

The cover of the journal 'Revista Inclusiones' features a background of a topographic map with various terrain lines and colors. A dark blue diagonal band runs across the upper right portion of the cover. In the lower-left quadrant, there is a photograph of a white coffee cup filled with dark coffee, sitting on a matching saucer. A pen is visible in the bottom left corner, resting on a piece of paper with some faint handwriting. The title 'REVISTA INCLUSIONES' is printed in large, bold, white capital letters across the center of the map.

REVISTA INCLUSIONES

HOMENAJE A CHRISTIAN DANIEL CWIK

Revista de Humanidades y Ciencias Sociales

Volumen 8 . Número Especial

Abril / Junio

2021

ISSN 0719-4706

CUERPO DIRECTIVO

Director

Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda
Universidad Católica de Temuco, Chile

Editor

Dr. Alex Véliz Burgos
Obu-Chile, Chile

Editores Científicos

Dr. Luiz Alberto David Araujo
Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Brasil
Drdo. Mario Lagomarsino Montoya
Universidad de Valparaíso, Chile
Universidad Adventista de Chile, Chile

Editor Europa del Este

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev
Universidad Suroeste "Neofit Rilski", Bulgaria

Soporte Técnico

Lic. Rodrigo Arenas López
Obu-Chulr, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero
Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Portada

Lic. Graciela Pantigoso de Los Santos
Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza
Universidad de Chile, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado
Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto
Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Nidia Burgos
Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Francisco José Francisco Carrera
Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González
Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy
Universidad de La Serena, Chile

Mg. Cecilia Jofré Muñoz
Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya
Universidad Adventista de Chile, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach
Universidad de Potsdam, Alemania
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín
Universidad de Santander, Colombia

Ph. D. Natalia Milanesio
Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Eleonora Pencheva
Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira
Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga
Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona
Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra
Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz
Universidad del Salvador, Argentina

Ph. D. Stefan Todorov Kapralov
South West University, Bulgaria

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Adolfo A. Abadía

Universidad ICESI, Colombia

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu

Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez

Universidad de Barcelona, España

Dr. Javier Carreón Guillén

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie

Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar

Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México

Dr. Adolfo Omar Cueto

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo

Universidad de Chile, Chile

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandía

Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. Antonio Hermosa Andújar

Universidad de Sevilla, España

Dra. Patricia Galeana

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau

Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg

Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia

Universidad de California Los Ángeles, Estados Unidos

Dr. Francisco Luis Girardo Gutiérrez

Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

José Manuel González Freire

Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera

Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

+ Dr. Miguel León-Portilla

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura

Instituto de Estudios Albacetenses "Don Juan Manuel", España

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros

Diálogos em MERCOSUR, Brasil

+ Dr. Álvaro Márquez-Fernández

Universidad del Zulia, Venezuela

Dr. Oscar Ortega Arango

Universidad Autónoma de Yucatán, México

Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut

Universidad Santiago de Compostela, España

Dr. José Sergio Puig Espinosa

Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Francesca Randazzo

Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

Dra. Yolando Ricardo

Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha

Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix

*Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades
Estatales América Latina y el Caribe*

Dr. Luis Alberto Romero

CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig

Dilemas Contemporáneos, México

Dr. Adalberto Santana Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Josep Vives Rego

Universidad de Barcelona, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Dra. Elían Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Romyana Atanasova Popova

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Ana Bénard da Costa

Instituto Universitario de Lisboa, Portugal

Centro de Estudios Africanos, Portugal

Dra. Alina Bestard Revilla

*Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte,
Cuba*

Dra. Noemí Brenta

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec

INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dra. Ada Gallegos Ruiz Conejo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Dra. Carmen González y González de Mesa

Universidad de Oviedo, España

Ph. D. Valentin Kitanov

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Gino Ríos Patio

Universidad de San Martín de Porres, Perú

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta

Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. Vivian Romeu

Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. María Laura Salinas

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

**REVISTA
INCLUSIONES** M.R.
REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

Dr. Stefano Santasilia

Universidad della Calabria, Italia

Mg. Silvia Laura Vargas López

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

Dra. Jaqueline Vassallo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Dr. Evandro Viera Ouriques

Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez

Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec

Universidad Wszechnica Polska, Polonia

Indización, Repositorios Académicos/Universitarios y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:





REX



UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN



Universidad de Concepción



BIBLIOTECA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



ORES



uOttawa

Bibliothèque Library



**TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E LÓGICA INVERTIDA DO SUS:
DESAFIOS PARA A PRÁTICA DO PROFISSIONAL**

**BONE MARROW TRANSPLANTATION AND INVERTED LOGIC OF SUS:
CHALLENGES FOR THE PRACTICE OF THE PROFESSIONAL**

Mg. Priscilla Bezerra da Silva dos Santos Maia

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil
ORCID: 0000-0001-5959-9538
priscillabssmaia@gmail.com

Dra. Ana Maria de Vasconcelos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8907-1694>
ana@vasconcelos.blog.br

Dra. Luciana da Silva Alcântara

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil
ORCID: 0000-0001-8957-4104
luerj2004@yahoo.com.br

Fecha de Recepción: 10 de junio de 2020 – **Fecha Revisión:** 26 de junio de 2020

Fecha de Aceptación: 17 de enero de 2021 – **Fecha de Publicación:** 01 de abril de 2021

Resumo

O estudo foi realizado a partir da experiência vivida na residência multiprofissional em oncologia. Nosso objetivo é analisar a inversão da lógica do SUS na materialização do TMO, abordando o papel do assistente social que opta pelo projeto ético-político profissional, diante de contradições, limites e possibilidades postos em prática em saúde, em uma unidade de transplante. Para tanto, abordamos as condições socioeconômicas para manter a vida com qualidade do usuário transplantado e os desafios de agir contra as políticas sociais e as tendências em saúde. Para atingir esses objetivos, precisamos identificar os impactos sofridos pelos usuários após o TMO, o custo, a análise das políticas sociais na conjuntura atual e as tendências assumidas, principalmente na área da saúde. Resultados: Com a prioridade quase exclusiva de realizar o TMO, sem garantir as condições socioeconômicas para o usuário apoiar o transplante e sobreviver, a lógica do SUS é invertida. Assim, se fosse dada prioridade aos investimentos em ações voltadas à prevenção e promoção da saúde, as taxas de incidência e mortalidade por doenças crônicas seriam reduzidas significativamente, reduzindo a quantidade de demandas por tratamentos de alto custo, diminuindo, conseqüentemente, sua necessidade. No entanto, se a lógica do SUS constitucional fosse mantida, impactaria a perspectiva de manter a saúde como uma área de negócios potencial, como uma mercadoria interessante, visando lucros gradualmente mais altos, na proposta de valorização e concentração de capital. Conclusão: Observamos que a maneira como os investimentos em saúde são aplicados revela que o interesse não se concentra em garantir a saúde da população, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS, mas em atender aos interesses burgueses da acumulação capitalista.

Palavras-Chave

Serviço Social – Transplante de Medula Óssea – Sistema Único de Saúde – Projeto Profissional

Abstract

The study was conducted from the experience lived in the multiprofessional residence in oncology. 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 socioeconomic conditions for maintaining life with quality of the transplanted user and the challenges of acting against social policies and trends in health. In order to achieve these goals, we need to identify the impacts suffered by users after the BMT, the cost, the analysis of social policies in the current conjuncture and the trends assumed, especially in the health area. Results: With the almost exclusive priority of performing BMT, without guaranteeing the socioeconomic conditions for the user to support the transplant and survive, the logic of SUS is reversed. Thus, if the priority of investments was given to actions aimed at prevention and health promotion, the incidence and mortality rates for chronic diseases would be significantly reduced, thus reducing the amount of demands for high cost treatments, reducing, consequently, their need. However, if the logic of constitutional SUS were maintained, it would impact the prospect of maintaining health as a potential business area, as an interesting commodity, aiming for gradually higher profits, in the proposal of capital appreciation and concentration. Conclusion: We note that the way in which investments in health are applied reveals that the interest is not focused on ensuring the health of the population, meeting the principles and guidelines of the SUS, but on meeting the bourgeois interests of capitalist accumulation.

Keywords

Social Work – Bone marrow transplant – Health Unic System – Professional Project

Para Citar este Artículo:

Maia, Priscilla Bezerra da Silva dos Santos; Vasconcelos, Ana Maria de y Alcântara, Luciana da Silva. Transplante de medula óssea e lógica invertida do sus: desafios para a prática do profissional. Revista Inclusiones Vol: 8 num Especial (2021): 76-99.

Licencia Creative Commons Attribution Non-Comercial 3.0 Unported

(CC BY-NC 3.0)

Licencia Internacional



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.

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.²

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.

¹ INCA, Conheça o Centro de Transplante de Medula Óssea: Orientações aos pacientes, 3ªed., (Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014). O transplante é indicado para tratamento de doenças do sangue, como linfomas, leucemias, alguns tipos de anemia, entre outras.

² Margareth Viana de Souza, “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, Vol: 72 (2015).

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)³, 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 recuperação⁴, 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”.⁵

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 incidência⁶ e perspectivas de aumento gradativo dessas taxas nos próximos anos.

³ 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).

⁴ Brasil, Constituição da República Federativa de 1988, Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 10.05.1998. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

⁵ Brasil, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

⁶ 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,

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.

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? De custear a nova condição de vida imposta pelo transplante? São questões a serem abordadas durante este estudo.

Seguridade Social, Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde e Serviço Social

Como podemos apreender em Florestan Fernandes⁷, a situação política, econômica e social dos países periféricos, como a realidade brasileira, caracterizada 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.⁸ 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. Castelo⁹ 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.”¹⁰

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: Rodrigo Vizen e Magê Flores, “O que significam as mudanças sobre agrotóxico no país? Ouça podcast”, São Paulo: Folha de São Paulo, 29.07.2019. <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2019/07/o-que-significam-as-mudancas-sobre-agrotoxico-no-pais-ouca-podcast.shtml>; (29.07.2019)

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

⁸ R. Castelo, “Subdesenvolvimento, capitalismo dependente e revolução: Florestan e a crítica da economia política desenvolvimentista”, (2012). <http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2012/11/R-C-Branco-FF.pdf>. (14.06.2019)

⁹ R. Castelo, “Subdesenvolvimento, capitalismo dependente e revolução... 9.

¹⁰ R. Castelo, “Subdesenvolvimento, capitalismo dependente e revolução... 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 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.

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 capital¹¹. 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.

Como mostram Behring e Boschetti¹², 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

¹¹ Paulo Netto José e Marcelo Braz, Economia política: uma introdução crítica (São Paulo: Cortez, 2006).

¹² Elaine Behring e Ivanete Boschetti, Política Social: fundamentos e história, 9ªed. (São Paulo: Cortez, 2011).

apresentados para a abordagem da política social, se faz relevante para nortear nossos direcionamentos, enquanto parte deste processo.

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.

Seguridade Social, Saúde e Serviço Social

No final do século XIX, a saúde já se apresenta como pautas de lutas do movimento operário. Somente em 1920 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.

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.”¹³

¹³ Brasil, Constituição da República...

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.”¹⁴

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. 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 consigamos 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.

¹⁴ Maurílio Castro Matos, Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional (São Paulo: Cortez, 2013).

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.

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%).

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 ¹⁵

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. 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. 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.

¹⁵ Brasil, Incidência de Câncer no Brasil, Estimativa 2018 (Brasília: Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018).

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.

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.

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.¹⁶

¹⁶ Brasil, Doação de Órgãos, Brasília: Ministério da Saúde, 2016. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>. (25.05.2019)

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.¹⁷ 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)¹⁸. 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 várias medidas de suporte que irão determinar o custo final do procedimento.¹⁹

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 Marques, Barbosa, Schutz et al.²⁰

¹⁷ Brasil, Doação de Órgãos...

¹⁸ 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. <http://redome.inca.gov.br/o-redoe/conheca-o-redome/>. (08.08.2019)

¹⁹ L. F. Marques; S. S. M. Barbosa; V. Schutz e R. C. L. Silva, "Custo-minimização do Transplante alogênico de células -tronco com a implementação da sistematização da assistência de enfermagem", Rev enferm UFPE on line, Vol: 12 num 7 (2008): 1923-30.

²⁰ L. F. Marques; S. S. M. Barbosa; V. Schutz e R. C. L. Silva, "Custo-minimização..."

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.²¹

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%.²² 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.²³

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.

²¹ L. F. Marques; S. S. M. Barbosa; V. Schutz e R. C. L. Silva, “Custo-minimização...”

²² Jorge C. da Silva, Laura F. de Oliveira, Luciana da Silva Alcantara e Márcia V. de C. Monteiro, “Judicialização da Saúde direitos Humanos: elementos para o debate”. em Seminário Internacional de Direitos Humanos, Violência e Pobreza. A Situação das Crianças e adolescentes da América Latina hoje. (Rio de Janeiro: Editora Rede Sírius/UERJ, 2016). http://www.proealc.etc.br/VI_SEMINARIO/assets/pdfsgtiii/Jorge%20Cavalcante%20da%20Silva%20et%20al%20GT02.pdf

²³ Brasil, *Doação de Órgãos...*

De acordo com pesquisa realizada por Marques, Barbosa e Schutz²⁴, 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).

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.

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 compromissados 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.

²⁴ L. F. Marques; S. S. M. Barbosa; V. Schutz e R. C. L. Silva, “Custo-minimização...
MG. PRISCILLA BEZERRA DA SILVA DOS SANTOS MAIA / DRA. ANA MARIA DE VASCONCELOS
DRA. LUCIANNA DA SILVA ALCÂNTARA

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.

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.

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 Gadelha²⁵, 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.

²⁵ C. A. G. Gadelha, "Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial", Rev. Saúde Pública, Vol: 40 (2006): 11-23 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400003

Gadelha²⁶ 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.

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.²⁷

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.

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. 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.

²⁶ C. A. G. Gadelha, "Desenvolvimento, complexo industrial da saúde... 11-23

²⁷ Ana Maria Vasconcelos, A Prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde, 8ªed. (São Paulo: Cortez, 2012), 533.

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.

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, mas o que se reivindica é a ampliação do investimento na atenção primária/básica 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.²⁸ 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

²⁸ Brasil de Fato, “Rede de Médicos Populares denuncia novo programa de Bolsonaro em nota”, Online: Diário do Centro do Mundo, 05.08.2019. <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/essencial/rede-de-medicos-populares-denuncia-novo-programa-de-bolsonaro-em-nota/>. (08-2019).

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 Vasconcelos²⁹, 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.

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.³⁰

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,

²⁹ Ana Maria Vasconcelos, A Prática do Serviço Social...

³⁰ CFESS, “Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social”, ABEPSS, 1996.
MG. PRISCILLA BEZERRA DA SILVA DOS SANTOS MAIA / DRA. ANA MARIA DE VASCONCELOS
DRA. LUCIANNA DA SILVA ALCÂNTARA

bem como para consolidação do Sistema Único de Saúde como política pública, universal e com controle social, conforme ainda assegurado na CF de 1988.³¹

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.

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 comunidade³².

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.

³¹ Ana Maria Vasconcelos, A Prática do Serviço Social... 528.

³² Ana Maria Vasconcelos, A Prática do Serviço Social... 532.

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.

Referências Bibliográficas

Albuquerque, G. “A produção social do humano e a determinação da saúde e da doença”. 2009. <https://foradasala.files.wordpress.com/2011/10/guilherme-albuquerque-a-produc3a7c3a3o-social-do-humano-e-a-determinac3a7c3a3o-da-sac3bade-e-da-doenc3a7a.pdf>. (05.07.2019)

Alencar, M. M. T. “Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família”. Em Política social, família e juventude: uma questão de direitos, editado por M. A. Sales.; M. C. de. Matos; M. C. LEAL. São Paulo: Cortez. 2008). 61-78.

Almeida, N. L. T. de. “Considerações iniciais para o exame do processo de trabalho do Serviço Social”. Revista Serviço Social e Sociedade Vol: 52 (1996): 24-47

Aparecida Paz, Alessandra; Esteves Daudt, Liane; Gonçalves Campos, L. y Mariano da Rocha Silla, Lucia. “Sobrevida de pacientes submetidos a transplante alogênico de medula óssea”. Rev HCPA. Vol 29: num 2 (2009): 127-132

Barbosa, S. S. M.; Marques, L. F.; Schutz, V. y Silva, Roberto C. L. “Custo-minimização do Transplante alogênico de células -tronco com a implementação da sistematização da assistência de enfermagem”. Rev enferm UFPE on line. Vol 12: num 7 (2018): 1923-30. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a22319p1923-1930-2018>. (14.04.2019)

Behring, E. y Boschetti, I. Política Social: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez. 2011.

Behring, Elaine. R. “A Política Social no capitalismo contemporâneo: um balanço crítico-bibliográfico”. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1993.

Behring, Elaine. R. “Política Social no capitalismo tardio”. São Paulo: Cortez.1998.

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

Brasil, “Registo Nacional de Doadores de Medula Óssea”, Brasília: INCA/REDOME. Ministério da Saúde. <http://redome.inca.gov.br/o-redome/conheca-o-redome/>. (08-09-2019).

Brasil, Câmara dos deputados. “Licença para acompanhar familiar doente pode passar a valer para trabalhador celetista”. Radioagência. (2006). <https://www2.camara.leg.br/camارانoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/503060-LICENCA-PARA-ACOMPANHAR-FAMILIAR-DOENTE-PODE-PASSAR-A-VALER-PARA-TRABALHADOR-CELETISTA.html>. (01.06.2019).

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). Brasília: Ministério da Saúde. 2013 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

Brasil. “Conheça o Centro de Transplante de Medula Óssea: Orientações aos pacientes”. 3ª Edição; Brasília: Ministério da Saúde/INCA. 2014.

Brasil. “Constituição da República Federativa de 1988”. Brasília. 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

Brasil. “Doação de Órgãos”. Brasília: Ministério da Saúde. 2005 <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>. (25.05.2019).

Brasil. “Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”. Ministério da Saúde. (2008)

Brasil. Governo vai triplicar leitos para transplante de medula óssea. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. <http://legado.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/01/governo-vai-triplicar-leitos-para-transplante-de-medula-ossea>. (20.06.2019).

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

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

Brasil. Portaria 2.758, de 11 de dezembro de 2014 - 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”. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_12.12.2014-l.pdf (15.07.2019)

Brasil. Portaria 2439 / GM de 08 de dezembro de 2005. “Política Nacional de Atenção Oncológica”, 2005. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html

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)”. 2013

Bravo, M. I. S. y Matos, M. C. “Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate”. Em Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional, editado por: Ana E. Mota; Maria Inês S. Bravo; Roberta Uchôa (Orgs.). São Paulo: Cortez. 2006. 197-217.

Breilh, J. “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. EPSJV/Fiocruz. 2019. <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/precisamos-ter-um-novo-viver-com-taxas-de-crescimento-menos-agressiva-mas-com-mais-qualidade>. (01.06.2019).

Breilh, J. “Uma Perspectiva Emancipadora da Pesquisa e da Ação Baseadas na Determinação Social da Saúde”. Em Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: documento para la discusión, editado por Universidade Autónoma do México. Cidade do México: D.F.: Alames. 2008. <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>

Castelo, R. “Subdesenvolvimento, capitalismo dependente e revolução: Florestan e a crítica da economia política desenvolvimentista”. 2012 <http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2012/11/R-C-Branco-FF.pdf>. (14.06.2019)

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

Cfess/Cress. “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde”. Brasília: 2009 http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_n_a_Saude.pdf

Czeresnia, D. “O Conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção”. Cad. Saúde Pública, Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, Vol: 15 num 14 (1999): 701-709.

Dalbello-Araujo, Maristela; Garbois, J. A; Sodré, Francis. “Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde”. Saúde em Debate. Vol: 41 num 112 (2017): 63-76 <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt/>

Feliciano Marques, Lucilia; Lyra da Silva, Roberto Carlos; Santos Moragas Barbosa, Solange y Schutz, Vivian. “Análise de custos do transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas: uma revisão integrativa”. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. Vol: 6 num 4 (2004): 1642-1654.

Fernades, F. A. “Revolução Burguesa no Brasil. Rio de Janeiro”. Guanabara. 1987

Gadelha, C. A. G. “Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial”. Ver. Saúde Pública. v. 40, número especial (2006): 11-23. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400003

Guerra, Y. A. “Dimensão investigativa no exercício profissional”. Em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss. 2009.

Guerra, Yolanda. “Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social”. Serviço Social & Sociedade, num 62 (2000).

Iamamoto, M. V. y Carvalho, R. “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação teórico-metodológica”. São Paulo: Editora Cortez. 2006

Iamamoto, M. V. “O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional”. São Paulo: Editora Cortez. 2000.

Iamamoto, M. V. “Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social”. Em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: Cfess/Abepss. 2009. 341

Lessa, S. “Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo”. São Paulo: Editora Cortez. 2007. 80-105.

Lima, R. de C. C. “A Biografia do Projeto de Intervenção Orientado pelo Projeto Profissional Hegemônico”. Em A Dimensão Técnico-Operativa no Trabalho do Assistente Social: ensaios críticos, editado por Adriana Ramos; F. H. C. Santos, (Org.) São Paulo Editora Papel Social. 2018.

Lukács, G. “Para uma ontologia do ser social II”. São Paulo: Editora Boitempo. 2013.

Mandel, E. “O Capitalismo Tardio”. 2. (Os Economistas). São Paulo: Ed. Nova Cultural. 1985.

Martinelli, M. L. “O uso de abordagens qualitativas no Serviço Social”. Em Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. Maria Lúcia, Martineli. São Paulo: ed Vera. 1999.

Marx, K. “Para a crítica da economia política. Salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes”. Col. “Os economistas”. São Paulo: Editora Abril Cultural. 1982.

Marx, K. y 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: Editora Boitempo Editorial. 2007.

Marx, Karl. “Contribuição à crítica da economia política”. São Paulo: Editora Martins Fontes. 2003.

Matos, M. C. “Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade”. Conservadorismo, Lutas Sociais e Serviço Social. Revista Serviço Social e Sociedade num 124 (2015).

Matos, M. C. “Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional”. São Paulo. Editora Cortez. 2013.

Minayo, M. C. (org.). “Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade”. Rio de Janeiro. Editora Vozes. 1994.

Minayo, M. C. “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”. 12ª edição. São Paulo. Editora HUCITEC. 2010.

Montaño, C. “Terceiro Setor e Questão Social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social”. 2ª edição. São Paulo: editora Cortez. 2003.

Mota, A. E. “80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura”. Revista Serviço Social e Sociedade num 128 (2017): 39-53. <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-sssoc-128-0039.pdf>

Mota, A. E. y Amaral, A. “Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social”. Em A Nova Fábrica de Consensos, Mota. Editado por Ana Elizabeth. (Org.). São Paulo: Editora Cortez. 1998.

Netto, J. P. “A construção do projeto ético-político do Serviço Social”. Em Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. OPAS, OMS, Ministério da Saúde (2006): 141-160

Netto, J. P. “Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. Revista Temporalis num 3 (2003)

Netto, J. P. “Ditadura e Serviço Social”. São Paulo. Editora Cortez. 1991.

Netto, J. P. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 5 ed. São Paulo. Editora Cortez. 2006.

Netto, J. P. “Introdução ao Estudo do Método de Marx”. 1ª edição. São Paulo. Editora Expressão popular. 2011.

Netto, J. P. y Braz, M. “Economia política: uma introdução crítica”. São Paulo. Editora Cortez Biblioteca Básica de Serviço Social, num 1 (2006).

Rezende, M de J. “Imunodepressão, Imunossupressão”. Linguagem Médica. Revista de Patologia Tropical; Vol: 40 num 2 (2011): 199-201. https://revista.iptsp.ufg.br/up/63/o/2011_40_2_199_201.pdf

Salvador, E. S. “Fundo Público e o financiamento das políticas sociais no Brasil”. Revista Serviço Social e Sociedade. Vol: 14 num 2 (2012): 504-522.

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) <http://sbtmo.org.br/release.php?id=18>. (01.06.2019)

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”. Grupo de Trabalho: GT II - Políticas Públicas, Cidadania e Direitos Humanos em Anais do VI Seminário Internacional de Direitos humanos, Violência e pobreza: a Situação das Crianças e adolescentes da América Latina hoje, editado por Freire, Silene Moraes (organização). Rio de Janeiro: Editora Rede Sírius/UERJ. 2016. http://www.proealc.etc.br/VI_SEMINARIO/assets/pdfs/gtii/Jorge%20Cavalcante%20da%20Silva%20et%20al%20GT02.pdf. (06.11.2016).

Silva, L. R. M. G.; Rego, T. F. y 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 Mossoró/RN”. ANAIS: XXI Congresso Brasileiro de Custos. 2014.

Silva, M. de M.; Bolzas, L. F. S. y Filgueira, A. L. “Manifestações tegumentares da doença enxerto contra hospedeiro em pacientes transplantados de medula óssea”. An. Bras. Dermatol. Vol: 80 num 1 (2005) http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0365-05962005000100010. (06.11.2016).

Souza, Margareth Viana. “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, Vol: 72 (2015).

USP. Comissão de Direitos Humanos - Biblioteca Virtual de direitos Humanos, “Constituição da Organização Mundial da Saúde” (OMS-WHO). 1946. <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saudeomswwho.html>. (09.09.2016).

Vasconcelos, Ana Maria. “A Prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde”. 8ª edição. São Paulo. Editora Cortez. 2012.

Vasconcelos, Ana Maria. “A/O assistente social na luta de classes. Projeto profissional e mediações teórico-práticas”. São Paulo. Editora Cortez. 2005.

Vasconcelos, Ana Maria. “Serviço social e práticas democráticas na saúde”. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. OPAS, OMS, Ministério da Saúde (2006): 242-272.

**REVISTA
INCLUSIONES** M.R.
REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.