradas a partir dos impactos destas mudanças que os pós transplantados sofrem, é a **restrição alimentar**. Fica implícito este aspecto mais crítico em relação aos impactos mais concretos na vida dos usuários, entretanto, quando questionados sobre o impacto econômico das mudanças dos hábitos alimentares, eles, em sua maioria, não reconhecem este impacto como sendo significativo.

Quanto a essa questão, ressaltamos dois pontos: um deles é uma persistente dificuldade no entendimento dos usuários sobre os reais riscos ao transplante, trazidos pela qualidade da alimentação, quando não a naturalização destes riscos, devido aos limites existentes para adoção das medidas ideais orientas pela equipe de saúde. A equipe de saúde sabe que, muitas vezes, os usuários acabam por não seguir os hábitos ideais à risca, na maioria das vezes, não por “negligência”, mas por recorrentemente, já conviverem com a escassez de recursos para uma alimentação saudável, diante de uma rede de serviços públicos limitada e de condições econômicas insuficientes para garantir a alimentação ideal, pós-transplante. A má qualidade da alimentação, como um processo “natural” na realidade dos usuários, é perceptível à equipe de saúde, mesmo que isso não apareça de forma clara nas manifestações dos entrevistados; ou seja, está implícito.

Esta realidade se revela como um desafio na prática na saúde, principalmente no exercício profissional do assistente social que está inserido na equipe de transplante. O desafio é ser capaz de ir além do que está posto, através do caráter crítico reflexivo do assistente social, que desvela a essência das expressões das

questões sociais vivenciadas pela classe trabalhadora. Para tanto é necessário conhecer a realidade dos sujeitos envolvidos, bem como o contexto em que os mesmos estão inseridos. De acordo com Vasconcelos (2006, p. 3):

Diante da complexidade do quadro que a ordem capitalista não consegue mais ocultar - um quadro que, mesmo assim, não se desenrola com toda a transparência - a sustentação e encaminhamento de uma posição/ação vinculada a um projeto social radicalmente democrático e comprometido com os trabalhadores não estão determinados, exclusivamente, pela posição e encaminhamentos ético-políticos. Também o estão pela postura teórico-metodológica, na medida, aqui, da capacidade dos sujeitos profissionais para captar a especificidade própria da realidade social objetivando uma prática consciente e crítica. Assim, recorreremos à teoria social de Marx, para a qual o método é uma relação necessária entre sujeito que pesquisa/investigador e objeto pesquisado/realidade social, que permite ao sujeito reproduzir, idealmente, o movimento do objeto; relação necessária na medida em que é a única que permite ao sujeito conhecer realmente o que se passa com o objeto. (VASCONCELOS, 2006, p.3)

Podemos dizer que os cuidados que devem ser tomados e que são orientados pela própria equipe interprofissional, como citado acima, devem ser entendidos a partir da realidade social e cultural de cada usuário/família, através de uma atuação pensada da equipe.

Outro fator importante, observado pelos profissionais, é que, para usuários que antes da enfermidade ocupavam um espaço com poucos recursos (de pobreza acentuada, onde o acesso às políticas públicas se apresentava com enormes obstáculos, produzindo uma situação socioeconômica extremamente fragilizada), as necessidades sociais, pós-transplante, parecem mais brandas. É que, nestes casos, o acesso a políticas públicas acaba favorecendo vários aspectos, impactando favoravelmente as condições de vida, mesmo diante dos limites encontrados.

De fato, muitas vezes, após o adoecimento, mesmo com todas as mazelas resultantes do procedimento, o acesso às políticas e serviços sócio-assistenciais proporcionam ao indivíduo bens e serviços que não haviam sido usufruídos até então. Ou seja, mesmo que de forma limitada, a realidade pós-transplante promove mudanças positivas, diante de uma realidade de vida precarizada e de frequentes violações de direitos. Porém, nem sempre é percebido pelo usuário que, nesta nova realidade, de pós transplantado de medula óssea, existem especificidades que o diferenciam da condição anterior, pois, devido à sua vulnerabilidade de saúde, as suas novas necessidades sociais, se não atendidas de forma eficaz, podem resultar no impedimento da continuidade do tratamento, bem como agravamento de sua condição de saúde e ocorrência de DECH, entre outros problemas, como o óbito.

Na entrevista, o usuário L afirmou sobre a ocorrência de uma segunda internação, logo após a alta hospitalar pela realização do TMO. O mesmo dado foi também coletado no prontuário do usuário, o que nos leva a crer que o motivo da intercorrência manifestada pelo usuário seria de administração incorreta de medicação, entre outras exposições a condições inadequadas.

Até eu conseguir me acostumar a saber tomar aquele monte de remédio na hora certa, direitinho...foi muito difícil. Acabei internando, mas melhorei logo, foram mais 9 dias, só internado. Eu estava tendo muita 'dor de barriga', direto desde que saí da internação do transplante. Estava usando fralda direto, que eu nem aguentava mais...foi quando fiquei internado de novo. Mas, graças a Deus já superei. (L, 49 anos)

A partir do retorno ao Prontuário, em busca de dados dos participantes da pesquisa, verificamos que, em agosto de 2019, apenas três anos após o TMO, quatro dos cinco participantes da pesquisa já foram a óbito. Dentre eles, apenas o participante que teve um acesso menos restrito às políticas sociais e manteve um cuidador em tempo integral, oferecendo suporte para as atividades cotidianas, está vivo, com matrícula ativa na instituição, e mantendo uma sobrevida satisfatória após a realização do TMO. Este trabalhador teve acesso ao programa habitacional do município, ao transporte individual da secretaria de saúde, também do município onde reside, e se aposentou por invalidez. Os outros quatro participantes foram a óbito, a partir de 2017, sendo o último, em 2019.

Diante das condições de vida e de trabalho dos trabalhadores submetidos a TMO, é extremamente relevante considerar a responsabilidade do Estado em dispor as condições favoráveis para o atendimento das necessidades de saúde dos pós transplantados, através de políticas sociais, para a garantia da continuidade do tratamento e para a recuperação da saúde do usuário, mas, antes de tudo, para evitar seu óbito. O que observamos é que, já que o Estado tem informações sobre as condições de vida e de trabalho da maioria dos trabalhadores, sem garantir as condições essenciais para o pós-transplante, a decisão pela realização do procedimento objetiva, não salvar vidas afetadas pelo câncer – já que retornando para as condições anteriores ao transplante, o usuário coloca em risco o próprio transplante e sua vida -, mas sim, fazer circular e ampliar o capital do Complexo Médico Industrial.

Na medida em que as políticas sociais vão sofrendo cortes e precarização mais intensa, nos últimos anos, deixando assim sem recursos a serem acessados os candidatos a TMO, é curioso observar que quando a equipe é sinalizada pelo

assistente social de que o usuário não está em condições de ter transporte especial, por exemplo, colocando em risco o transplante, principalmente os dirigentes da Unidade de transplante de medula óssea, começam a relativizar os critérios e orientações de cuidados à saúde dos pós-transplantados, passando a “permitir” modos de vida e de acesso diferentes dos que eram abordados antes.

Como podemos observar em Vasconcelos (2012),

no capitalismo, a capacidade dos governos nacionais de impor-se é sistematicamente corroída por um Estado cada vez mais rígido por interesses corporativos (vide Harvey, 2011, p. 89), o que resultou em implantação e implementação do SUS, após a CF de 1988, sem a superação de duas questões que a legislação indica como essenciais: a do “Modelo Médico Assistencial Privatista” centrado no hospital/médico/doença e a da subserviência da área da saúde aos interesses do Complexo Médico Industrial (CMI). Assim, à revelia da legislação e contrariando todas as indicações do SUS, o modelo médico assistencial, ignorando a saúde, continua centrado no médico e no hospital, onde tudo converge para a doença. Por outro lado, o CMI, como antes da CF de 1988, continuou, à surdina e soturnamente, mantendo sua hegemonia no controle e utilização do orçamento da saúde. A presença sorrateira do CMI não tem visibilidade necessária, nem para os profissionais de saúde e muito menos para os usuários, mesmo ele mantendo o controle dos gastos na saúde. Não por acaso, quase a totalidade dos recursos é utilizada na compra de medicamentos, equipamentos e insumos, para a construção de unidades assistenciais onde estas mercadorias possam ser desaguadas, independente da sua utilidade e relevância diante do perfil epidemiológico da população atendida, ou para o pagamento dos prestadores privados de serviços, também, não por acaso, nas onerosas atenção terciária e de reabilitação. A visibilidade do CMI é prejudicada exatamente porque a destinação do orçamento na área da saúde (como o é em todas as instâncias no capitalismo) é negociada a portas fechadas nos gabinetes dos gestores; fato que resulta de outra parte da legislação que “não pegou”, como se expressa no senso comum: a gestão colegiada dos serviços. E onde ela se instalou observa-se a pouca resistência dos representantes dos usuários e dos profissionais, que, isolados na sua representação, tornam-se facilmente “negociáveis”.

2.5 A lógica invertida do SUS e o Serviço Social

Consideramos que a tendência que tem se apresentado para atendimento das demandas dos usuários pós-transplantados, diante do panorama atual dos limites das políticas sociais, tem sido os recursos de Instituições Filantrópicas. Instituições que são procuradas pelos usuários e familiares ou referenciadas pelo assistente social. Isso nos remete, como profissionais comprometidos com o Projeto Ético Político Profissional, a um questionamento e uma reflexão, a partir do momento em que intervimos numa demanda emergencial, pois a realidade do usuário tem sua

particularidade imediata a ser atendida. Como analisam Behring e Boschett (2011, p. 162),

o retorno à família e às organizações sem fins lucrativos – o chamado terceiro setor, categoria tão bem desmistificada por Montañó (2002) – como agentes do bem estar, {substituem} a política pública. Ao não se constituir como uma rede complementar, mas assumir a condição de “alternativa eficaz” para viabilizar o atendimento das necessidades, esse apelo ao “terceiro setor” ou à “sociedade civil”, aqui mistificada, configurou-se como um verdadeiro retrocesso histórico. Trata-se do que Yazbek (1993 a 2000) denomina refilantropização das políticas sociais, que implica uma precipitada volta ao passado sem esgotar as possibilidades da política pública, na sua formatação constitucional.

Assim, torna-se importante buscar a reflexão acerca da direção de nossa atuação dentro das instituições de saúde, na direção da defesa dos interesses da classe trabalhadora, portanto, na tentativa de realizar a mediação entre o atendimento das demandas com os recursos disponíveis dentro deste contexto atual e trazendo, ao mesmo tempo, estas demandas da realidade, para a dimensão macro, na luta para a efetivação e ampliação dos direitos sociais, no esgotamento das possibilidades da política pública, e no comprometimento com a ampliação, elaboração, formulação de novas políticas, em busca de superação do ideário neoliberal vigente na sociabilidade burguesa em que estamos inseridos. Um dos principais instrumentos a ser utilizado pelo assistente social neste sentido é a mobilização dos usuários através de ações de controle social:

[...] Tal perspectiva não mais concebe a mobilização como “resultado da ação de governo”, mas como verdadeiramente *desencadeadora da ação do governo*, como processo de lutas sociais que pressionam e obrigam o Estado e o Capital a absorver certas demandas e a incorporá-las como função do Estado. Se na concepção de mobilização social contida no debate do “terceiro-setor” esta é o *resultado* da intervenção estatal que descentraliza, privatiza, terceiriza, ou transfere para a comunidade a responsabilidade da gestão social, nossa perspectiva concebe a mobilização social como o processo que *leva* o Estado (e o Capital) a desenvolver ações antes não incorporadas nas suas funções. (MONTANO, 2003, p. 277)

Diante disto, percebemos que a realidade de oferta e efetividade das políticas públicas por parte do Estado tem se apresentado como possibilidades para a intervenção do serviço social neste contexto. Mas, na atualidade, em um cenário que revela muitos limites, não somente as políticas que compõem a seguridade social, mas as diversas políticas públicas intersetoriais, não dão respostas às necessidades individuais e coletivas, de forma integral e com equidade.

Essa é uma realidade que impacta diretamente a atuação do assistente social que opta pela direção do projeto ético-político, buscando intervir através da mediação

de estratégias que visem a garantia do acesso dos usuários aos direitos sociais. Não somente através da execução das políticas públicas, como através de uma prática pensada, reflexiva, que favoreça os usuários acessarem os bens e serviços como direitos sociais. Como mostra Iamamoto (2000, p. 20),

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.

No atendimento aos usuários pós transplantados, dentro das especificidades do tratamento oferecido a eles, se busca, assim, uma atuação que favoreça a garantia de efetivação do processo de tratamento, necessário à recuperação da saúde, através do acesso a políticas públicas e aos serviços disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Levando-se em conta, para isto, não somente a doença isoladamente, mas apreendendo o usuário na sua integralidade, considerando os condicionantes e determinantes sociais da saúde, como nos fundamenta a concepção ampliada de saúde proposta pelo SUS, nos textos da Lei 8080/90:

TÍTULO I-DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. [...]

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990)

Na legislação, destaca-se a garantia de uma moradia digna, adequada a condições saudáveis de habitação e o direito de ir e vir para o tratamento de saúde, de acordo com sua possibilidade de locomoção. Vale ressaltar que estas considerações são realizadas em consonância com os conceitos de determinação social da saúde, abordada neste estudo.

Não podemos deixar de mencionar aqui o caminho muitas vezes adotado para enfrentamento destes limites, que é o da judicialização. Sabemos que este fenômeno, cada vez mais presente não somente no campo da saúde, mas na realidade do acesso

às políticas públicas intersetoriais, evidencia a negação de direitos sociais, com a afirmação da insuficiência e ineficácia na gestão dos investimentos na área. No entanto, é importante salientar este fato, para que possamos fomentar a reflexão acerca dos determinantes da adoção destas medidas, possibilitando articular ações que intervenham diretamente na mudança do contexto que é causador do fenômeno da judicialização. Uma das ferramentas no enfrentamento desta medida é a articulação de ações de controle social, com vistas à participação e mobilização da população usuária, como sujeito coletivo dotados de direitos. Como ressaltam Silva, Oliveira e Alcântara (2016, p.8),

A discussão sobre a judicialização da saúde deve envolver todas as instâncias, em especial as decisórias, no sentido de que a situação da saúde pública em nosso país encontre soluções coletivas e de gestão democrática, com a participação da população e o fortalecimento da sociedade civil, através dos conselhos e conferências nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal).

Neste sentido, se apresenta como um desafio ao assistente social, acionar políticas públicas através do “tripé” da seguridade social - na saúde, na assistência ou na previdência -, que amparem o usuário e sua família para a garantia de condições socioeconômicas favoráveis para início e continuidade do tratamento e de todo o processo saúde-doença. Para isto, é preciso garantir o princípio da integralidade, através da articulação com a rede intersetorial, buscando efetividade das ações que não devem estar desarticuladas, tendo em vista a complexidade da demanda apresenta e a ser enfrentada no âmbito da saúde.

Neste cenário, o que podemos perceber é que há um avanço muito grande nos tratamentos curativos, nos investimentos em procedimentos de alto custo, como o transplante de medula óssea, como já observado neste estudo. Nos últimos anos, observamos o aumento gradativo do número de transplantes realizados, inclusive com a ampliação do número de leitos destinados para este procedimento, bem como o investimento crescente em pesquisas e capacitação para a realização do procedimento. Ao mesmo tempo, não se observa o mesmo investimento em políticas sociais que garantam aos trabalhadores/usuários o acesso a bens e serviços que lhes garantiriam qualidade de vida; uma vida saudável e com condições dignas. Fica claro, assim, que no âmbito da área da saúde, não se observa investimentos na mesma proporção destinados ao nível primário do SUS, com a ampliação gradativa dos investimentos em programas de prevenção e promoção da saúde, o que, obviamente,

custaria muito menos aos cofres públicos, com resultados que certamente impactariam a crescente necessidade de atenção terciária e de reabilitação.

Para buscarmos responder a origem desta contradição - porque querer investir em tratamentos de alto custo e de alta complexidade para usuários que sequer possuem condições de vida para manter os cuidados à saúde com a qualidade necessária para sua sobrevivência -, abordaremos a formação do Complexo Médico Industrial.

Sobre a forma como o capital investido na saúde foi se constituindo no Brasil, de acordo com os interesses presentes na sociedade burguesa, podemos começar ressaltando que o perfil de desenvolvimento tecnológico que tem se apresentado para as tecnologias em saúde é determinante de um processo dinâmico das economias capitalistas, sobretudo, aquelas que, no processo de desenvolvimento, passaram a competir de forma mais próxima a países mais avançados. Conforme nos mostra Gadelha (2012),

os interesses empresariais se movem pela lógica econômica do lucro e não para o atendimento das necessidades da saúde. A noção de complexo industrial da saúde constitui uma tentativa de fornecer um referencial teórico que permita articular duas lógicas distintas, a sanitária e a do desenvolvimento econômico. Isso porque a saúde, simultaneamente, constitui um direito de cidadania e uma frente de desenvolvimento e de inovação estratégica na sociedade de conhecimento.

Para o autor, a estrutura construída no âmbito da saúde possui um potencial amplo no que concerne à inovação tecnológica e ao comércio exterior (visto que observamos neste estudo que grande parte do fundo público do país é destinado para o pagamento da dívida externa) e a sua associação ao interesse em desconsiderar a lógica de desenvolvimento nas políticas de saúde, vem abarcando nossa preocupação, diante dos grandes impactos disso para a ameaça aos princípios do SUS, de universalidade, equidade e integralidade.

Gadelha nos revela, ainda, que a área da saúde se equipara ao Complexo Industrial-Miliar, com relação à sua importância para o desenvolvimento, para as atividades de ciência e tecnologia, inovação, geração de emprego e de renda; ou seja, são esses os maiores colaboradores do desenvolvimento econômico.

Podemos compreender com este movimento, que há uma lógica, fruto deste processo, em que o fenômeno do desenvolvimento tende a deixar a população “pagar a conta”, na medida em que esta vai tendo seus direitos restringidos, que é quando a universalidade, a equidade e, principalmente, a integralidade do atendimento à saúde

ficam ameaçadas. Isso se dá, uma vez que, na lógica capitalista concorrencial, em que as bases mercadológicas da saúde vão produzindo estas contradições, que são consequência do caráter de dependência e de subdesenvolvimento do Brasil. Assim, o que se apresenta é uma intensa apropriação privada da produção resultante do progresso tecnológico.

Desta forma, observa-se um contraditório ataque para a inovação em saúde vinculado ao desenvolvimento das forças produtivas dos setores industriais. Ou seja, percebe-se uma sensação de progresso, de avanço tecnológico do país, o que, aparentemente, poderia se entender como tendo um saldo muito positivo para área da saúde. Se se entende que avanço, processo, desenvolvimento, significa melhoria, mais qualidade, no entanto, não é esse o resultado que se dá para a política de saúde no Brasil. Ao contrário, em meio ao consumo abusivo de medicamentos e utilização abusiva de exames diagnósticos, se produz a falta de acesso aos serviços de saúde, em suas ações básicas. O acesso aos serviços de saúde é realizado através da atenção básica, que é a porta de entrada do sistema, e é, justamente, este nível de atenção que vem sendo desprivilegiado e despriorizado pelos investimentos por parte Estado no uso do orçamento público, nas suas diferentes instâncias, com privilegiamento da atenção terciária e de reabilitação.

Podemos compreender então, conforme Gadelha (2006), que não se pode tratar o padrão de desenvolvimento na sociedade do conhecimento de um lado, e o sistema de saúde, de outro, como se fossem duas dimensões independentes.

A partir da realidade apresentada pelos usuários pós-transplantados de medula óssea, que muitas vezes dão entrada no SUS pela alta complexidade, para se submeterem a um tratamento agressivo, que debilita mais ainda suas condições de vida, é que devemos pensar a saúde como estratégia de desenvolvimento do país, bem como de redução de sua relação de dependência.

Neste contexto, o que nos referencia é a concepção ampliada de saúde, que privilegia o enfoque da promoção de saúde e da prevenção de doenças, de acordo com a determinação social do processo saúde-doença e seus atravessamentos para compreensão da saúde em sua dimensão de totalidade. Desta forma, torna-se necessária a desfragmentação dos processos na área da saúde, e a superação da tendência de setorização da saúde, onde as particularidades e interesses se distinguem causando impactos calamitosos para a população usuária.

Gadelha (2006) relaciona a necessidade de articulação da lógica sanitária com a lógica econômica do desenvolvimento na área da saúde. No entanto, observamos, na forma em que estes interesses vêm se colocando num país com as particularidades econômico-sociais brasileiras, uma consequência que fragiliza a política nacional de saúde, podendo implicar não somente em riscos aos objetivos de universalidade, equidade e integralidade, como descrito por Gadelha, como em agravos as condições de vida da classe trabalhadora, devido a uma lógica de regresso da proteção social, enquanto há o progresso do desenvolvimento tecnológico. Como sintetiza o autor,

ainda há muito a avançar em uma ruptura cognitiva e política com as visões antagônicas que ainda separam em campos muito estanques as necessidades da saúde e as necessidades do País no desenvolvimento industrial. A não utilização, na prática concreta, do poder de compra associado à política de saúde para o desenvolvimento tecnológico e industrial constitui um exemplo destacado de que a dicotomia entre as duas lógicas ainda persiste. Nessa direção, a necessidade de superação desta dicotomia mostra-se essencial. Um país que pretende chegar a uma condição de desenvolvimento e de independência requer, ao mesmo tempo, indústrias e fortes e inovadoras, e um sistema de saúde inclusivo e igualitário. Este talvez seja um dos mais importantes desafios estratégicos do Sistema de Saúde brasileiro. (GADELHA, 2006, p.22)

Em oposição aos ganhos trazidos aos trabalhadores pelo SUS, ainda persiste o modelo médico assistencial voltado, prioritariamente, para a doença e centrado no âmbito hospitalar. Neste contexto, o complexo médico industrial vem também mantendo seu domínio diante do orçamento da saúde. Isso acontece com muita naturalidade, inclusive não sendo questionado por parte, não só da maioria dos envolvidos na atenção terciária – profissionais de saúde e usuários trabalhadores -, mas, principalmente, pelos partidos e organismos de representação dos trabalhadores e movimentos sociais. Neste sentido, a maior parte dos recursos são utilizados para compra de medicamentos, insumos, equipamentos, para a construção de novas unidades de saúde, principalmente de alta complexidade, para que este material, possa ser utilizado cada vez de forma mais acelerada. Este fenômeno se dá sem que se considere a utilidade, o custo benefício, em relação ao perfil epidemiológico da população atendida. (VASCONCELOS, 2012, p. 533)

Esta é uma temática difícil, uma vez que o modelo médico assistencial privatista compõe uma vertente hegemônica voltada ao ambiente hospitalar e ao predomínio de procedimentos curativos, invasivos e de reabilitação, em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde, conforme mencionado anteriormente neste estudo.

Neste contexto, o assistente social, bem como os demais profissionais de saúde, vem sendo requisitado para uma prática subordinada à prática médica, onde esta vai ser sempre a primeira a ser requisitada. Sendo assim, a atuação do assistente social é direcionada a uma espécie de auxiliar de uma prática médica curativa individualizada, mediada pela tecnologia de alta complexidade. (VASCONCELOS, 2012, p. 535)

Revela-se no modelo assistencial vigente uma subserviência de todos os profissionais de saúde ao desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade que (1) propicia a mercantilização e o empresariamento da saúde por meio da locação preferencial dos recursos para a compra dos serviços aos prestadores privados (principalmente os de alto custo, [...]); (2) privilegia a compra de equipamentos, medicamentos e insumos, também de alto custo (vide Rede Sara, sistema INCA, tratamento de Aids e sistema traumatológico), e (3) privilegia, ainda, a compra em massa de medicamentos dos mais simples [...] aos mais sofisticados [...], ao mesmo tempo em que inviabiliza o atendimento nas unidades de atenção básica e Programas de Saúde da Família (onde reina a equipe mínima) [...] (VASCONCELOS, 2012, p. 535-536)

No entanto, há também um terreno fértil para a continuidade e desenvolvimento deste modelo voltado para o Complexo Médico Industrial, uma vez que há uma hegemonia ideológica que fragmenta e descontextualiza o processo saúde-doença na sociedade. Isso se dá na medida em que se constrói a interpretação de que é importante desenvolver um padrão potencial de investimentos em tecnologias voltadas para o tratamento e cura, diante dos altos números de incidência de doenças crônicas graves na população.

Assim, a inversão da lógica do SUS está situada no fato de que se a prioridade de investimentos se desse nas ações voltadas para a prevenção e promoção de saúde, na atenção básica de qualidade, se reduziria significativamente os índices de incidência e mortalidade, por doenças crônicas que são altamente evitáveis, preveníveis, enxugando assim o quantitativo de pessoas nas filas, e demandas para tratamentos de alto custo, reduzindo, conseqüentemente, a necessidade deles.

Contudo, se a lógica do SUS constitucional fosse mantida, essa manutenção se daria em desacordo com a perspectiva de manter a saúde como uma potencial área de negócios, como uma interessante mercadoria, objetivando lucros gradativamente maiores, na proposta de valorização e concentração do capital. Podemos observar então uma realidade em que a forma em que são aplicados os investimentos na área da saúde revela que o interesse não está centrado na garantia

da saúde da população, atendendo os princípios e as diretrizes do SUS, mas sim, em atender aos interesses burgueses de acumulação capitalista.

No tocante ao que concerne à atuação dos assistentes sociais na área da saúde, mais exatamente na alta complexidade, neste terreno tão contraditório, sobretudo quando o relacionamos às particularidades da nossa formação, do caráter social da profissão e ao nosso compromisso sociocêntrico, se vislumbra um desafio cotidiano à categoria, no sentido de manter privilegiada a nossa vinculação ao SUS constitucional e ao projeto profissional do Serviço Social; projeto que oferece o direcionamento político de nossas ações e que revela o compromisso com os interesses da classe trabalhadora. Conforme aponta Vasconcelos (2012, p. 523):

Difícil não foi nem está sendo abordar os problemas que os assistentes sociais suportam e, frequentemente, não conseguem superar no exercício profissional; o difícil é e está sendo, para todos nós que almejamos práticas articuladas aos interesses históricos da classe trabalhadora, numa sociedade tão complexa e contraditória que submete e aliena a todos nós, contribuir para enfrentarmos nossas fragilidades individuais e coletivas e aproveitar nossas potencialidades e possibilidades, como profissionais de nível superior, na busca de, como aclara Iasi (2010, p. 82), “desenvolver ações que possam [contribuir para] preparar a necessária ruptura e, enquanto isso, resistir ao estranhamento e à exploração”.

Neste sentido, o caminho é construir estratégias de ação que contribuam para desvelar possibilidades de enfrentamento das iniquidades na saúde e que impactam a realidade social dos sujeitos que são usuários do Sistema Único de Saúde. Pode parecer óbvio este apontamento, contudo não é tão óbvio para o conjunto dos assistentes sociais que são requisitados constantemente para um exercício profissional que reproduza mecanismos que contribuem para o aprofundamento da naturalização da exploração e da dominação de classe. A atuação num centro de transplante de medula óssea vem deixando clara esta característica, o que nos faz refletir sobre o cuidado com nosso comprometimento ético-político, cotidianamente.

Contudo, se o profissional consegue pensar sua prática e, criticamente, situar sua atuação neste complexo de contradições, que é parte indissociável da forma societária em que estamos inseridos, já representa um ganho para a construção de mecanismos e estratégias de enfrentamento a esta estrutura contraditória do sistema de saúde em que trabalham os assistentes sociais e os demais profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado junto aos usuários transplantados de medula óssea no Sistema Único de Saúde possibilitou conhecer os impactos causados por um tratamento de saúde de alta complexidade na realidade de trabalhadores e suas famílias, já tão comprometidos com as condições precárias de vida e de trabalho. Um fenômeno que tanto causa a angústia e que motivou este estudo.

Os trabalhadores e trabalhadoras, diante da necessidade de acesso a bens e serviços, se encontram diante de políticas sociais que se estruturam no modo de produção capitalista sob a égide do acirramento neoliberal e ameaçam ainda mais a consolidação dos padrões de proteção social engendrados através dos direitos sociais conquistados historicamente através da luta da classe trabalhadora.

Frente a projetos em disputa, o projeto Neoliberal/Privatista insiste em operacionalizar a saúde com caráter de mercadoria, pois, considerando o desenvolvimento tecnológico na área biomédica, utiliza desse desenvolvimento, não para evitar doenças e promover saúde, mas para investir em procedimentos de cura, de alto custo, em busca de lucros em larga escala.

Podemos concluir, então, que de fato a tendência é de produção e incentivo ao uso de tecnologias, seguindo a lógica de recuperação do atraso do capitalismo no país, numa política de desenvolvimento, porém conservando o caráter de dependência do capital nacional de capitais externos. Neste sentido, o orçamento público converge para reprodução capitalista, através da veiculação de insumos, máquinas, material e processos que objetivem desenvolvimento econômico para acumulação de capital, ao invés de aplicação da tecnologia em prol de investimentos que garantam o acesso a serviços públicos e políticas sociais que produzam condições dignas de vida.

Assim, se, como vimos, de acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil é referência mundial na área de transplantes e possui o maior sistema público de transplantes do mundo, com cerca de 96% dos procedimentos de todo o País financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que explica que este mesmo país não tenha uma rede de assistência básica forte, sendo que ela é tão barata, diante dos gastos impostos ao Estado pela sua falta?

Por outro lado, no TMO, o indivíduo é exposto a uma debilidade de saúde, que carece de muitos cuidados e condições específicas para a vida após o procedimento.

Desse modo, nos perguntamos, o que leva um sistema de saúde a realizar um procedimento de altíssimo custo, sem se importar com a falta de condições que o indivíduo já traz em si – resultado de péssimas condições de vida e de trabalho, ou seja, resultante da vivência das expressões da questão social -, e que serão agravadas pelo procedimento? Se, sem condições de saúde, ao ser submetido a um procedimento altamente complexo, o indivíduo vai a óbito ou vai necessitar de novo transplante, a razão de realizar o procedimento não seria somente a movimentação do capital que circula através do TMO?

Diante dessas questões, não se reivindica o não investimento na atenção terciária; o que se reivindica é a ampliação do investimento na atenção primária/básica o que resultaria na diminuição da necessidade de procedimentos na atenção terciária e de reabilitação. Mas, o que se observa na política de saúde nos anos 2019 é o governo entregando a prestação direta de serviços de atenção primária para os planos de saúde.²³ Assim, avanços tímidos obtidos com a atenção primária, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a Política Nacional de Imunização (PNI), com a Vigilância Epidemiológica e Sanitária, com a Assistência Farmacêutica, correm o risco de serem aniquilados, principalmente, com a PEC 95 que, aprovando a austeridade como princípio constitucional, congelou os gastos por 20 anos, subjugando as necessidades de individuais e coletivas às metas fiscais. Uma realidade que coloca em risco a própria continuidade do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Buscando desvelar os desafios apresentados para a prática do assistente social neste contexto, conforme Vasconcelos (2012), somente na direção ético-política revelada nos onze princípios constantes do Código de Ética do assistente social, é que podemos vislumbrar os caminhos necessários e as possibilidades de uma prática profissional crítica, criativa e propositiva. A autora referencia para esta compreensão, a análise lukacsiana que põe a práxis como determinante e condicionante da emancipação humana. A autora sinaliza que os princípios do código de ética do assistente social devem ser tomados e compreendidos de forma indissociável nas suas relações e conexões necessárias, bem como nas referências teórico-metodológicas fundadas na teoria social de Marx.

²³ Ver <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/essencial/rede-de-medicos-populares-denuncia-novo-programa-de-bolsonaro-em-nota/>; consulta em agosto de 2019.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996) demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.

As competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção, com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio histórico em que se situa sua intervenção, para além da apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade, bem como a análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país, as particularidades regionais, a compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade e a identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

Não podemos deixar de considerar que as expressões da questão social são constitutivas do capitalismo e que não se suprime a primeira, enquanto a segunda se mantiver.

Na sociedade capitalista os profissionais de saúde, assim como o assistente social, estão submetidos a uma condição de subalternidade; subalternos com relação aos interesses capitalistas, ao mesmo tempo em que são requisitados a auxiliar o desenvolvimento da sua dinâmica; neste contexto, são chamados a atuar, na saúde, prioritariamente, nas instituições de alta complexidade. Este mecanismo tem

provocado impactos nefastos para a garantia da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, bem como para consolidação do Sistema Único de Saúde como política pública, universal e com controle social, conforme ainda assegurado na CF de 1988. (VASCONCELOS, 2012, p. 528)

Os profissionais de saúde, assim como toda a classe trabalhadora, têm sua subjetividade atacada e desmontada; têm seus compromissos ético-políticos e deveres destruídos pelos interesses do capital, o que os remete a práticas individualistas, focando a realidade imediata, descontextualizadas dos processos que determinam o adoecimento e da realidade social dos usuários que se submetem a tratamentos de saúde complexos e debilitantes. Desta forma, como profissionais assalariados, são induzidos a submeterem o conhecimento apropriado e produzido aos interesses de acumulação, em detrimento da prestação de serviços de qualidade à sociedade. Neste contexto,

tão importante quanto apreender as profissões no contexto da contraditória sociedade do capital é deixar claro que é na própria contradição de interesses entre capital e trabalho que está a possibilidade, como sinalizado por Marilda Vilela lamamoto, desde 1979 (lamamoto, In: lamamoto e Carvalho, 1983), de uma prática social (a prática dos profissionais como sua parte e expressão) que fortaleça os trabalhadores e seus interesses históricos. (VASCONCELOS, 2012, p. 529)

Importante salientar que, questionar a realização do transplante de medula óssea (um procedimento de alta complexidade que submete o usuário a condição de extrema debilidade, gerando muitas novas necessidades), sem considerar a forma de vida em que já é submetido o usuário a ser transplantado (usuário vivendo com falta de recursos e de acesso às políticas sociais, bem como, acesso a bens e serviços essenciais), não significa dizer que os usuários submetidos a condições socioeconômicas aviltantes tenham negado o seu direito de realizar tratamento de saúde complexo e de alto custo; significa deixar claro que eles necessitam de condições necessárias, independentemente do custo e da complexidade das respostas, para recuperar sua saúde e manter-se vivo.

O que buscamos problematizar no estudo é que, para direcionar a assistência a saúde de forma equânime, garantindo a saúde como um direito, devemos mais do que oferecer acesso a tratamentos de alta complexidade, mas, considerando os impactos que eles vão causar na vida dos usuários que já possuem a realidade atravessada por diversas expressões da questão social - o que limita sua qualidade de vida e os coloca recorrentemente em posição desigual na sociedade -, buscar a

defesa e a garantia dos direitos sociais que sustentem condições de vida dignas e criar possibilidades para reorganização das condições de vida e de trabalho da população trabalhadora, em busca de eliminação das desigualdades de classe.

Daí a necessidade de garantir a saúde conforme expresso no artigo 196 da CF como “direito de todos e dever do estado”, com garantia de “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, com base em determinadas diretrizes (art. 198, CF): 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. (VASCONCELOS, 2012, p. 532)

No entanto, para desvelar possibilidades de enfrentamento dessas contradições no âmbito da área da saúde, nós, enquanto profissionais vinculados ao projeto ético-político, comprometidos com os interesses da classe trabalhadora, devemos apreender a realidade, direcionando análise crítica do movimento que determina a conformação das políticas sociais no modo de produção capitalista, especialmente, observando as características postas pelo projeto neoliberal, que atenuam a relação público-privado, desmantelando de forma agressiva e gradativa o acesso à proteção social por parte da classe trabalhadora.

A população usuária do SUS, ao se submeter a transplante de medula óssea, não conta com condições para custear as novas necessidades resultantes do transplante, uma vez que as condições já são insuficientes para suprir até mesmo as condições básicas de vida. Os usuários entrevistados já viviam uma realidade de falta de acesso a direitos garantidos por lei, como o acesso a atenção à saúde básica, bem como colocados em condições de vida precarizada, sem renda e trabalho. Assim, quando expostos à agressividade de um TMO, estes trabalhadores, com menos condições de se manterem assistidos em suas necessidades, como vimos, estão quase todos mortos. Ou seja, quatro dos cinco transplantados vieram a óbito, todos num espaço de tempo de menos de três anos, após o TMO, e tendo vivido este período pós-transplante sem qualidade, subordinados a constantes intercorrências causadas pela doença e, principalmente, pelos agravos do procedimento.

Mesmo com este cenário, o que observamos é um constante crescimento no campo das tecnologias de alta complexidade no SUS, com aumento gradativo do número de leitos em unidades, e número de transplantes realizados, com grande incentivo do poder público para tal. E vemos ainda, ao mesmo tempo, um fenômeno

cada dia mais atual de desmonte do nível primário da saúde, onde se situam as ações fundamentais para a saúde básica, com prevenção de doenças e promoção de saúde. Nos parece então, não ser interessante a prevenção de doenças, pois mesmo estas ações possuindo baixo custo para o Estado, se elas fossem realmente efetivas, menores seriam os números de pessoas adoecidas, o que não justificaria a necessidade de grandes investimentos em procedimentos altamente invasivos, complexos e de alto custo, destinados a uma população deserdada da atenção básica que lhe permitiria usufruir com qualidades das conquistas tecnológicas na saúde.

Ressaltamos aqui, a necessidade de investigar o número de trabalhadores que não consegue acesso, não só ao nível secundário e terciário em saúde, mas a medicamentos, a exames simples que poderiam salvar sua vida etc., na medida em que não existe garantia de referência e contra referência na rede de atenção à saúde, o que, por motivos de tempo, não pudemos aprofundar aqui.

Diante do complexo tema estudado, é possível compreender que diante de todas as mediações envolvidas e particularidades da sociabilidade vigente, principalmente ao considerarmos as tendências que têm sido engendradas à seguridade social brasileira, o investimento em propostas terapêuticas de alta complexidade e alto custo como o transplante de medula óssea, mais atendem à acumulação capitalista do que à recuperação da saúde da população.

A partir desta perspectiva teórico-metodológica, capaz de realizar a apreensão destes fenômenos de forma histórico-crítica, considerando de forma intrínseca a sociabilidade vigente, nos tornamos capazes de desvelar possibilidades de intervenção, condicionadas ao caráter político da profissão, buscando estratégias e instrumentos que contribuam para a defesa e consolidação do SUS, através de ações de controle social, fortalecimento da participação e organização política da classe trabalhadora.

Neste sentido, apesar de aqui neste estudo não termos a intenção de esgotamento do assunto, devido à complexidade de suas expressões, e a dinamicidade relacionada ao contexto histórico-político do país, podemos contribuir para a reafirmação da verdadeira lógica do SUS, garantida em lei, potencializando a luta política pela transformação da legislação em realidade, em contraposição à contemporânea inversão da lógica do sistema, que vem construindo a destruição de uma das maiores conquistas dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiras. Assim,

deixamos aqui registrada a necessidade de aprofundamento e continuidade do estudo, diante da relevância e atualidade do tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz T. de. Considerações iniciais para o exame do processo de trabalho do Serviço Social. **Serviço e Sociedade**, São Paulo, Cortez, ano XVII, n. 52, p. 24-47, dez. 1996.

ALBUQUERQUE, G. **A produção social do humano e a determinação da saúde e da doença**. 2009. Disponível em: <https://foradasala.files.wordpress.com/2011/10/guilherme-albuquerque-a-produc3a7c3a3o-social-do-humano-e-a-determinac3a7c3a3o-da-sac3bade-e-da-doenc3a7a.pdf>

ALENCAR, Mônica Maria Torres de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 61-78.

BARBOSA, S. M. et al. Análise de custos do transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On line**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1642-1654.

BRASIL. Câmara dos deputados. Licença para acompanhar familiar doente pode passar a valer para trabalhador celetista. 2016. Radioagência. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/503060-LICENCA-PARA-ACOMPANHAR-FAMILIAR-DOENTE-PODE-PASSAR-A-VALER-PARA-TRABALHADOR-CELETISTA.html>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

_____. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

_____. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

_____. **Política Nacional de Atenção Oncológica – Portaria 2439 / GM de 08 de dezembro de 2005**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html

_____. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria Nº 874, DE 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2007.

BREILH, J. **Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na determinação social da saúde.** 2008.

_____. **Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade.** Entrevista a Cátia Guimarães e Raquel Júnia. Conferência Mundial de Determinantes Sociais em saúde. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, out, 2011. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/precisamos-ter-um-novo-viver-com-taxas-de-crescimento-menos-agressiva-mas-com-mais-qualidade>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

BEHRING, E. R. **A Política Social no capitalismo contemporâneo: um balanço crítico-bibliográfico.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Escola e Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

_____. **Política Social no capitalismo tardio.** São Paulo: Cortez, 1998

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social).

CASTELO, R. **Subdesenvolvimento, capitalismo dependente e revolução: Florestan e a crítica da economia política desenvolvimentista.** 2012. Disponível em: <http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2012/11/R-C-Branco-FF.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2019

CAMPOS. L. G. et al. Sobrevida de pacientes submetidos a transplante alogênico de medula óssea. **Rev HCPA 2009**, p. 127-132

CFESS/CRESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde.** Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf

CFESS. **Resolução Nº 273 de 13 março de 1993.** Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf

CZERESNIA, D. **O Conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2019.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1987

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, número especial, p. 11-23, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400003

GARBOIS, J. A. et al. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt/>

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, ano XX, n. 62, 2000.

_____. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo. Editora Cortez. 2000.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. pp.341

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

INCA, 2018. **Incidência de Câncer no Brasil**. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018

INCA. **Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea**. REDOME. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://redome.inca.gov.br/o-redome/conheca-o-redome/>. Acesso em: 08-09-2019.

LESSA, S. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2007. p.80-105.

LIMA, R. de C. C. A Biografia do Projeto de Intervenção Orientado pelo Projeto Profissional Hegemônico. In: RAMOS, A; SANTOS, F. H. C. (Org.) **A Dimensão Técnico-Operativa no Trabalho do Assistente Social: ensaios críticos**. São Paulo, Papel Social, 2018. Artigo 5.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013

MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Pg. 225-246.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. 2. Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. (Os Economistas). Pg. 265-307

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas no Serviço Social. In: _____ . (org) **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Vera, 1999.

MARQUES LF, Barbosa SSM, Schutz V et al. Custo-minimização do Transplante alogênico de células -tronco com a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1923-30, jul., 2018.

MARX, K. **Para a crítica da economia política. Salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Col. Os economistas)

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã. 1845-1846**. crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas. São Paulo. Boitempo, 2007.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça o Centro de Transplante de Medula Óssea: Orientações aos pacientes**. 3. ed. Rio de Janeiro-RJ: INCA, 2014

MINISTÉRIO A SAÚDE. **Doação de Órgãos**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>. Acesso em 25-05-2019.

_____. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

_____. **Governo vai triplicar leitos para transplante de medula óssea**. Saúde. 2015. Disponível em: <http://legado.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/01/governo-vai-triplicar-leitos-para-transplante-de-medula-ossea>. Acesso em 20-06-2019.

_____. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), financiamento para a ampliação do acesso ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alogênico não aparentado. **Portaria 2.758, de 11 de dezembro de 2014**. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_12.12.2014-l.pdf. Acesso em: 15-07-2019.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e Questão Social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MOTA, A. E. 80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 39-53, jan/abr 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-sssoc-128-0039.pdf>

MOTA, A. E.; AMARAL, A. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, A. E. (Org.). **A Nova Fábrica de Consensos**. São Paulo, Cortez, 1998.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. In: Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.141-160

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. **Revista Temporalis**, n. 3, 2003.

_____. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo. Expressão popular, 2011

NETTO, J. P.; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social, n. 1.)

REZENDE, M de J. **Imunodepressão, Imunossupressão. Linguagem Médica. Revista de Patologia Tropical**, v. 40, n. 2, p. 199-201. abr./jun. 2011. Disponível em: https://revista.iptsp.ufg.br/up/63/o/2011_40_2_199_201.pdf

SALVADOR, E. da S. Fundo Público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serv. Soc. Rev.** Londrina, v.14, n.2, p. 504-522, jan./jun. 2012.

SBTMO – Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea. **Pesquisadores publicam estudo sobre ranking de risco no pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://sbtmo.org.br/release.php?id=18>. Acesso em 01 de junho de 2019.

SILVA, L. R. M. G.; REGO, T. F.; CARVALHO, J. R. M. O custo do Programa de Saúde da Família e os recursos da União: um estudo em uma equipe do PSF de Mosoró/RN. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 21, 17-19 nov. 204, Natal. **Anais...** Natal, 2014.

SILVA, J. C. da.; OLIVEIRA, L. F.; ALCANTARA, L. da S.; MONTEIRO, M. V. de C. Judicialização da Saúde direitos Humanos: elementos para o debate. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, VIOLÊNCIA E POBREZA, 6., 2016, Rio de Janeiro. **A Situação das Crianças e adolescentes da**

América Latina hoje. Rio de Janeiro: Editora Rede Sírius/UERJ, 2016. ISBN 97885-5676-003-6. Disponível em: [http://www.proealc.etc.br/VI_SEMINARIO/assets/pdfs/gtii/Jorge %20Cavalcante%20da%20Silva%20et%20al%20GT02.pdf](http://www.proealc.etc.br/VI_SEMINARIO/assets/pdfs/gtii/Jorge%20Cavalcante%20da%20Silva%20et%20al%20GT02.pdf)

SILVA, M. de M.; BOLZAS, L. F. S.; FILGUEIRA, A. L. Manifestações tegumentares da doença enxerto contra hospedeiro em pacientes transplantados de medula óssea. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n.1 Jan./Fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0365-05962005000100010

SOUZA, M. V. Serviço Social em transplante de medula óssea: pressupostos para sistematização das práticas dos assistentes sociais na Equipe Interdisciplinar. Realidade ou Utopia? **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 72, n. esp., 2015.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social:** Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: _____. **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 242-272.

_____. **A/O assistente social na luta de classes:** Projeto profissional e mediações teórico-práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

USP. **Comissão de Direitos Humanos - Biblioteca Virtual de direitos Humanos, Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS-WHO) -1946,** Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saudeomswho.html>

ANEXO – Roteiro semiestruturado para as entrevistas

1. IDENTIFICAÇÃO

- Idade
- Escolaridade
- Diagnóstico
- Tipo e tempo de TMO
- Atividade laborativa

2. QUESTÕES A SEREM ABORDADAS

- Local de residência/moradia
- Alimentação
- Rede de Cuidados/Cuidador – Autonomia do usuário
- Constituição Familiar
- Transporte (deslocamento)
- Mobilidade
- Situação Habitacional.
- Situação Econômica.
- A inclusão em programas e políticas sociais.

OBS: Outros aspectos poderão ser abordados durante as entrevistas, a depender da forma como se desenvolverá as mesmas com cada participante. Porém, estes aspectos respeitarão sempre a liberdade e segurança do entrevistado em respondê-las, e terão sempre o propósito de responder aos objetivos da pesquisa.