

## **A POLÍTICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE: um estudo sobre o direito dos pacientes com indicação ao transplante**

Josiane da Costa Sena<sup>1</sup>

### **RESUMO**

O presente artigo nasce das inquietações como estagiária de serviço social, na Central Estadual De Transplante do Estado Da Bahia. Almejamos responder a seguinte pergunta norteadora: Quais são os fatores que dificultam ou impedem o conhecimento e o acesso dos pacientes diagnosticados ao transplante de órgão? A pesquisa é de cunho bibliográfico, utilizamos como materiais de análise às teses e dissertações disponíveis na fonte de dados do site da Biblioteca Digital Brasileiro de Teses e Dissertações no período de 2004 a 2019. Para a realização da pesquisa adotamos o método dialético e a abordagem qualitativa. O objetivo geral é analisar os fatores que impedem os pacientes com indicação ao transplante de órgãos acessarem a “fila única” do SNT, sendo assim, os fatores encontrados foram: a falta de informação; a maioria dos pacientes são atendidos pelo SUS; as expressões da questão social se manifestam na maioria dos casos; o maior repasse do financiamento é repassado à rede privada e os serviços da política de transplante não são equitativos. O estudo é relevante, pois permitiu conhecermos alguns fatores que podem impedir o acesso à política de transplante.

**Palavras- chave:** Serviço Social. Transplante. Sistema Nacional de Transplante.

### **1. INTRODUÇÃO**

A escolha da temática remete à vivência como estagiária em serviço social, na Central Estadual de Transplante do Estado da Bahia. No decorrer do estágio, foram observadas as inúmeras dificuldades dos pacientes indicados a realizar o transplante conseguirem ser transplantados, e por meio deste adquirir uma qualidade de vida.

O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão (coração, fígado, pâncreas, pulmão rim) ou tecido (medula óssea, ossos, córneas) de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão ou tecido normal de um doador, vivo ou morto.

---

<sup>1</sup> Graduanda em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador, [djossy.senna@hotmail.com](mailto:djosy.senna@hotmail.com).

Existem diversos estorvos que impedem os pacientes que possuem o Registro Geral da Central de Transplante- RGCT serem transplantados, em relação aos pacientes que não estão inscritos na “fila única” esse procedimento se torna impossível de acontecer. Cada vez que surge um doador, a Central é informada e processa a seleção dos possíveis receptores para os vários órgãos. Esta seleção leva em conta o tempo de espera para o transplante, o grupo sanguíneo, o peso e altura do doador, com nuanças próprias para cada órgão. Só isso faz com que nem sempre o mais antigo fique em primeiro lugar na “fila” daquele doador.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como pergunta norteadora: Quais são os fatores que dificultam ou impedem o conhecimento e o acesso dos pacientes diagnosticados ao transplante de órgão? Tendo como hipótese levantada: os pacientes não têm acesso à “fila única”, porque não conhecem o procedimento da inscrição no SNT e falta orientação adequada da equipe multiprofissional. O objetivo geral é identificar os fatores que dificultam ou impedem os pacientes com indicação ao transplante de órgãos acessarem a “fila única” do SNT. Para a realização da pesquisa adotamos o método dialético e a abordagem qualitativa. Abordando os seguintes assuntos: a Política de Saúde no Brasil de 1964 a 1988; a política de transplante no Brasil e o Sistema Nacional de Transplante; a inserção do assistente social na política de transplante; discussão e resultados por fim, as considerações finais.

Em síntese, esta pesquisa propõe conhecer, analisar e contribuir com subsídios teóricos metodológicos para o Serviço Social e/ou áreas afins.

## **2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL DE 1964 A 1988**

Neste tópico, trataremos sobre a política de saúde a partir do ano 1964 a 1988, nesse período a sociedade brasileira sofreu um grande e terrível golpe militar e no ano 1988, nasce a Carta Magna decorrente das lutas sociais. De acordo com a Constituição da República Brasileira, constata-se em seu artigo 6º que entre os direitos sociais prescritos na referida legislação, a saúde é um deles, assim sendo, o direito à saúde por meio do transplante de órgãos se torna um dos pontos essencial para esta discussão. Para retratar os importantes momentos históricos do Brasil de

1964 a 1988, ESCOREL, 2012<sup>2</sup>, analisa a historicidade das políticas de saúde em cada conjuntura, o contexto social, político e econômico. Sendo assim, a referida autora apresenta os principais acontecimentos na área da saúde nesse período.

A primeira fase do regime militar iniciado com o golpe, em abril de 1964, engloba os governos do marechal Castelo Branco (1964-1967), do general Costa e Silva (1967-1969) da Junta Militar (1969-1974). O processo de modernização autoritário levado a cabo durante a primeira década do regime militar, subordinado aos interesses do grande capital multinacional e nacional, promoveu uma grande reestruturação do aparelho de Estado por meio das reformas financeira e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967.

Durante toda primeira década do regime autoritário-burocrático, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da lógica e do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde, construído a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social.

Em meado da década de 1970, estavam estruturadas abordagens ao campo da saúde - cada uma mais desenvolvida em uma determinada instituição – com padrões diferenciados de formação de recursos humanos. As três correntes de pensamento, segundo Paim (1985), podem ser divididas a partir da conceituação do ‘social’ em saúde: para o preventivismo, trata-se de um conjunto de atributos pessoais, como educação, renda, salário, ocupação etc. para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médica-social, um campo estruturado de práticas sociais.

Desse modo, Paim (1981) considera que as bases da saúde coletiva no Brasil já estavam desenvolvidas antes do início da segunda metade da década de 1970, com as defesas das teses Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho, de Cecília Donnangelo, e o Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva, de Sergio Arouca. As políticas de saúde têm grande relevância na conjuntura inaugurada em 1974, caracterizada

---

<sup>2</sup> Médica sanitária, doutora em sociologia e saúde pública pela Universidade de Brasília, com pós-doutorado na Universidade de Lancaster (Reino Unido); pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), integrante do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Nupes/Daps) da Ensp/Fiocruz.

também por uma ‘crise sanitária’ na qual a epidemia de meningite, as denúncias do aumento da mortalidade infantil em São Paulo, a ‘epidemia’ de acidentes de trabalho, o reaparecimento de antigos problemas de saúde pública se traduzia em notícias diárias nos jornais.

A ‘conjuntura sanitária’ assinala o fim do milagre econômico e indica um estado de ‘insolvência sanitária’, com aumento dos gastos com hospitalizações ao mesmo tempo em que se reduzem os gastos em Saúde Pública (CORDEIRO, 1980, pg. 163).

A resposta do Estado brasileiro à crise sanitária consequente ao período do “milagre econômico” se deu por meio de “políticas racionalizadoras que incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário” (PAIM, 2008, p.70). No entender de Paim, a Reforma Sanitária é “uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes:

a) Democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) Democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a democratização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) Democratização da sociedade alcançado os espaço de organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças’ em torno de um conjunto de políticas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral” (PAIM, 2010, p. 173-174- grifos do autor).

A realização do I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados e o documento apresentado pelo Cebes evidenciou a existência de um movimento articulado, com um projeto definido, ocupando um espaço cada vez maior na arena setorial. Esse é o momento, segundo Paim (2008), em que a ideia é transformada em projeto, ou seja, em um conjunto organizado de princípios e proposições políticas.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde e o papel do Movimento Sanitário foi um divisor de águas, pois aconteceu a primeira conferência realizada após a ditadura

militar. A 8ª CNS, ocorrida em 1986, marcou um novo posicionamento do governo federal em relação ao papel das Conferências de Saúde. Constituiu um espaço privilegiado para apresentar propostas de mudança na área da saúde, aproveitando o contexto político propício.

Sendo assim, para Carvalho (1995) “o movimento evoluiu da crítica ao modelo dominante de atenção à saúde para a elaboração e defesa de um projeto alternativo de sistema de saúde” (apud SARAH 2012, p. 48), associando a luta política a propostas técnicas. Nesse cenário, a 8ª CNS foi considerada a pré-constituente em matéria de saúde. Seu relatório final propôs a implementação do SUS, tornando-se o principal subsídio para a elaboração do Capítulo da Saúde da Constituição Federal de 1988. Assim, independente de participação no mercado de trabalho, todos os brasileiros passaram a ter direito ao atendimento integral, num modelo compartilhado de responsabilidades entre os três entes federais.

## 2.1 A Política de Transplante no Brasil e o Sistema Nacional de Transplante

O transplante, embora exista na imaginação da humanidade, por meio do conhecimento de lendas, mitologias e milagres há vários séculos, é um procedimento relativamente novo. Apenas no início do século XX, graças à genialidade de Alex Carrel, desenvolveu-se em 1897, em Lion, um método de sutura vascular, o mesmo utilizado atualmente. Iniciou-se, assim, a fase experimental dos transplantes, tendo sido realizados autotransplantes, alotransplantes e xenotransplantes por vários investigadores em diferentes países. Entretanto, esses experimentos, com exceção do autotransplante, não funcionaram e foram abandonados a partir dos anos 1920.

No final dos anos 1930 e nos anos 1940, durante a Segunda Guerra Mundial, foram desenvolvidos estudos de imunidade, principalmente em transplante de pele para queimados, que formaram a base científica para a retomada dos transplantes de órgãos. No final dos anos 1940 e no início dos anos 1950, em Boston e em Paris, foram retomados os transplantes renais, agora na fase clínica, inicialmente com doadores falecidos, em morte circulatória, e depois com doador vivo, utilizando irradiação corporal total para evitar rejeição, com resultados decepcionantes.

O primeiro transplante renal com sucesso foi realizado em Boston, em dezembro de 1954, entre gêmeos idênticos, sem nenhuma forma de imunossupressão. Entretanto, os transplantes renais ingressaram na prática médica apenas a partir de 1960, com a descoberta e o emprego de medicações imunossupressoras (et al e corticosteroide), que se mostraram relativamente eficazes para a prevenção e o tratamento de rejeição, em estudos experimentais em cães. Os transplantes dos demais órgãos, iniciados a partir de 1963, foram praticamente abandonados no início dos anos 1970 por causa dos maus resultados, tendo sido retomados com sucesso nos anos 1980, com o emprego de nova medicação imunossupressora (ciclosporina).

O primeiro transplante renal no Brasil foi realizado em abril de 1964 no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, enquanto no Hospital das Clínicas de São Paulo, em janeiro de 1965, foi desenvolvido o primeiro programa de transplante renal do país, obtendo-se sucesso com o transplante. Como aconteceu em todo o mundo, esses programas foram suspensos no Brasil no início dos anos 1970 e só foram reiniciados nos anos 1980.

Os transplantes no Brasil foram divididos em três fases conhecidas como: fase heroica, romântica e profissional. O período compreendido entre o primeiro transplante, em 1964 a meados de 1987, é considerado como a primeira fase ou fase heroica dos transplantes, em que havia pouco conhecimento e pequena estrutura nos hospitais, e não havia nenhum controle, fiscalização ou financiamento, pelo governo ou pelo Ministério da Saúde.

A partir do final de 1987 até 1997, há a segunda fase, denominada de fase romântica dos transplantes, em que há melhor conhecimento da base imunológica dos transplantes e os hospitais tornam-se mais equipados. Terceira fase ou fase profissional dos transplantes inicia-se em 1997, com a entrada em vigor da lei dos transplantes e do decreto que a regulamenta, mudando a forma de consentimento, mas principalmente criando o Sistema Nacional de Transplante (SNT) cujo órgão central tem sede em Brasília, e as centrais estaduais de transplante, denominadas de Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Nessa fase, todo o controle do transplante no país passa a ser de responsabilidade do governo federal e são tomadas medidas nas quatro áreas consideradas como os



pilares de uma política de transplante: financiamento; legislação; organização e educação.

O SNT é o órgão responsável pela política de transplantes no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema foi criado em 1997 e tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando à confiabilidade do sistema e à assistência de qualidade ao cidadão brasileiro.

A partir de 1995 o Ministério da Saúde (MS) constituiu um grupo de profissionais que em várias reuniões analisou a situação dos transplantes no país e propôs uma série de medidas, implementadas a partir de 1997, que estabeleceram uma política de transplantes. Portanto, foi criada a lei dos transplantes (Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997) a regulamentação veio por meio do (Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997) promulgadas em 1997 e vigorando a partir de janeiro de 1998.

A Lei nº 9.434/97 estabelece o critério da Lista Única de Espera, dispondo em seu artigo 10 que o “transplante ou enxerto só se fará com o receptor, inscrito em lista única de espera. O Decreto nº 2.268/97 regulamenta a Lei nº 9.437/97 define que a escolha do receptor depende da inscrição na Lista Única de Espera. Os pacientes que são indicados a fazerem uso da terapia através do transplante deverão estar inscrito no SNT e para tanto, precisará seguir as informações que consta no artigo 24 que, o candidato indicado a esse procedimento de alta complexidade dependerá dos exames obrigatórios para serem inscritos na lista única e por sua vez conforme a legislação poderá fazer o transplante.

O procedimento de transplante é enquadrado como prática de alta complexidade no rol do Sistema Único de Saúde, por isso o Ministério da Saúde criou no ano de 1997, através da Lei nº 9.434 e Decreto nº 2.268/97 a estrutura organizacional denominada Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Este sistema possui a competência para operacionalizar o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano destinados às finalidades terapêuticas e de transplantes, além de coordenar as Listas Únicas de Receptores e as Centrais Estaduais de Transplantes, a fim de assegurar a confiabilidade e credibilidade do sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro.



Diante da historicidade da política de transplante, houve uma série de avanços, tornando o programa de transplantes um dos programas de maior sucesso do sistema público de saúde, com tudo, fica evidente a potência que o SUS representa não apenas para o Brasil, mas serve de estudo e exemplo para outros países. Diante disso, precisamos lutar para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

## 2.2 A inserção do Assistente Social na Política de Transplante

A inserção dos assistentes sociais nos programas e serviços de saúde é uma condição essencial na perspectiva de avanços dos direitos adquiridos constitucionalmente e legalmente. Propondo desta forma, a ampliação e emancipação dos indivíduos e seus direitos sociais, contribuindo no fortalecimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, inscritos no Sistema Único de Saúde. Neste contexto o posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegura universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, faz-se necessário a presença do profissional de Serviço Social:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. ...{vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-político, explicitados nos diversos documentos legais} (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996) (CFESS, 2009, p. 25).

A intervenção do Assistente Social junto à equipe que atua nas políticas de transplante tem como objetivo atender as necessidades sociais geradas pelo processo de saúde/doença do usuário e família buscando viabilizar o acesso à rede de proteção social.

Em regime multidisciplinar na Política de Transplantes, cabe ao Assistente Social: acompanhar a família do potencial doador para esclarecer suas dúvidas, refletir sobre a importância da doação de órgãos e permitir a ela a escolha voluntária



em doar ou não os órgãos de seu ente, através do trabalho das CIHDOTs<sup>3</sup>; elaborar e desenvolver projetos de educação e de mobilização social e contribuir com a supervisão e a gestão do Sistema Estadual de Transplantes.

É imprescindível compreender a atuação do Assistente Social enquanto profissional da política de saúde, uma vez que este profissional incorpora e compreende os aspectos sociais, econômicos e culturais que perpassam o processo saúde-doença, para poder intervir e criar alternativas de superação das expressões da questão social. Portanto, no uso de suas atribuições, habilidades e competências o Assistente Social está apto para atuar- nos mais diversos campos de atuação. “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (CRESS, 2013, p. 641).

### **3. DISCURSSÃO E RESULTADOS**

Foram escolhidas algumas palavras-chave para a realização da pesquisa no site da BDTD, usamos as seguintes composições com palavras chave:

1. Saúde, sistema social de transplante e serviço social;

2. Serviço social e transplante;

3. Saúde e transplante. Iniciou-se a coleta no site da BDTD com as composições inscritas em português no período de 07 de maio a 18 de 2019, nesse período foram encontradas:

1. Saúde, Sistema Nacional de Transplante, Serviço Social (0)

2. Serviço Social, Transplante (1)

3. Saúde, Transplante (19)

---

<sup>3</sup> Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

A partir das composições de palavras-chave descritas acima, no quadro 1 selecionamos teses e dissertações para análise, sendo os resultados descritos no quadro abaixo:

<b>(Quadro1) Teses e Dissertações encontradas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações no período de 2004 a 2019.</b>			
<b>Composições</b>	<b>Teses</b>	<b>Dissertações</b>	<b>TOTAL</b>
Saúde, Sistema Nacional de Transplante, Serviço Social	0	0	
Serviço Social, Transplante		1	
Saúde, Transplante	6	14	20

Das (20) foram selecionadas (6) sendo duas (2) teses e cinco (5) dissertações. Consideramos como critério de exclusão: a temática, o título, bem como o assunto abordado.

Na categoria Saúde, Transplantes foram analisadas (6) entre estas seis, duas apontam fatores diferentes das demais. A tese de Martins (2018) aponta a falta de indicadores de resultado e a falta de qualidade nos serviços de transplante e Assis (2013), ao tratar do repasse do financiamento para as instituições, aponta que 50% a mais do recurso são repassados para as instituições privadas, sendo que as maiores demandas ocorrem no setor público. A autora nos mostra um dos problemas do SUS que é decorrente da disputa entre o público e o privado, não superado na constituição, pois o Artigo 199 diz que à saúde é livre a iniciativa privada. Com isso temos a disputa de dois projetos antagônicos do público e privado que reflete negativamente nos serviços públicos de saúde.

Nas demais pesquisas os fatores encontrados estão no mesmo patamar. Nas dissertações de Ferrazzo (2014) e Santos (2005), destaca-se a falta de condições mínimas para fazer a terapia, tendo o parecer social como um indicador que pode decidir se o paciente não tem condições de realizar o transplante. Mendonça (2014) mostra que o acesso ao transplante não é equitativo, sendo assim, tem relação com

os demais estudos quando se trata de condições financeiras para fazer os exames obrigatórios e, com isso, serem inscritos no Sistema Nacional de Transplante. Por fim, Oliveira (2016) mostra a falta de informação no que tange ao acesso do serviço de transplante desde o diagnóstico ao pós-transplante. A seguir, estão destacados os fatores encontrados, estes fatores estão atrelados a concepção de saúde e os direitos à saúde, que por sua vez se estão relacionados às expressões da questão social.



O círculo acima, tem no centro o direito a saúde, o qual retrata ao Art. 6º da Constituição brasileira que, nos termos legais a partir da constituição de 1988 estão garantidos os direitos sociais. Nos anéis externos do círculo encontra-se os fatores que dificultam ou impedem o acesso dos pacientes com indicação ao transplante entre esses fatores temos as expressões da questão social como determinantes ao acesso ou não desse serviço de saúde.

O parecer social funciona como indicador capaz de decidir se o paciente está ou não em condições de passar pelo processo do transplante. Fazendo a articulação com o trabalho do assistente social no processo de habilitação para o transplante, o parecer do serviço social sobre as condições objetivas do candidato para aderir às necessárias mudanças no estilo de vida, se comprovadamente insatisfatórias para os critérios ligados a questão social, moradia, condições financeiras e rede de apoio, pode acarretar na escolha da equipe por não realizar o transplante.

De certa forma, há uma contradição da política social. Se a falta das condições, requeridas decorrem de manifestações da questão social, e esta condição penaliza o sujeito doente, restringindo ou impedindo o seu acesso a uma possível cura. Ou seja, a mesma política que garante o direito à saúde, o restringe? Esse é um campo importante para atuação do assistente social, contribuindo através da pesquisa com a formulação da política, no sentido de extensão do trabalho para garantia das condições necessárias como direito. É preciso que a mudança comece na efetivação do direito à saúde, visto que a concepção de saúde não está associada apenas à ausência de doença. Para tanto, há de superar as ideologias dominantes que se fortalece nessa atual conjuntura que, se opõe contra os direitos sociais, dificultando o cidadão, sobretudo os que mais se encontram em situações de vulnerabilidade social e econômica acessar os serviços de saúde.

#### **4. Considerações Finais**

A pesquisa desvendou que existem diversos fatores que impedem e dificultam o acesso à inscrição no Sistema Nacional de Transplante (SNT). Esses fatores estão atrelados à falta de informações não sociabilizadas de forma adequada pela equipe multiprofissional, bem como as expressões da questão social expressas pelos pacientes diagnosticados. Consequentemente, constatou-se que tais fatores estão atrelados e por sua vez dificultam o acesso ao direito à saúde, através da inserção dos usuários no Sistema Nacional de Transplante.

A cada ano cresce o número de pacientes indicados ao transplante, ou seja, isso é um problema de saúde pública e se não houver melhoria em todas as etapas que envolvem o processo e a efetivação do transplante, essa problemática se alastrará. No que concerne à inscrição no SNT, os pacientes continuarão invisíveis em estatísticas, pesquisas e no quantitativo dos pacientes diagnosticados ao transplante, porém sabe-se que apesar de estarem despercebidos esses pacientes existem.

Ao construir este trabalho, percebeu-se que nos estudos encontrados o objeto de estudo dos pesquisadores, em sua maioria está atrelado à importância do ato de doação de órgãos de morte encefálica. Esta discussão sem sombra de dúvida é

importante e fundamental para os pacientes já inscritos no SNT. No entanto, refiro-me aos profissionais responsáveis pela efetivação direta e indiretamente da política de transplante. Em especial aos envolvidos no atendimento dos possíveis indicados a essa terapia seja na realização do processo de inscrição na fila única ou em manter os pacientes ativos no SNT. E aos pesquisadores dessa seara a autora pede licença para as seguintes e intrigantes indagações: porque não investigam sobre o quantitativo de pacientes que tem indicação ao transplante de órgãos e não estão contemplados na “Fila única”? Sabemos do quantitativo dos pacientes inscritos no Sistema Nacional de Transplante tanto no Brasil como dos seus Estados? Quantos foram transplantados? Quantos vieram a óbito? Quais são os maiores fatores da negação da família em não permitir que os órgãos dos seus entes queridos sejam doados? Temos como saber o custo que um transplantado gera aos cofres públicos?

A resposta para estas questões levantadas é sim, porque podemos em um pequeno espaço de tempo encontrar as respostas dessas indagações nos trabalhos, artigos, teses, dissertações fontes empíricas nos programas jornalísticos de TV emissora e rádios. Exceto a primeira indagação não temos resposta até então, pois, não há registro no SNT, estatísticas, número de pacientes que precisam fazer esse procedimento de alta complexidade.

Para não cometer erro em afirmar a inexistência de pesquisas, esta reflexão está restrita as fontes de dados coletados e ao período desta investigação. Contudo, o que está em questão é o direito do acesso aos serviços de saúde. Sabe-se que o número de pacientes inscritos no SNT não abrange o quantitativo real de paciente que precisam ser transplantados. Considerando o que foi posto acima a autora faz a seguinte reflexão: se não temos registro dos pacientes que precisam estar inscritos nesse sistema, como poderemos proceder com ações para que através desta política os indivíduos que não possuem um Registro Geral da Central de Transplante- RGCT venham ser contemplados com o direito de ter acesso à saúde através da terapia de transplante?

Embora a saúde tenha sido promulgada na Constituição Brasileira como “direito de todos e dever do Estado”, e, seu texto seja considerado até hoje uma das maiores conquistas dos movimentos sociais no período da redemocratização do

país, a norma está bastante distante de sua expressão real. Contudo, se não houver mudanças neste serviço de alta complexidade, o que está em jogo é o direito à vida para os que não estão ou não serão oportunizados com o acesso a inscrição no Sistema Nacional de Transplante. Por fim, salienta-se que é um tema que merece ser explorado e, sobretudo, discutido na academia e em outros espaços, dando ênfase as intervenções que melhore o acesso as políticas de saúde e de transplante.

## REFERÊNCIAS

Biblioteca Digital Brasileira de Tese e Dissertação. Disponível em <<http://www.ibict.br/informacao-para-a-pesquisa/bdtd>> Acesso em 07 de maio a 18 de 2019

**Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** NOGUEIRA Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Disponível em <[http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/desafios%20impl%20sus%20-%20mioto-2011%20\(1\).pdf](http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/desafios%20impl%20sus%20-%20mioto-2011%20(1).pdf)> Acesso em 29 de abril de 2019, às 12h01min.

GARCIA, Clotilde Druck (org.) **Doação e transplante de órgãos e tecidos** / Organizadores Clotilde Druck Garcia, Japão Dröse Pereira, Valter Duro Garcia. – São Paulo: Segmento Farma, 2015. Disponível em <<http://www.adote.org.br/assets/files/LivroDoacaOrgaosTecidos.pdf>> Acesso no dia 03/04/2019, às 22h12min.

OLIVEIRA Maria dos Remédios Mendes. et al. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200525](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200525)> Acesso em 23 de abril de 2019, às 20h01min.

OLIVEIRA, Jailma Lima de. **O paciente renal crônico do Huol e o Serviço Social: uma análise a partir dos parâmetros da Política de Humanização do SUS.** Disponível em: <[https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/1/309/1/PacienteRenalCronico\\_Oliveira\\_2012.pdf](https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/1/309/1/PacienteRenalCronico_Oliveira_2012.pdf)> Acesso em 30 de abril de 2019 às 16h03min.

OLIVEIRA, Mariana S. de Carvalho; FERRAREZI, Elisabete; KOGA, Natália. **Conferências Nacionais de Saúde e Processos Participativos na Administração Pública Federal Brasileira** (2010). Disponível em <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/332/9/Confer%C3%AAsncias%20Nacionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>> Acessado no dia 03/04/2019 às 18h18min.

**Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. Ed.rev. e amp./organizado por Lúgia Givanelle, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2012.

SILVA, Ana Rosa Alves da. **DOADOR VIVO DE RIM RELACIONADO:** considerações subjetivas sobre a dívida simbólica a partir da práxis do assistente





social.<<https://uol.unifor.br/oul/conteudosite/F10663420180424082535430879/Dissertacao.pdf>> Acessado em 08/05/2019 às 15h00.

SILVA, Anália Barbosa da; SILVA, Diego Tabosada; JUNIOR, Luiz Carlos de Souza. **O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL**: das origens à renovação ou o “fim” do “início”.Disponível em <<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>> Acessado no dia 17/04/2019 às 19h11min.