

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ADRYA GABRYELLE OLIVEIRA MARTINS

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: trabalho do serviço social no atendimento aos pacientes submetidos a hemodiálise.

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2018

ADRYA GABRYELLE OLIVEIRA MARTINS

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: trabalho do serviço social no atendimento aos pacientes submetidos a hemodiálise.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, sob a orientação do Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro.

JUAZEIRO DO NORTE- CE

2018

ADRYA GABRYELLE OLIVEIRA MARTINS

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: trabalho do serviço social no atendimento aos pacientes submetidos a hemodiálise.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, sob a orientação do Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro.

APRESENTADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro
Orientador

Prof^a. Esp. Jacsa Vieira de Caldas
1º Examinador

Prof^a. Pautília Ferraz Araruna
2º Examinador

JUAZEIRO DO NORTE- CE

2018

Dedico essa monografia à Deus, pois tudo o que possuo é dele: meus méritos, boas ações, virtudes, tristezas, alegrias, nada mais é meu. Aos meus pais e irmão, por sempre acreditarem em meu potencial, em meus sonhos e não medirem esforços para me verem feliz.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, que me deu a oportunidade de saúde, força e coragem para enfrentar todos os desafios e alegria para comemorar as vitórias e lutas, pela a proteção e pela fé inabalável.

Aos meus pais, Fabio de Souza e Edilane Gonçalves, pelo carinho, amor e energia que me educaram, e nessa trajetória chamada vida estão sempre ao meu lado, com força, afeto e companheirismo, sempre me ajudando tanto financeiramente e incentivo diário para a realização desse sonho, vocês são meu porto seguro. A vocês, meu amor infinito!

Ao meu irmão Edrey Gabriel, pela grande amizade que nos une, pelo amor infinito, por ser meu companheiro inseparável, minha gratidão será eterna. TE AMO.

A minha Vó Dina, pelas orações, pelo amor doce, pelas palavras fortes e a cabeça jovem que sempre me compreendeu e me apoiou, você é exemplo. TE AMO.

A todos os meus familiares que há muitos anos atrás foram de fundamental importância para as minhas conquistas de hoje, minha eterna gratidão.

O Prof. Esp. Aldair Péricles por ter aceitado ser meu orientador, e por ter me mostrado o rumo para conduzir este trabalho.

A Assistente Social Viviane Carvalho pela paciência e sabedoria, pelos conselhos e orientações que me dedicou como supervisora de estágio obrigatório, Na Unidade de Dialise Dr. Raimundo Bezerra - UNIRIM.

A todos os profissionais da Unidade de Dialise Dr. Raimundo Bezerra- UNIRIM, pelas experiências transmitidas durante o período em que estive entre elas, enquanto estagiária do setor de Serviço Social. A equipe de médicos e bolsistas, pela convivência harmoniosa durante o período de estágio obrigatório. GRATIDÃO!

A todo corpo docente da UNILEÃO, todos os funcionários, desde o pessoal da limpeza à coordenação. OBRIGADA!

*Quando tudo parecer dar errado em sua vida,
lembre-se que o avião decola contra o vento, e
não a favor dele (Henry Ford).*

RESUMO

O presente estudo visou discutir o processo saúde-doença que é uma expressão da questão social, reflexo do modo de produção vigente na sociedade, portanto, este trabalho orienta-se pelo método materialismo- dialético- histórico, na qual são compreendidas as contradições. Com o objetivo identificar a contribuição do trabalho do assistente social para que se efetive a atenção integral nos atendimentos aos usuários com doenças renais crônicas em terapia renal substitutiva, foi uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, realizado durante o estágio supervisionado I e II. Diante disso esse assunto versou sobre a construção da política da saúde, processo de reforma sanitária, a formação do SUS como direito universal e considerando como foco a importância da defesa dos direitos da pessoa com doença renal. Conclui-se que há uma série de fatores que incidem a questão do trabalho e sua precarização nos serviços de saúde, a fragmentação da assistência em saúde, a desarticulação de políticas sociais e o financiamento do SUS. Esses fatores refletem-se na tensão existente entre o que é preconizado pela política de saúde e sua efetivação embasada no projeto sanitário.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Doença Renal Crônica.

ABSTRACT

The present study aimed at discussing the health-disease process, which is an expression of the social question, a reflection of the current mode of production in society. Therefore, this work is guided by the materialism-dialectical-historical method in which contradictions are understood. The objective of this study was to identify the contribution of the social worker to the integral care of patients with chronic renal diseases in renal replacement therapy, a qualitative bibliographical research carried out during the supervised stage I and II. Faced with this, the subject was the construction of health policy, health reform process, the formation of SUS as a universal right and considering as a focus the importance of defending the rights of people with kidney disease. It is concluded that there are a number of factors that affect the issue of work and its precariousness in health services, the fragmentation of health care, the disarticulation of social policies and the financing of SUS. These factors are reflected in the tension between what is advocated by health policy and its effectiveness based on the sanitary project.

Keywords: Social Service. Health. Chronic Renal Disease.

LISTA DE SIGLAS

DRC – Doença Renal Crônica;

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada;

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais;

LOS – Lei Orgânica da Saúde;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões;

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social;

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar;

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

SUS – Serviço Único de Saúde;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I: A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COMO POLÍTICA E DIREITO SOCIAL.....	13
1.1 PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	13
1.2 DOENÇA RENAL NO CONTEXTO DAS DOENÇAS DA MODERNIDADE.....	22
1.3 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL.....	26
CAPÍTULO II: IMPACTO NA BIOGRAFIA DOS USUARIOS OCASIONADO PELA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).....	28
2.1-IMPACTO SOCIAL DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA VIDA DOS USUÁRIOS DE TERAPIA SUBSTITUTIVA.....	28
2.2 REBATIMENTOS DA DRC NO COTIDIANO.....	32
CAPÍTULO III: PROCESSO METODOLÓGICO.....	35
3.1 PERCUSSO METODOLOGICO.....	35
3.2 O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS EM CLÍNICAS DE HEMODIALISE.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente estudo foi identificar a contribuição do trabalho do assistente social para que se efetive a atenção nos atendimentos aos usuários com doenças renais crônicas em terapia renal substitutiva. Teve como objetivos específicos compreender o trabalho do assistente social na assistência integral ao usuário, identificar as relações entre o apoio social e as consequências do tratamento, destacar a concepção dos assistentes sociais na efetividade e defesa dos direitos disponibilizados aos usuários e sua família

Vale salientar que dentre as doenças da alta complexidade está a doença renal crônica que se constituiu um importante problema médico e de saúde pública em ascendência na atualidade, com tantos impactos sociais, sendo um determinante para a mudança de vida para o usuário.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica - DRC são: diabetes, hipertensão arterial, envelhecimento e histórico da doença na família. Além disso, a presença de obesidade e tabagismo acelera o desenvolvimento da doença aumentando a sua progressão culminando com a necessidade de Terapia Renal Substitutiva – TRS.

A terapia renal substitutiva é o método mais utilizado, porém é um tratamento longo e duradouro, que aliado a alguns sintomas da IRC, como dispneia (dificuldade respiratória), astenia (sensação de fadiga) entre outros, impõem severas limitações à vida diária do doente, com forte impacto social em sua vida cotidiana, conforme será abordado no trabalho.

O trabalho do assistente social na área da saúde compete-se a esclarecer junto aos usuários, seus direitos e o meio de exercê-los. Estabelecer conjuntamente com eles o processo de soluções de problemas que emergirem, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade, especificamente no atendimento ao usuário com doença renal crônica, visa cada vez mais dar atenção ao usuário, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, fundamentais para mediar os conflitos entre usuário e sua família. Quando uma pessoa possui uma doença incurável, que requer tratamento de longa duração e que impõe limitações.

A principal motivação da escolha dessa temática partiu da experiência do estágio curricular obrigatório, vivenciada na Unidade de Diálise e Transplante Renal Dr. Raimundo Bezerra - UNIRIM, localizada na cidade do Crato - CE, na qual pode-se através desse contato,

conhecer de forma mais abrangente inúmeros aspectos envolvidos no processo de mudança das pessoas com doenças renais.

A presente pesquisa foi bibliográfica com abordagem qualitativa, que teve como principais autores: Vieira (2006), Pacheco (2008), Iamamoto (2007), Bravo (2013), Correia (2003).

Este trabalho de conclusão de curso foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, intitulado “A Construção da Saúde como Política e Direito Social”, buscarei analisar e contextualizar a história da saúde, na qual era de forma seletiva e excludente, e as mudanças ocorridas na transformação em um direito universal e a política de atenção ao paciente renal.

No segundo capítulo “Impacto na biografia dos usuários com doença renal crônica” cuidados da saúde dos usuários com doença renal crônica, tendo como subitens o impacto social da doença renal e a relação entre usuário e profissionais de saúde enquanto aspectos sociais integrantes da busca por cuidados, finalizando o capítulo com a discussão dos rebatimentos da doença renal.

No terceiro capítulo “A inserção do Assistente Social em clínicas de hemodiálise”, analisaremos a atuação do Serviço Social, como também os desafios da profissão frente ao contexto da doença renal crônica.

E por fim foram apresentados os resultados encontrados, que irão ser de extrema importância para discussões e rebatimentos.

CAPÍTULO I: A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COMO POLÍTICA E DIREITO SOCIAL

1.1 PANORAMA DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para relatar trajetória da política de saúde no Brasil, é preciso reter os pensamentos quando o país começou a dar seus primeiros passos em direção que seria a atual política de saúde pública. Vale ressaltar as transformações, que passa pela Assistência médica dos IAPS, atravessando o período dos anos 80, da reforma Sanitária e culminando na afirmação da Universalização do acesso a saúde pública presente no SUS (Sistema Único de Saúde).

A partir do início do processo de industrialização do país pode-se observar a geração de novas frações da burguesia e a formação de camadas urbanas excluídas do processo político, como consequência o aumento da exploração e alteração das condições de vida da população.

Com o crescimento da urbanização e o desenvolvimento das grandes cidades, concentrou-se um número considerável de trabalhadores e o aumento da miséria, surgindo os primeiros bairros operários e sendo constituído como prova viva das contradições do sistema. A acumulação de lucros do mercado por parte de patrões industriais, e do outro uma miséria para a massa trabalhadora, teve como repercussão nas condições de saúde, com o aparecimento de epidemias e enfermidades. Com esse crescimento houve um índice grande de desigualdades como afirma IAMAMOTO (2001, p.16).

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho-, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do „trabalhador livre “, que depende da venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais.

Nesse contexto a questão social precisaria ser enfrentada de forma orgânica e sistemática criando-se então as políticas sociais como parte das estratégias destinadas a legitimação da ordem burguesa e da acumulação capitalista, sendo a saúde valorizada na metade do século XIX como questão política governamental.

Como o intuito da sociedade capitalista destinada a legitimação da ordem burguesa e da acumulação de lucro, pode-se relatar a construção da luta de classe sendo uma mediação entre a política e economia delimitados pela valorização do capital, (Bering, 2006). a autora reflete que

[...] a política social – que atende às necessidades do capital e, também, do trabalho, já que para muitos trata-se de uma questão de sobrevivência – configura-se, no contexto de estagnação, como um terreno importante da luta de classes: da defesa de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termos do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho. (BEHRING, 2006, p. 36).

A política social configura-se como processo complexo, multideterminado, contraditório e de constante relação, não necessariamente harmoniosa, entre Estado e sociedade. Em princípio tal política teria como finalidade atender as necessidades sociais e não contribuir com o lucro de instituições privadas (PEREIRA, 2008).

Decorrendo dessa conjuntura, o processo reivindicatório da classe operária por melhores condições de trabalho e a articulação dos primeiros movimentos em defesa da garantia de direitos e de saúde, foi aprovado em 1923 a Lei Elói Chaves levando ao surgimento da Previdência Social e posterior instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS). Modelo mantido pelas empresas que ofereciam serviços aos seus funcionários, sem a participação do Governo Federal. Com relação as CAPS, foi criado um método de assistência aos ferroviários, que além de prestar assistência médica, concedia aos mesmos preços acessíveis para a compra de medicamentos e métodos de aposentadorias e pensões para os seus herdeiros. “[...] favorecendo a conformação do modelo medico- assistencial privatista e a sua hegemonização nos anos subsequentes (CARVALHO, 2005)”.

O decreto tinha por alvo os trabalhadores operários urbanos como os ferroviários, trabalhadores do qual mais lhes eram de interesse das classes dominantes uma vez desses trabalharem nas estradas de ferro por onde o café e suas sacas eram transportadas:

“[...] em 1923, a Lei Elói Chaves (Lei nº.4682 de 24-1-1923) criava a Caixa de Aposentadoria e Pensões para os funcionários. Antes de 1930, duas outras categorias já recebiam o benefício do seguro social: portuários e marítimos, pela Lei nº. 5.109(20-12-1926) e telegráficos e radiotelegráficos, pela Lei nº. 5.485 (30-6-1928) “(SPOSATI, p.42).

No entanto, a intervenção do estado ocorreu impulsionada pelas transformações econômicas, sociais e políticas. Realiza-se transformações e iniciativas surgem no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício de algumas profissões e campanhas limitadas.

Quando Getúlio Vargas chega ao poder por meio da revolução de 1930, marca-se pela tutela sobre os sindicatos e um novo tipo de submissão das classes trabalhadoras ao Estado, que deu origem ao populismo trabalhista. Diante das mudanças ocasionadas, cria-se uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: Saúde pública e o de Medicina Previdenciária, na qual foi criado o Ministério de educação e saúde, substituindo as caixas por

Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passaram a ser dirigidos por sindicalistas. As suas atribuições muito semelhantes às das caixas, previam assistência médica, sendo sustentado ainda pelas contribuições sindicais, vinculado a previdência Social. Vale ressaltar que nas CAP's os trabalhadores dividiam-se por empresa (cada empresa tinha sua CAP), e quando passaram às IAPs, estes então dividiram-se em categorias profissionais (Simões, 2007:124-125).

Vale ressaltar que a Assistência Médica passou a ser caracterizada exclusivamente como benefício vinculado a Previdência Social e assim consequentemente restrita a trabalhadores formais. Contudo atribuiu-se à Previdência um teor contencionista, destinando-se mais ao acúmulo de reservas financeiras haja vista que,

Além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAP'S tinham até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimentismo econômico deste período, como instrumento de captação de poupança forçada. Nesse contexto político o enfrentamento da questão social pelo Estado fez-se através da extensão da educação, ampliação da previdência social, combate às doenças endêmicas e melhora da habitação popular (NICZ, 1982)

Durante esse período, até 1950 desenvolveu-se poucas ações voltadas para a assistência à saúde da população, havendo apenas a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU, sendo com uma motivação e tentativa de priorizar a saúde com a finalidade de oferecer um serviço de qualidade a população.

Destacando a ampliação da saúde pela extensão relativa do atendimento e pela sofisticação da estrutura do aparelho estatal com maior centralização. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, na qual era parte do órgão ministerial encarregado da educação. O novo ministério manteve basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, com ampliação do atendimento as enfermidades. Houve um aumento das atividades no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), preocupando-se com assistência medica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina “tropical”.

Seguindo nesse mesmo pensamento o período de 1956 - 1960 ficou marcado pelo desenvolvimentismo na qual foi ocasionado grandes transformações econômicas. Durante esse período foi feita uma tentativa de coordenar os vários órgãos envolvidos no combate, controle ou erradicação de 29 doenças específicas, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) (SCOREL; TEIXEIRA, 2008)

Em anos posteriores iniciados pelo governo de Jânio Quadros foram marcados pela instabilidade política e econômica, sendo o conceito de saúde dialogado no congresso de higiene em 1962. A saúde da população deveria ser entendida como suas condições globais de trabalho. Reconhecia um círculo vicioso entre pobreza e doença e subordinava sua interrupção a um projeto de desenvolvimento nacional (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesta época significou a nova tendência do desenvolvimento econômico- social e político. Os programas de saúde e educação se desenvolveram baseados no privilégio do setor privado. A questão da medicalização foi imposta enquanto estratégia de ações voltadas para assistência curativa individual, sem enfoque em ações coletivas e preventivas.

Antes do Golpe militar houve a III Conferência Nacional de Saúde com a finalidade de estudar a situação sanitária nacional e ratificar programas de saúde, formando através das necessidades e possibilidades do brasileiro. A sugestão da conferência era a criação de uma lei municipal para todos os municípios criarem seus serviços de saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Até a década de 1960, a atenção à saúde esteve dividida em três subsistemas: a previdência social, o Ministério da Saúde e o setor privado autônomo (LOBATO, 2012).

No Brasil houve uma crescente transformação do estado em relação a sociedade civil, de forma abrupta e profunda, significou a nova tendência do desenvolvimento econômico-social e político. Os programas de saúde e educação se desenvolveram baseadas no privilégio do setor privado. A questão da medicalização foi imposta enquanto estratégia de ações voltadas para assistência curativa individual, sem enfoque em ações coletivas e preventivas.

Em 1966, houve a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que ofertava seus benefícios apenas para trabalhadores com carteira assinada. Os trabalhadores informais, já que estes não contribuíam, logo não estavam segurados, ou seja, sem emprego, eles não seriam cidadãos de direitos.

Portanto a saúde estava vinculada ao trabalho e ao mercado. Sobre este último, Bravo registra que

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização (BRAVO, 2006, p.92).

Na década de 70, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que auxiliou neste repasse de verbas do sistema público para a iniciativa privada. Portanto, o país apresentava um modelo hegemônico médico assistencial-privatista. Mas foi também nesse período que surgiram os alicerces político ideológicos para o surgimento do movimento da Reforma Sanitária (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Esse movimento teve afirmação à saúde, reconhecendo-a como direito universal e a organização de um sistema público estatal, de modo a reter o crescimento da assistência privada, na qual fortalecia a exclusão e tornava dispendiosa a prestação de serviços, devido aos custos tanto para o estado como para sociedade civil.

Em 1974 os militares criaram o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ) que ajudou a reformar e ampliar a rede privada por meio de empréstimos. Cria-se muitos leitos privados, o modelo do regime era pautado pelo pensamento da medicina curativa, tendo poucas medidas de prevenção e sanitárias sendo tomadas.

Não bastava o aumento da privatização em 1979 a câmara dos deputados promoveu o I simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, contando com a participação de inúmeras pessoas e chegou a conclusões favoráveis ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS (RONCALLI; SOUZA 1998).

O marco do MRS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que tendo a participação da sociedade civil através dos profissionais de saúde, dos partidos políticos, dos movimentos sociais urbanos, “contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados.” (BRAVO, 2006, p. 96).

Esse fato possibilitou uma ampla discussão sobre a questão saúde junto da sociedade brasileira, que foi além da análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo não apenas um Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Com a criação da constituição de 1988 foram evidenciadas várias mudanças como reconhecimento da política social no âmbito dos direitos sociais, ampliando os benefícios assistenciais, de saúde e previdenciários.

Contudo, na ampliação de mudanças e na cobertura das políticas sociais não ficou isento às ideias neoliberais presentes no processo de efetivação das políticas, tornando-as, também instrumentos de valorização do mercado. As políticas sociais ainda são a única proteção concedida pelo estado à trabalhadores, pois buscam

[...] viabilizar o bem-estar da maioria que não pode encontrá-lo no mercado porque ali somente alguns poderão ter o lucro e a 'proteção social' como mercadoria na forma de serviços privados de educação, saúde, previdência, lazer, etc. (GRANEMANN, 2007, p. 45).

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência são resultados das lutas de trabalho, uma vez que atendem as necessidades movidas por princípios e valores socializados pelo trabalhador e reconhecidas pelo Estado e patronato (MOTA, 2006)

A partir das novas perspectivas no âmbito da saúde, no período da Nova República, as lideranças do Movimento Sanitário ocuparam a direção da saúde (INAMPS e Ministério da Saúde), o que permitiu a realização de convênios com as secretarias Estaduais e Municipais para a realização de ações de Saúde Pública e assistência médica. Essa diretriz política potencializou e ampliou as AIS, conferindo-lhes uma função de estratégia de reformulação do setor, que ultrapassaria o nível de programa isolado e paralelo. No campo da operacionalização, permitiu-se um amplo processo de descentralização das ações, passando-se das AIS para a construção de um Sistema Unificador Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. Por esse sistema as superintendências estaduais do INAMPS passaram a ser dirigidas pelos secretários estaduais de Saúde (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Foi a luta pela democratização da Saúde que pautou os principais argumentos de mudança na área da Saúde que fortaleceram a Reforma Sanitária brasileira, através da análise de que os problemas da Saúde não seriam resolvidos apenas de uma forma técnica, mas também através de uma alteração política que possibilitasse à população o pleno exercício da democracia. Entre a década de 1990 e os anos 2000, observa-se, com a consolidação do sistema democrático brasileiro e fortalecimento da política nacional, que a perspectiva dominante anteriormente devido à luta pela democratização foi sendo perdida aos poucos.

No período de 1989 – 1990, foi elaborada a lei n.º 8080/90, a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Além disso, foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal. As Leis Orgânicas Municipais, promulgadas em 1990, incorporam os princípios constitucionais, federal e estadual e trouxeram para os municípios um novo papel frente ao SUS. Face aos vetos que ocorreram na lei n.º 8080/90, registrou-se uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária de Saúde, que forçou um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e no

governo, resultando na lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990. Essa lei resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros da saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para que os municípios e estados pudessem receber recursos Federais. No início da década de 1990 iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde e de um novo arcabouço jurídico: a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a lei n.º 8080/90 e a lei n.º 8142/90 (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Ainda que a Reforma Sanitária fosse portadora de um projeto societário que esboçava uma proposta radicalmente democrática não só para a política nacional bem como para a atuação na área da Saúde, vale destacar, conforme Kruger que este:

Não foi um processo homogêneo, mas recheado de contradições e por várias direções ídeo-políticas. Ainda que se tenham várias avaliações das conquistas políticas e jurídicas na Saúde conseguidas com a Reforma Sanitária, também se avalia seus limites quanto a organicidade do Movimento com as bases sociais. (KRUGER, 2015, p.128)

A saúde já estava sendo reconhecida com uma preocupação no coletivo, uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. Sendo enfatizado descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social como diretrizes políticas, foi proposta que encontrou assento na Constituição Federal de 1988, no art. 196, Capítulo II, Seção II o qual institui. 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 (BRASIL, 1988).

Diante da inserção da política da saúde na constituição de 1988 como um dos tripés da política de seguridade social sendo compreendida como ações dos poderes públicos e da sociedade, isto é “(...) ações positivas que passam a ser implementadas de forma ampliada pelos Estados sobressaem às políticas sociais de caráter universal, concebidas como contrapartida de direitos de cidadania” (VIANA, 2006, p.8).

Os grandes debates que foram promovidos sobre a qualidade de vida da população e das propostas de governo, foram de importância para que a temática saúde deixasse de ser discutida prioritariamente por técnicos da área e passasse a assumir uma dimensão política, vinculada a democracia.

A política da saúde teve avanços significativos como o reconhecimento jurídico do SUS, apesar disso essa política não se deu na mesma proporção do âmbito legal. Neste período, “o Governo Brasileiro passou a adotar, tardiamente, o chamado projeto de desenvolvimento econômico, sob a orientação da ideologia neoliberal, na busca de inserção do Brasil na chamada competitividade da economia globalizada” (YASBEK et al, 2011, p. 27).

A questão social emerge com a industrialização e urbanização. A resposta do Estado se faz a partir com a minimização de suas ações para as políticas sociais, sendo de interesse do mesmo apoiar o crescimento do mercado, afetando o processo de construção do SUS.

[...] o pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da integralidade, da igualdade, da regionalização e da participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias (SANTOS, 2007, p. 03).

Adentrando no decorrer da implantação do SUS, ocorre a reforma do estado conduzida pelo Ministério da Fazenda, redirecionando o papel do estado na política de ajuste neoliberal, sendo proposto a redução de custos e privatizando as ações das políticas públicas.

No plano da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, o Governo FHC partia do princípio de que as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. Avaliava, ainda, que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública”. Àquele modelo de gestão do Estado, chamou de “administração gerenciada” (REZENDE, 2008, p. 25).

Enquanto a concepção de seguridade social sendo afetada pelo desmonte do Estado, gerando retrocessos no financiamento e gestão de recursos humanos, precisando ser compreendida nas perspectivas de integralidade e intersetorialidade:

[...] a inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência, alcançando, em 2005, o volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais, 360 milhões de exames laboratoriais, 10 milhões de ultrassonografias, 1,2 milhão de tomografias, 213 mil ressonâncias, 9 milhões de seções de hemodiálise, 23.400 transplantes de órgãos e tecidos, importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras), 152 milhões de vacinas, controle da AIDS, ações de vigilância em saúde e outras (SANTOS, 2007, p.02).

Um dos passos mais importantes como o autor revelou acima foi a universalização dos cuidados em saúde, mas há evidências que a elaboração ideopolítico e estratégico do SUS não foi efetivamente implementado, causando a mercantilização da saúde.

Esse modelo está voltado para a contenção dos custos públicos para as políticas sociais e a redefinição da relação público e privado. A assistência à saúde para a população estaria determinada pela lógica privada negando os princípios constitucionais que entendem a saúde como bem público, e abrem espaço para mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs (CORREIA, 2012).

A autora redireciona os serviços de saúde em detrimento da saúde como direito e dever do estado. Sendo observado em todo o processo histórico da assistência à saúde no Brasil, o qual tem o estado como mediador da privatização de serviços da saúde.

Enquanto ao processo de historicidade da política de saúde, verifica-se que não foi construído um conceito de saúde e sim consumidores da saúde como diz Pinto, 2003:

Os planos privados de assistência à saúde atuam no sistema de saúde brasileiro, configurando-se enquanto mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira: pessoas de maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, moradores das capitais/regiões metropolitanas, locais em que o acesso à rede credenciada de prestadores de serviços e o número médio de prestadores por operadora é superior àquele observado nos municípios de menos de 80.000 habitantes (PINTO, 2003, p. 02)

Com o SUS na sociedade atual misturando os princípios da reforma sanitária e do modelo privatista, na qual sendo definido como projeto sanitária flexibilizada desde os anos 90.

O Brasil, da década de 1990, viveu de forma aguda as consequências de opção política que levou à adoção do ajuste neoliberal em todas as suas dimensões econômicas e sociais. Na saúde, articulado ao projeto societário, é elaborado o Projeto Privatista que tem como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (BRAVO, 2013, p. 177 - 178)

O cenário não mudou com a candidatura de Luiz Inácio da Silva, na qual advindo do partido que tinha interesses consoantes com a classe trabalhadora não houve mudanças, sendo que seu projeto inicial de fortalecimento das políticas sociais tendo aceitado propostas iniciadas no governo de Fernando Henrique Cardoso com ideias que seguiam o rumo com ideias que seguiam a lógica econômica de orientação neoliberal.

Na política de saúde, se nos anos 1980 e 1990 o embate de projetos se dava entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, no governo Lula, se corporifica um

“novo” projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto *SUS possível*, defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS. Impulsionado pela grande legitimidade popular e contando com a colaboração dos defensores do projeto *SUS possível*, a gestão Lula lança o projeto de Lei 92/2007 que regulamenta as Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão de diversas instituições públicas, dentre elas as de saúde (SOARES, 2010, p. 16).

Sendo implementado o projeto de lei 92/2007 que apresenta como argumento na agilização dos processos de licitações e contratações de recursos humanos com a modernização da gestão. Com um avanço das propostas de reformas do estado. No governo referido acima foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSERH.

Com a motivação de conter os gastos públicos para as políticas sociais e a redefinição da relação público e privado. A assistência à saúde para a população estaria determinada pela lógica privada negando os princípios constitucionais que entendem a saúde como bem público, e abrem espaço para mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs (CORREIA, 2012).

1.2 DOENÇA RENAL NO CONTEXTO DAS DOENÇAS DA MODERNIDADE

Como se observa tanto a saúde como a doença são construções sociais, na qual acreditasse que um serviço de saúde terá recursos para responder aos problemas apresentados, configura-se saúde com um conjunto de pessoas por diversificadas idades, que apresentam problemas de saúde, nos diferentes graus uma etiologia sociocultural.

Em determinadas situações e diversos momentos, os problemas de saúde são classificados como doenças, sendo como forma de categorizar esses problemas, justificando assim os cuidados de profissionais.

Segundo FILHO (2005, P. 40), o conceito de saúde:

[...] a saúde como um fenômeno, aposta que tal conceito é visto como um fato, atributo, uma função orgânica ou uma situação social, envolvendo determinados juízos de valor na medida em que pode ser definido negativa ou positivamente.

A saúde na prática é quase sempre exibida nos termos de ausência ou presença de algum sinal, sintomas ou diagnósticos de alguma doença, a saúde intervém no sentido de evitar doenças prologando assim a qualidade de vida físico e mental do indivíduo.

Já pode-se conceituar a doença como a falta ou a perturbação da saúde, já que seu conceito é resultado de muitas linhas de acontecimentos, em que se deu através da história.

Na história saúde e doença foi sempre pautada pela Inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que os cercam, considerados elementos naturais que habitam desde os séculos passados e que provocam sentidos e impregnando assim a cultura, valores e crenças.

O caráter da doença já vem sendo discutido desde o final dos anos sessenta, no qual vem se debatendo se a doença é algo biológico ou, é tido como social, a partir disso ocorre um questionamento do paradigma dominante da doença, conceituando assim, como fenômeno biológico individual, o ressurgimento desse caráter de doença então deve ser buscado tanto no desenvolvimento da medicina como no meio social. (LAURELL, 1982).

A contribuição para o processo de adoecimento destaca-se aqui os fatores como ambiente, hábitos alimentares, educação, valores, desigualdades nos acessos aos bens de serviços, desigualdades de direitos, condições de lazer, a disposição, qualidade e cuidados no atendimento médico.

Para se compreender os determinantes sociais de saúde é indispensável ter a noção das condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade, relacionando as condições de vida e de trabalho, esses são um dos inúmeros fatores socioculturais que apresentam a participação no processo de adoecimento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “a saúde é definida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade”, com isso foi percebido que a promoção precisava ir além do discurso da ausência de doença.

Pode-se discutir o processo saúde- doença tornando compreendido a fisiopatologia da Doença Renal Crônica (DRC), pois a mesma pode ser vista como um caso saúde pública, é importante entender as causas das doenças e quais as consequências que a mesma traz a vida do usuário.

Desta forma, o processo saúde- doença está diretamente ligada a forma de como o ser humano está ligado a forma de que este foi se aprimorando da natureza para transforma-la, buscando assim o atendimento de suas necessidades, esse processo representa um conjunto de relações que produz e condiciona o estado de saúde e doença da sociedade, em quem vai se modificando em diversos momentos histórico.

Entende-se a explicação do adoecimento por fatores socioculturais, como comportamentos, hábitos e atitudes ou por estruturas sociais como a pobreza, ignorância, infraestrutura sanitária, impede que se possa reduzir a explicação diagnóstica e fatores médicos.

Com o grande processo de urbanização e do aumento da expectativa de vida como produto do avanço científico e tecnológico fez com que houvesse importantes alterações no

modo de vida da população que refletiu na saúde. “Assim como no século XX as doenças infectocontagiosas necessitaram de grandes esforços para a diminuição de seu impacto, o novo século apresenta um novo desafio: as doenças crônicas”. (QUADRANTE, 2007).

Com o envelhecimento da população as doenças crônicas passaram a ter uma crescente demanda aos serviços de saúde. Segundo Kusumota et al, (2004, p.525):

as alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam doença, mas a probabilidade de seu aparecimento aumenta com a idade, uma vez que o envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis aos processos patológicos, caracterizando a senilidade.

A realidade brasileira é a convivência com as doenças da modernidade, com os índices crescentes nas doenças cardiovasculares e doenças antigas, na qual pouco foram reduzidas nos indicadores epidemiológicos. O fato é que esse quadro é refletido pelo quadro de desigualdade socioeconômico do Brasil, fazendo com que nossa população tenha entre as causas de morbimortalidade três situações distintas e paralelas: doenças da pobreza (doenças antigas e negligenciadas – tuberculose, chagas, entre outras); doenças crônico degenerativas (doenças da modernidade) e traumas e mortes causadas pela vida social (acidentes, homicídios, violência social). Como afirma Ramos et al (1987):

A problemática decorrente do envelhecimento, no que diz respeito à saúde, tende a ser a mesma que se verifica nos países desenvolvidos (doenças crônicas requerendo cuidados continuados e custosos), agravada pelo fato de persistirem enquanto prioridades problemas como desnutrição e doenças infecciosas.

Através de doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, predispõe a doença Renal. Além disso, as alterações anatômicas e fisiológicas nos rins decorrentes do processo de envelhecimento constituem um agravante aumentando a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos. (Kusumota et al, 2004).

Trazendo a necessidade de políticas voltadas para o aumento de sobrevida dos usuários e de sua qualidade de vida, ou seja, garantir a assistência para a prevenção e detecção precoce das doenças, ofertando e estimulando práticas de prevenção primária, diagnóstico precoce e promoção da saúde.

Com o intuito de advertir pessoas não doentes, cabe ainda criar e divulgar políticas e campanhas para o alerta sobre os fatores de risco para que gere mudanças no estilo de vida e com isso haver a redução de incidência quem possam levar a Insuficiência Renal.

Os rins são dois órgãos localizados na parte de trás do abdômen que são responsáveis pelas 4 funções do organismo: Eliminar toxinas do sangue por um sistema de filtração; regular a formação do sangue e a produção dos glóbulos vermelhos; regular a pressão sanguínea e controlar o balanço químico e de líquidos do corpo.

A insuficiência renal é a perda das funções dos rins e pode ser aguda ou crônica: A Insuficiência Aguda: é caracterizada por redução rápida da função dos rins que se mantém por períodos variáveis, resultando na incapacidade dos rins exercerem suas funções básicas. Em muitas ocasiões o usuário necessita ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar.

A insuficiência crônica: É Caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível, fazendo com que a pessoa se submeta a vários dias de tratamento contínuo para substituir a função renal.

Os tratamentos indicados para a terapia Renal Substitutiva:

- ✓ Hemodiálise- promove a retirada das substâncias tóxicas, água e sais minerais. É realizada três vezes por semana, com duração média de três a quatro horas.
- ✓ Dialise peritoneal ambulatorial contínuo- É a infusão e drenagem do banho de diálise na cavidade abdominal através da chamada membrana peritoneal.
- ✓ Diálise Peritoneal Automática – DPA - funciona de forma semelhante à CAPD, porém as trocas são realizadas durante a noite, enquanto o usuário está dormindo. As trocas são feitas de forma automática, com o auxílio de uma máquina conhecida como cicladora. A máquina é fornecida por uma empresa conveniada à Secretaria Estadual de Saúde e fica consignada ao usuário, sendo o valor do procedimento pago pelo SUS.
- ✓ Diálise Peritoneal Intermitente – DPI - Realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

O usuário deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios e riscos.

Foram utilizadas como modalidade terapêutica para a Insuficiência Renal Crônica em 1940 as primeiras hemodiálises. Com a descoberta de imunossupressores e, recentemente a utilização de eritropoetina recombinante, possibilitaram a confecção da fístula arteriovenosa, proporcionando maior sobrevida aos doentes. (MACHADO E CAR, 2003, p.28).

Outra forma de tratamento é a realização de transplante, sendo uma solução que permite a sobrevida e melhor qualidade de vida.

Diante do crescimento dessa doença, pode-se observar que atualmente, mais de 120 mil brasileiros têm insuficiência renal e fazem hemodiálise. A cada ano, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, 21 mil pessoas entram nesse grupo.

1.3 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

Torna-se relevante elencar de forma breve a história da evolução da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal no Brasil para que se compreenda que a política se regulamenta na assistência ao público alvo, configurado em Centros de Diálise e de alta complexidade.

A assistência ao paciente renal crônico teve início na década de 1970, na qual se consolidou em 1976 através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), contudo esse benefício só era concedido para as pessoas que tinham carteira assinada, com as dificuldades de assistência restrita e de baixo porte,

Nota-se que a partir dos anos 1970, o INAMPS foi ator decisivo para a difusão destas tecnologias, contribuindo para a consolidação de um mercado predominantemente privado de prestação de serviços, articulado a um segmento de fornecedores de máquinas, equipamentos e medicamentos utilizados em terapias renais substitutivos altamente monopolizados. (CHERCHIGLIA ET. AL, 2006, p.12 e 13).

No ano de 1996 houve uma tragédia em Caruaru- PE, na qual morreram 80% dos pacientes por hepatite tóxica, uma infecção causada pela bactéria micro cistina, transmitida através da água contaminada durante a realização do tratamento. Este acontecimento teve repercussão na imprensa nacional e internacional ficando conhecido como “A Tragédia de Caruaru ou A Tragédia da Hemodiálise”, fato marcante que viria a transformar a prática clínica em Nefrologia (COMPAGNON, 2004).

Com a necessidade de acompanhar os usuários renais, preveni-los, institui-se a Política Nacional de Atenção dos Portadores de Doença Renal pela portaria Nº1. 168/GM em 15 de junho de 2004, delegando as atribuições e competências das três esferas de gestão. Ou seja, cada órgão legislador tem atribuições próprias para promover a promoção, prevenção e tratamento das doenças renais, como também o acesso a medicamentos gratuitos a usuários com DRC no país. Foi um avanço significativo para o portador de DRC no Brasil, no intuito de viabilizar assistência integral de acordo com os princípios e diretrizes que rege o SUS por meio da constituição de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).

O artigo 3º define os componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, sendo: a atenção básica, média complexidade e alta complexidade, na qual é uma rede que devesse ser interligada a proporção de assistência de qualidade ao usuário com DRC, visando a prevenção da doença. Como ressalta também no mesmo artigo no inciso III na alta complexidade, que garante o acesso e assegura a qualidade do processo de dialise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida. Já a assistência na alta complexidade se dá por meio dos serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia.

Em 15 de junho de 2004, foi instituída a Resolução de Nº154 com o objetivo de regulamentar o funcionamento dos serviços de Diálise. Nesta resolução o Art. 1º ressalva “Estabelecer o Regulamento Técnico para o Funcionamento do Serviço de Diálise, na forma do anexo desta Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), disciplinando as exigências mínimas.”

Essa resolução ressalta de como os Centros de Dialise devem funcionar, a viabilidade de interferir na história natural da doença através da melhoria de atenção à saúde em todos os níveis de atenção e gastos cada vez mais elevados com o tratamento das doenças renais.

Diante disso traz a necessidade da construção do modelo de atenção integral aos pacientes com hipertensão e diabetes. O objetivo é reduzir o número de pacientes que chegam a hemodiálise.

O acesso da população à rede de acordo com o SUS, deve-se dar através dos serviços do nível primário de atenção. Dessa forma, “a rede de serviços, organizados de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento e atendimento dos problemas de saúde da população” (CASTAMANN, 2004, p 105).

Com esse órgão fiscalizador dos Centros de Diálise deve estar autorizada pela Vigilância Sanitária da localidade Estadual e/ou Municipal obedecendo as exigências previstas na resolução de Nº154.

Os Centros de Diálise devem ter uma equipe capacitada para proporcionar todos os atendimentos de qualidade. Portanto o conhecimento sobre a política é de grande relevância principalmente para os usuários com DRC, cujo, serve como conscientização de como se deve funcionar os serviços prestados na clínica já que são o público alvo dos serviços prestados para sua sobrevivência e que é um direito de eles usufruírem.

No próximo capítulo será abordado as mudanças que o usuário enfrenta ao ser diagnosticado com Insuficiência Renal Crônica.

CAPÍTULO II: IMPACTO NA BIOGRAFIA DOS USUÁRIOS OCASIONADO PELA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

2.1 IMPACTO SOCIAL DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA VIDA DOS USUÁRIOS DE TERAPIA SUBSTITUTIVA

Diante do conceito saúde-doença a sua compreensão ultrapassa aspectos biológicos, envolvendo todo o contexto social, englobando as condições econômicas do usuário, suas relações sociais e os aspectos sociais e culturais.

No momento em que o ser humano no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transforma-la, tendo como o objetivo de atender suas necessidades, atrelando-se a saúde e a doença como processos psicobiológicos e socioculturais, cabe definir o que se passa antes, depois e em torno da realidade de uma doença.

É bastante significativa a repercussão do diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica sobre o modo de vida dos usuários. Pois à uma adaptação ao conjunto de mudanças nos hábitos e é a existência ou não dessas mudanças que configura e dimensiona a adesão ao tratamento, fundamental para evitar o agravamento da doença.

A doença ocorre como algo inusitado na vida do paciente rompendo assim com a rotina do mesmo e de seus familiares, onde passam a estabelecer uma vivência diferente para que possam atender as necessidades.

A condição de doente renal e tratamento dialítico ocasionam várias limitações físicas, sociais e econômicas que ocorrem na rotina do usuário, como a perda de emprego gerando assim muitas vezes problemas financeiros, dependência da Previdência Social, o isolamento social, onde acarreta a perda das relações sociais, na capacidade de locomoção, no lazer, pois o usuário torna-se dependente de diálise. “O doente com IRC passa por graves mudanças na vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na vida sexual, que acarretam alterações na sua integridade física e emocional” (RAMOS, 2008).

O modo de cada usuário vivenciar essa nova fase, é algo pessoal e desenvolvimento de habilidades cognitivas para o enfrentamento é um processo particular, o tratamento provoca modificações físicas e profundas. A relação dos usuários com as modificações físicas provoca impotência perante o corpo em que cada um possui diferentes níveis de capacidade para enfrentar ou responder a vivência da nova realidade experimentada, cujo, permite que cada pessoa atribua seus próprios significados.

Logo com esse processo essas pessoas podem enxergar seu tratamento de forma negativa, já que compromete as atividades diárias, impactando sua locomoção durante todo o tratamento.

É importante ressaltar que o fator fundamental para a otimização do tratamento é a participação ativa dos usuários, no quanto cada um enfrentará o processo de adoecimento, estabelecendo uma relação singular. como diz

A qualidade de vida é um conceito amplo e complexo e refere-se a aspectos subjetivos percebidos de diferentes modos, contemplando as esferas do bem-estar físico, mental desempenho no trabalho e participação social (MACHADO E CAR, 2001, p. 27).

O contexto social dos renais crônicos diante do impacto da doença e da necessidade do tratamento, na qual no início dos procedimentos o usuário necessita submeter-se a restrições alimentares, ao uso de medicamentos, a uma série de exames e a restrições hídricas. Além disso o tratamento impõe uma barreira em função da restrição da liberdade devido a liberdade a obrigatoriedade em frequentar o hospital três vezes por semana, em sessões de dialise que usualmente duram três horas.

A família vivencia uma situação estressante em decorrência de uma doença persistente e passa a reavaliar os saberes e significados, fazendo ajustes as condições e criando expectativas frente a realidade da cronicidade. Assumem cuidados e aprendem a buscar recursos que facilitem e acomodem as necessidades do momento. Embora encontrem dificuldades, famílias falam diante dos fatores estressores, até porque os membros não se adaptam de maneira uniforme, visto que cada pessoa possui uma crença no que diz respeito ao adoecer. A doença faz com que os familiares se concentrem de forma intensa no cuidado com o doente. Mostrando a necessidade de um ciclo familiar, impulsionando os integrantes a buscar recursos que auxiliem a lidar com as demandas exigidas sem colocar em risco o seu desenvolvimento e o da família como um sistema.

Com o início do tratamento ocorre uma mistura de sentimentos, fazendo com que o usuário perca motivações para a realização de simples coisas no dia- a dia, é comum que o usuário apresente sintomas de depressão em determinadas situações como a gravidade da doença e duração do tratamento, podendo ter como consequência a mortalidade, diminuindo a imunidade, cuidados pessoais, a aderência ao tratamento e dietas adequadas relativos aos usuários . Para uma melhor aderência ao tratamento deve ser levando em conta o suporte social, a percepção que o usuário possui da doença, fatores psicossociais, motivação do usuário, crença em relação à doença, tempo de tratamento prescrito, apoio da família, podendo influenciar na

aderência à dieta, aderência ao tratamento dialítico e aderência à medicação (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

Para uma melhor aderência a terapêutica o processo também pode ser entendido como um trabalho conjunto com a equipe de profissionais de saúde, familiares, amigos envolvidos direta ou indiretamente no tratamento, trazendo uma importância maior para a profissionalização e o preparo de profissionais. A interação entre a equipe médica e o paciente são também fatores importantes para uma melhor adesão terapêutica (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

Os impactos ocasionados pela doença refletem no psicológico e no social das pessoas no desde a descoberta e a consequência dessa dependência das máquinas de hemodiálise, trazendo o impacto e a mudança de rotinas na vida de familiares que os acompanham no tratamento. O estado de cronicidade que as pessoas com DRC vivem, por meio do tratamento e afastamento laboral, pode acarretar mudanças de valores, crenças, hábitos e conhecimentos individuais e coletivos, propiciando uma cultura que relaciona o estar com a doença, com o estar mais próximo da morte (CAMPOS et al., 2015).

O Acesso aos serviços de saúde são fatores que influenciam na vida cotidiana na vida dos portadores da doença renal crônica, na qual muitos necessitam de transporte para se deslocarem até as unidades de dialise para realizar o tratamento, algumas vezes tendo que se deslocarem até outra cidade, se deparam com a complexidade das articulações entre as políticas municipais. Diante disso, o princípio básico do Sistema Único de Saúde- SUS, que considera a “ universalidade de acesso aos serviços de saúde” nota-se que é utópico, visto que o sistema ainda não está totalmente implementado, e quando o intenso contato do Sistema de Saúde diminui, um possível retorno a vida normal traz novas preocupações, com novas responsabilidades dadas a família no cuidado com o usuário, gerando assim mais um ponto de impacto sobre a vida do mesmo.

O fato de os mesmos realizarem tratamento em outro município se dá devido a inexistência de serviços de saúde especializados em terapia renal isso leva as pessoas com DRC a mudarem totalmente sua trajetória, visto que é necessário se deslocarem sempre deixando sempre sua família, filhos por cuidado de outras pessoas levando em conta também o custo benefício de se deslocar de um município para outro, portanto é necessária lutar para que necessidade de se fazer o tratamento não seja um empecilho para o desenvolvimento do mesmo, ajudando assim o usuário ter uma autoimagem positiva de si e descobrir estratégias para conseguir viver dentro do limite.

Pode-se afirmar que a família também sofre um impacto em sua organização e funções, pois passar a adaptar o convívio familiar voltado para as necessidades e atividades relativas ao tratamento e apoio ao portador da doença. (BRAZ, 2008, p. 53).

Como já foi visto o usuário tem algumas dificuldades físicas e essa adaptação tende a se desenvolver no decorrer da evolução da doença, por isso se exige uma dedicação e esforço da família para o mesmo, que se manifesta de várias formas, uma delas seria o acompanhamento de algum familiar nas sessões de hemodiálise. Mesmo sendo hemodiálise em casa, a família sempre tem que se fazer presente.

A luta é necessária para que os usuários que realizam o tratamento se desenvolva nas atividades sem que não haja nenhum empecilho para realizar o mesmo, contribuindo assim para que a seja feita uma imagem importante sobre si, descobrindo várias maneiras para viver dentro dos limites e viver nas condições que lhe são cabíveis para assumir responsabilidades e ser um indivíduo ativo na sociedade.

A família é o primeiro grupo na qual o indivíduo, ou seja, é a rede de contato inicial de relações do usuário é a estrutura básica que deve ter seus papeis limitados, Segundo Contim (2001) a família é uma unidade primaria de cuidado, pois é nesse espaço em que seus membros interagem, trocando informações e buscam estratégias para solucionar e amenizar o problema.

O usuário e a família se organizam de acordo com as mudanças permanentes e negociam os papeis para os cuidados, onde o afastamento do usuário do contexto familiar e de casa, leva a família a mudar os papeis familiar, quebrando rotinas, o isolamento e perda de controle, diante do exposto acima a família vê diante de dilemas como cuidados do usuário renal que estão em casa e outras doenças da família.

É de grande importância que haja um vínculo familiar para que o indivíduo esteja amparado nesses momentos de incertezas e lutas, por isso é importante que saibam a realidade do usuário, conhecendo os reais direitos sociais e legislação social em vigor. A família irá conviver com o usuário e a doença, portando deve ser considerada como aliada no acompanhamento do renal crônico, compartilhando perdas, limitações e cuidados.

Assim o impacto que a doença renal terá na família dependerá de um conjunto de fatores, o grau de cuidado referido, a limitação do usuário nas atividades físicas, responsabilidades financeiras e características do problema de saúde.

Os doentes renais apresentam uma ruptura da normalidade quando diagnosticados com DRC, expressam uma mudança no papel social, caracterizada pela diminuição de suas atividades laborais (GONÇALVES, 2012).

Esta atividade sendo uma das formas de interação social acarreta inúmeros conflitos no convívio familiar, pois é uma das formas de proporcionar ao indivíduo meios necessários de sua subsistência, a DRC causa fragilidade física que acarreta na diminuição de atividades laborais, causando frustração no adoecido.

Constata-se que os determinantes sociais em saúde são as condições em que os indivíduos vivem, onde a saúde e a doença são diretamente influenciados pelo contexto social que significa que é relevante considerar os aspectos econômicos, culturais em que o sujeito está inserido para entender como isso afeta sua vida.

2.2 REBATIMENTOS DA DRC NO COTIDIANO

É difícil conceituação abrangendo um contexto universal, com caráter subjetivo que concebe muitos significados, desde vivências, princípios, tradições, experiências de vida, valores, sendo um processo de construção social e cultural. A definição da qualidade de vida (QV) esbarra em um processo subjetivo e multifacetado das ciências humanas, ultrapassando barreiras multidisciplinares e ganhando destaque na busca da construção de novas realidades que alcancem um equilíbrio do ser humano e sua passagem pela vida (SOUZA; SOUZA; ANDRADE, 2015).

É um conceito elevado, que se trata do bem-estar das pessoas, podendo ser interpretadas de muitas maneiras. Entretanto, cada pessoa tem uma percepção em relação ao seu bem-estar e a sua qualidade de vida, o que querem para si ou consideram prioritário para suas vidas. Dessa forma, avaliar a qualidade de vida é fundamental a percepção do próprio indivíduo, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas, valorizando assim a opinião dos indivíduos.

De acordo com Minayo et al (2000, p.10), qualidade de vida:

É uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determina sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange vários significados, que refletem em conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Nota-se que diante desta abordagem é possível se ter uma compreensão social do termo, que abrange questões subjetivas como bem-estar, satisfação na relação social, ambiental e a relatividade cultural. Nessa perspectiva fica claramente entendido que depende dos

conhecimentos do sujeito, do ambiente em que se vive, do seu meio de convívio, da sociedade e das próprias expectativas em relação ao conforto e bem-estar.

A forte dependência do tratamento hemodialítico, faz com que o usuário mude seus hábitos, seja alimentares e uso contínuo de medicamentos que restringem certas ações, com mudanças significativas. O usuário fica submetido a várias restrições alimentares, altas cargas de medicamentos bem como a alteração da sua rotina, muitas vezes limitando o ambiente de trabalho, produtividade e resultado em baixa taxa de emprego (DALGIRDAS, 1994).

O conceito de saúde tem atenção a qualidade de vida em diferentes aspectos como o físico, psicológico, as relações sociais e o meio ambiente. Esses objetivos, as expectativas, os padrões e as preocupações do ser humano, assim como as condições socioeconômicas mantêm seu bem-estar. Com a definição da Organização Mundial de Saúde (1994), define qualidade de vida como:

“A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.” (OMS, 1994, p.28)

Diante desse ponto de vista é possível perceber que a qualidade de vida é estar bem em todos os aspectos, não existe um conceito unificado sobre este tema, no entanto os questionamentos sobre qualidade de vida em diversos campos constroem e efetivam as possibilidades de promoção.

Um dos documentos que é fundador da promoção atual é a carta de Ottawa que associa a promoção da saúde a um conjunto de valores, afirmando que são recursos indispensáveis para se ter saúde: qualidade de vida, saúde, educação, paz, renda, alimentação adequada, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros.

Com a combinação de estratégias referindo-se à promoção da saúde, destacando: a criação de políticas públicas saudáveis como ações de estado, ações comunitárias sendo reforçadas, indivíduos através de desenvolvimento de capacidades e habilidades pessoais, do sistema de saúde com a sua reorientação e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas.

A carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p.19).

Vale destacar que os cinco campos da carta preconizam: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis a saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de ações comunitárias, reorientação do sistema de saúde.

Desta forma, é perceptível que há uma amplitude para definir qualidade de vida, essa está para além de aspectos como os relatados acima, pois existem fatores de responsabilidades coletiva, que pode dificultar o bem-estar.

Diante das mudanças aqui citadas, para a dialética materialista, a realidade é concebida por uma essência dotada da capacidade de transformação. Assim, esta realidade pode ser algo pior que a realidade experienciada e neste caso, a melhor possibilidade é o próprio tratamento.

Para Marx a essência humana é dotada de alguns componentes: trabalho, a sociabilidade, a universalidade, consciência e liberdade. Quando alguns componentes são quebrados, violenta-se a essência da própria humanidade.

Ao considerar as mudanças ocorridas pelo início do tratamento, a realidade enfrentada é determinada socialmente, com as políticas econômicas e saúde instituídas no país que favorecem o adoecimento do indivíduo e não oferecem a assistência integral necessária ao tratamento.

Pode-se relacionar o trabalho com a qualidade de vida, que ao longo do tempo teve uma crescente importância, conquistando espaço cada vez maior, passando a ser determinante para a qualidade de vida e para a sobrevivência. A atividade profissional tem uma grande importância na vida das pessoas, na qual a grande maioria tem o seu tempo maior trabalhando.

Só o verdadeiro trabalho produtivo pode gerar riqueza, o próprio capital é, em última instância, resultado da remuneração do trabalho já conquistado, em vez de consumida é reinvestida novamente para aumentar a quantidade ou a eficiência da produção e a maximização dos lucros desejados pôr a organização. (LACOMBE 2005, p.37)

O autor afirma que o trabalho gera riqueza e capital, atingindo assim o crescimento das empresas no mercado, por meio do investimento do que não é consumido consolidando o setor de produção.

A competitividade pode ser considerada outro aspecto que determina uma necessidade de se refletir sobre suas influências na sociedade, o trabalhador com a conscientização de importância da qualidade de vida no trabalho, as condições do mercado e a responsabilidade social impondo desafios a gestão organizacional.

No momento em que as empresas querem ter mais competitividade, pensando nos lucros, elas esquecem que para alcançar as pretensões é preciso estar provido de colaboradores preparados para o desenvolvimento de suas atividades.

A qualidade de vida se relaciona como trabalho, pois é de extrema importância diante das necessidades e do bem-estar do trabalhador, proporcionando a abertura de benefícios que causam satisfação e o crescimento da produtividade e redução de custos.

A qualidade de vida busca um equilíbrio entre a expectativa do indivíduo e da organização, através da interação entre as necessidades e as exigências de ambas as partes, visando melhorias nos resultados organizacionais. Tem como princípio uma estratégia de gestão que procura atender as necessidades individuais e coletivos, ligado a vários fatores como o bem-estar, psicológico e físico.

CAPÍTULO III: PROCESSO METODOLÓGICO

3.1 PERCUSSO METODOLOGICO

Este trabalho científico foi pensando a partir da escolha do tema relacionado a Insuficiência renal crônica: trabalho do serviço social no atendimento aos pacientes submetidos a hemodiálise, por meio de indagações advindas ainda no campo do estágio supervisionado I e II, na Unidade de Dialise Dr. Raimundo Bezerra - UNIRIM – CE, realizado entre 2017 e 2018.

Para a realização deste trabalho é importante destacar os caminhos que nortearam a pesquisa, ou seja, a metodologia se faz necessário para a obtenção de determinadas informações e formação de conhecimento.

Diante disso pesquisa é um processo de produção de conhecimentos e compreensão da realidade, pois auxilia na interpretação dos fatos vividos. Entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula o pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática (MINAYO, 2002, p. 17).

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativa, desenvolvida a partir de materiais já elaborados, como dissertações, tese e artigos científico, as pesquisas foram realizadas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Podemos entender a pesquisa bibliográfica como um processo que envolve etapas a serem seguidas: a escolha do tema, as pesquisas (em sites, livros, jornais etc.) textuais sobre o assunto estudado, a formulação da questão norteadora, elaboração de um plano sobre o assunto, a busca de fontes confiáveis, leitura, fichamento, organização do assunto tratado e, por fim, a redação do texto. (GIL, 2009, p. 60)

Neste sentido a presente pesquisa tem abordagem qualitativa, que se relaciona com a realidade dos fatos estudados e expostos no presente trabalho, Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AS DEMANDAS EM CLÍNICAS DE HEMODIALISE

Para abordar o Serviço Social inserido em uma instituição pública de saúde nos dias atuais, faz-se necessário compreender que o Serviço Social é uma profissão que se coloca nas relações entre Estado e Sociedade Civil, em uma sociedade de classes, pois ao mesmo tempo em que atende as necessidades e demandas dos que vivem do trabalho, participa do processo de reprodução dos interesses do capital. Nessa tensão capital x trabalho, o Serviço Social dá respostas às classes cujos interesses se contrapõem, pois tanto participa dos mecanismos de dominação e exploração como dá respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, o que Iamamoto (2004) vai chamar de dimensão contraditória das demandas e requisições sociais que se apresentam à profissão.

As inovações influenciaram na superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas e na construção de um novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção. Esse novo modelo requisitou um trabalho multiprofissional e com isso, o assistente social passou a ter maior importância na área da saúde (CORREIA, 2005), no qual exigiu-se um profissional capacitado para atuar no enfrentamento das expressões da questão social que se origina nas relações sociais que afetam a saúde.

No final da década 1970, início da década de 1980, com o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, há uma intenção de ruptura com o conservadorismo profissional impactado pelo cenário histórico e político do momento, com a luta contra a ditadura e o processo de conquista da democracia. Abre-se espaço, na profissão, para a reflexão e a construção de um projeto profissional que fosse ao encontro dos interesses da classe trabalhadora, tendo em vista a superação da ordem vigente. De acordo com Bravo (2013), a

incumbência do assistente social é de mostrar a sua função humanitária, benfeitora da instituição de saúde, haja vista ser um profissional especializado em relações humanas, na qual sendo que o seu objetivo principal é o de não agir como agente dominador.

A atuação do profissional de Serviço Social em qualquer espaço sócio ocupacional deve apontar para os interesses e necessidades da classe trabalhadora, conforme o projeto profissional. Neste espaço o assistente social irá trabalhar junto às mais diversas manifestações da questão social, onde encontrará desafios e tensões expressadas pelas desigualdades sociais da sociedade capitalista.

O assistente social realiza atividades que incidem sobre as visões de mundo e os comportamentos da população usuária, tendo na linguagem seu principal instrumento privilegiado de ação. Isso lhe permite trabalhar nas expressões concretas das relações sociais, no cotidiano da vida dos sujeitos e faz com que disponha de relativa autonomia na condução do exercício de suas funções institucionais (IAMAMOTO, 2007).

A importância do assistente social na área da saúde, tem englobado muito além do tratamento comum hospitalar, a partir da sua formação, está habilitado a atuar com competência nas dimensões da questão social. Essa área foi a que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil, nesse campo, a atuação dos Assistentes Sociais se localizou principalmente nos hospitais (MARTINI et. al, 2013).

A referência de educação e informação em saúde consistem em orientações e abordagens individuais ou grupais ao usuário, família, grupos e redes de apoio, com o intuito de esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na resolução de seus problemas de saúde, sobretudo quando se trata de epidemias e endemias;

O assistente social busca, através da sua competência teórico-metodológica, compreender a realidade das pessoas em tratamento renal que estão vinculadas a esses serviços através, da visão da totalidade desses sujeitos, na relação entre a singularidade de estarem em um processo de adoecimento em que necessitam desse tipo de tratamento, inseridos em um contexto no qual a saúde ainda é muito vinculada a um projeto de modelo biomédico, corroborando o modelo de produção vigente na sociedade, mas compreendendo que cada uma dessas pessoas possuem suas particularidades que também fazem parte desse complexo, que objetivam e subjetivam essas pessoas.

Para a superação das necessidades em saúde, precisa-se estabelecer mediação necessária a partir da compreensão de totalidade que envolve os sujeitos inseridos nesse contexto aqui descrito, para que não se limite ao papel apenas de ouvinte, mas envolva a

responsabilidade de desburocratizar a prestação de serviços, de possibilitar a reflexão, de subsidiar a análise com o novo que ela vai demandar, de buscar junto com os usuários a unidade das informações e demandas manifestadas de forma fragmentada, desarticulada, possibilitando sua articulação com um todo coerente. (VASCONCELOS, 1997, P. 158).

O Assistente social foi reafirmado como profissional da saúde com o compromisso com o código de ética que lute pelos direitos de universalidade. Esta ação vai de encontro ao compromisso ético político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, que coloca como um dos principais fundamentos do Serviço Social o “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (PACHECO, 2008).

Ao serviço social é destinado colocar os reais interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde no centro de discussão, pautar-se no dever ético e político para defesa do seu trabalho através do contato com suas perspectivas do cotidiano. A busca pelas qualidades dos serviços, necessidades dos usuários, pressupõe ainda que o Assistente Social, conforme assegurado pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelo Código de Ética potencialize a participação social, a organização direta ou indireta dos usuários nos Conselhos de Saúde.

Ressalta-se que a participação do profissional nos Conselhos de Saúde atuante, contribui na socialização das informações que subsidiam a formulação, gestão das políticas e ao acesso aos direitos sociais ao viabilizar o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada.

Os assistentes sociais se inserem, no processo de trabalho em saúde, voltando suas ações não só para aquele momento vivido pelo paciente, e sim procurando compreender e intervir em todo o contexto no qual está inserido, uma vez que a questão da saúde não pode ser entendida de forma fragmentada. A atuação do assistente social se fazia no sentido de estimular os esforços, as capacidades e a responsabilidade do paciente com o tratamento médico e/ou hospitalar, de intermediar a relação, paciente/ médico/ organização, de dar seguimento ao tratamento médico proporcionando condições para tal (MARSIGLIA, 2016).

Com as mudanças ocorridas a partir da década de 1990, com a implementação do SUS, que trouxe inovações tecnológicas, organizacionais e políticas, as quais passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinados pela hierarquização, descentralização e democratização do sistema, imprimindo novas características ao modelo de gestão e atenção.

Com a implantação do SUS, o setor saúde tem absorvido um maior número de profissionais de Serviço Social, sendo que os motivos que justificam esse fenômeno são: a efetividade dos mecanismos de controle e acompanhamento exigidos na reorganização do SUS; administração da demanda reprimida e a busca por meios de garantir a saúde o que possibilite reverter o déficit crônico dos serviços. Para tanto, este profissional deve incluir novas competências no manejo de sua ação profissional (NOGUEIRA, 2005).

Conforme a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, o assistente social deve fazer parte do quadro de profissionais habilitados para prestar atendimento aos portadores de doença renal crônica nos serviços de diálise. De acordo com a Portaria 82 da referida política:

[...] deve ser respeitada a proporção de um nefrologista e um enfermeiro para 35 pacientes em cada turno de hemodiálise, um auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes, um profissional de limpeza exclusivamente para a sala de diálise e outro para o reuso e um nutricionista, um psicólogo e um assistente social para todos os pacientes da clínica (2004, p. 68).

Devido as mudanças decorrentes da doença Renal Crônica e da realidade em que se gera em torno dela, pois esta doença conduz os pacientes a uma problemática complexa, devido ao fato do tratamento e dos padecimentos gerados pela doença os impedirem de exercerem atividades normais do dia-a-dia, sendo submetidos a severas restrições em sua vida cotidiana, fazendo-se necessário atendimento a esses usuários.

Nesta realidade a atuação do assistente social é conhecer a realidade como características de dificuldades que os portadores da doença renal crônica e seus familiares estejam vivenciando e intervir em unidades de diálise atuando em: Conhecer o contexto social que influencia usuários/pacientes; dispor serviços socioassistenciais de acordo com cada portador e necessidades da doença; agilizando encaminhamentos relativos a situações advindas da doença, do tratamento e suas implicações, como exemplo, o transporte para a locomoção até o hospital de tratamento, a obtenção de medicamentos, na falta de suporte familiar.

Com o conhecimento do contexto social que envolve os portadores da doença que o assistente social pode identificar as estratégias de atuar, observando a qualidade dos serviços prestados aos usuários, as falhas nos serviços públicos de saúde, como a falta de acesso, as terapias renais substitutivas e detectar problemas e atuando em novas formas de enfrentamento. É requisitado ao assistente social que ele trabalhe na democratização do acesso aos serviços de saúde, nas estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, no trabalho interdisciplinar, na ênfase nas abordagens grupais e no acesso democrático às informações e estímulo à participação popular visando o acesso universal e igualitário dos cidadãos à saúde

como um direito conquistado pela população e garantido pelo Estado, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010).

Em suma, a complexidade da doença renal crônica - DRC traz consigo a necessidade do trabalho de um profissional habilitado nesta área, por diferentes motivos, assim exemplificando: as dificuldades enfrentadas pela mudança de rotina, pensamentos de medo, alteração psicológica, diferentes reações por parte da família, a falta de informação quanto aos direitos, dúvidas frequentes quanto ao tratamento, conflitos familiares e severas restrições em sua vida cotidiana, assim como já relatadas aqui.

É preciso também perceber o universo simbólico das representações sociais da doença, para a compreensão do processo de adoecimento, na de comunicação efetiva entre usuários e equipe de saúde, fazendo com que o assistente social tenha o papel de mediador na aproximação dos usuários e equipe de saúde.

No entanto, o trabalho do assistente social com os usuários em programa de hemodiálise deve visar cada vez mais oferecer assistência integral ao paciente, através de um constante acolhimento, aprimorando suas técnicas e processos de trabalho, essenciais para possibilitar a melhoria da qualidade de vida desse usuário e sua família. Segundo Gentile (1999) apud Vieira (2006, p. 4): “a interferência que o assistente social realiza – principalmente na saúde – não se resolve com uma prescrição, pois se trata de realizar mudanças sociais na vida das pessoas”.

A atuação do assistente social junto ao portador de doença renal deve ser no constituir acompanhando desde o enfrentamento da doença de forma menos dolorosa e dramática, fomentando a educação em saúde relacionando os conhecimentos repassados e a realidade Wendhausen (1992) apud Porto (1992, p. 29) salienta que:

Uma das formas de proporcionar ao indivíduo a compreensão do fenômeno saúde/doença, ampliando a possibilidade de transformá-la, é proporcionar-lhe conhecimento crítico deste processo saúde e doença, seus determinantes e realidade em que vive. Assim, é possível apreender abstratamente os fenômenos cotidianos, desvendando-lhes as contradições através da reflexão, o que poderá levá-lo a decidir sobre as ações necessárias para transformar esta mesma realidade.

O assistente social possibilita para o usuário soluções necessárias para atitudes investigativas, analítica e crítica, Vieira (2006, p. 12) aponta que:

O Serviço Social tem um papel importante no processo educativo, dando prioridade à autonomia e controle do processo pelos próprios usuários, pressupondo uma prática de apoio e fortalecimento dos usuários.

O papel essencial na atuação do profissional é a conscientização dos pacientes renais de seus direitos sociais e pela luta da efetivação dos mesmos, através do engajamento a entidades e associações na defesa dos direitos e interesses dos usuários, tendo em vista destaca Vasconcelos (1994) apud Vieira (2006, p. 13):

Os assistentes sociais na sua prática profissional se deparam com uma população desinformada a respeito de seus direitos sociais (...). Essa desinformação contribui para que os usuários sejam utilizados pelas instituições e não as utilizem enquanto direito social, impedidos, então, de ampliar, consolidar e exercer sua cidadania.

Com o paciente sendo impedido de exercer atividades rotineiras e tendo que se submeter a várias restrições por causa da doença, como dieta alimentar, a impossibilidade de exercer atividades laborais, abalando assim a vida pessoal e familiar, onde criam expectativas de realizar o transplante renal, como forma de melhora da qualidade de vida.

O serviço social deve ter disposição e capacidade para compreender o impacto em que o diagnostico produz no usuário, a concepção de clarificar a realidade e acolher novos pacientes tendo como fio condutor nas relações sociais.

O assistente social em clinicas de hemodiálise atua mais especificamente nas condições objetivas da vida que extrapolam o sentido da doença- tratamento, visto que tenta compreender o paciente para além da doença, tendo que desvendar o processo de constituição do sujeito para além do espaço físico do local de tratamento, ou seja, em suas relações com o meio social, visto que a formação do indivíduo agrega além dos traços genéticos, traços culturais que influenciam diretamente na forma de como o paciente se apresenta.

O serviço social traça novas formas de contextualização deste sujeito e de suas possibilidades, articulando direitos e benefícios que podem ser concedidos para o paciente, sendo de forma eficiente a atuação do setor psicossocial, que faz com que seja garantido um suporte que possibilite a compreensão da família ao processo hemodialítico.

Com o início do tratamento o usuário entra em situação de conflito, pois descobre-se que tem uma doença renal, a consequência é que através de sua manifestação haja uma quebra de dinâmica das relações existentes do mundo com o próprio indivíduo, tudo isso depende da aceitação da proposta de tratamento, sendo relatado que,

A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, e combatido. Para isso existe medicamentos e profissionais da saúde. Muitas vezes, parece que se esquece o significado de adoecer, cuidando apenas do órgão prejudicado, dividindo o indivíduo entre corpo e mente, esquecendo-se da história pregressa pessoal, familiar e social. (SEBASTIANI, 1998, p.151)

Neste sentido a participação de outros profissionais de outras áreas, para que assim se tenha um trabalho mais humanizado e que apresente resolutividade, ou seja, desenvolver um trabalho em conjunto que articule a participação em equipe durante o processo de trabalho.

Sendo de importante a especificação e divulgação da demarcação de atribuições do assistente social frente a essas demandas, como relata Iamamoto (2002), é necessário desmitificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva a diluição de suas particularidades profissionais. A autora considera ainda que são as diferenças de especializações que permitem atribuir a unidade em equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças.

A partir da inserção do profissional em equipe em saúde, faz com que o assistente social tenha uma visão ampliada que auxilie na interpretação das condições de saúde do usuário, também dispor de uma competência distinta para encaminhamento das ações, sendo esses que se diferem de um atendimento médico, nutricional e demais especializações.

Para tanto, os assistentes sociais na efetivação das suas intervenções no âmbito clínico da hemodiálise, utilizam-se da instrumentalidade técnica-operativa de trabalho, os quais buscam fortalecer sua atuação e a diferenciam pela capacidade de conhecer a realidade, estabelecer contatos e no acesso as informações. Estas por sua vez, podem ser elencadas, pelo uso da realização da entrevista social com o intuito de levantar seu perfil socioeconômico, acompanhada pelas técnicas de acolhimento, olhar sensível e escuta, como também o acompanhamento, busca ativa ao decorrer do tratamento, elaboração de relatório social e parecer.

Na rotina de trabalho pode-se relatado a viabilização do transporte social destinado a usuários de outras localidades sendo demandas mais assinaladas, sendo concedido pelo município ou particular, orienta-se também sobre a cerca de benefícios previdenciários tais quais (Auxílio Doença; Aposentadorias e Benefício Assistencial), como também solicitação de documentação para a realização de perícia junto ao departamento do INSS.

O serviço social também é responsável pela informação e orientação do passe livre interestadual, no qual tem respaldo na Lei 8.899/94 e no decreto 3.691, que garante a gratuidade às pessoas com deficiência mental, visual e renal crônica, assim como os obesos mórbidos e pessoas com deficiência múltiplas.

O paciente tem direito a hemodiálise, assim como a transferência definitiva para outra localidade, então considera-se que essas sejam demandas apresentadas ao Assistente Social, com isso tem a providência e elaboração de relatórios e documentos necessários.

Diante das demandas, entende-se que as mediações realizadas se encontram perpassadas por situações de interesses entre instituição e usuário, sendo norteado pelas dimensões ético- político, teórico- metodológico e técnico- operativo, sendo o veículo de informações que concretize o acesso aos direitos sociais.

Por sua vez, nesse âmbito a intervenção profissional, as dificuldades na efetivação de suas práticas, pois pode haver uma falta de esclarecimento da equipe multiprofissional, bem como um impasse da materialização, frente a suas atribuições frente as condições de trabalho requisitadas nas ações a ações que não são de competência. Um exemplo se destaca:

[...] marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; comunicação de óbito; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de TFD, medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como dispensação destes. (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009, p.24)

Diante de ações burocráticas determinadas por instituições o profissional limita suas ações. Neste sentido, as determinações impostam incide numa postura profissional que foge as determinações e diretrizes preconizada pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. A problemática demarcada que,

O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim o profissional recupera- por vezes, impensadamente- uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo. (BRAVO; MATOS, 2004, p.43).

Com essa tal assertiva , pode-se concluir que o desenvolvimento das práticas sociais na saúde requer como eixo central a busca de resoluções de intervenção, tornando-se indispensável que a categoria profissional busque seu conhecimento nos mais variados espaços socio ocupacionais, através da demonstração diante da equipe interdisciplinar, as reais atribuições e competências do assistente social nessa política, estabelecido por suas ações, rotinas e planos.

Porém, cabe ressaltar que para a realização do transplante renal, os pacientes renais crônicos necessitam realizar uma série de consultas e exames pré-transplante, o que muitas vezes acaba causando estresse, pois enquanto usuários do SUS, necessitam enfrentar enormes filas de espera para agendá-los. O assistente social, ao se deparar com esta realidade, não deve restringir sua ação apenas à agilização da marcação desses exames e consultas, para o qual é

solicitado. Deve procurar também dar visibilidade a esta situação às entidades e associações que representam os direitos e interesses dos portadores de doença renal crônica ou a órgãos a serviço da sociedade tal como o Ministério Público.

Um outro campo de atuação importante para o assistente social relacionado ao transplante renal enquanto modalidade terapêutica para tratamento da doença renal crônica é na captação de órgãos. Conforme salienta Reis e Carraro (2008), esta atuação além de um desafio é uma conquista, tendo em vista que este profissional já ocupa espaço no grupo multiprofissional das Centrais de Transplante, devido seu preparo teórico-científico que o proporciona o perfil necessário para atender esta demanda. Portanto, um dos desafios do Serviço Social deve ser o de contribuir para o aumento da captação de órgãos, seja de forma direta, através da abordagem familiar, ou de forma indireta, através de ação educativa em grupos comunitários. Nesse sentido, a atuação do assistente social tem um grande significado na vida do portador de doença renal e seus familiares, contribuindo para o êxito do tratamento e melhoria de suas condições de vida.

Pode-se constatar a importância do Assistente social junto aos pacientes que realizam hemodiálise, sendo no acolhimento, aos encaminhamentos a benefícios, sendo o porta-voz de direcionamento a direitos assim estabelecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido para o esclarecimento da importância conhecimento mais profundo da conjuntura que envolve os usuários com problemas de insuficiência renal, onde se pôde relacionar os determinantes sociais da doença, determinadas representações sociais, como também a trajetória social desses sujeitos. Com isso, pudemos refletir que são muitos os aspectos sociais envolvidos neste processo de rebatimentos da doença, principalmente na vida cotidiana dos indivíduos submetidos à terapia renal substitutiva, possibilitando a compreensão da atual concepção de saúde/doença, que passa a abranger não só o corpo físico, mas também todo o contexto social dos indivíduos

Diante disso é de suma importância a capacitação de profissionais que trabalhem no atendimento ao usuário na fase do tratamento dialítico. O assistente social é de grande relevância, pois estará centrado em uma relação ao sujeito, não apenas na doença, de modo a fortalecer sua autonomia, a defesa intransigente desses usuários.

Neste trabalho de conclusão, nota-se que a saúde e a reformulação do SUS foram um marco para a história brasileira, a nação passou a servir de referência para a saúde mundial, a qual foi integralizada na Constituição Federal de 1988.

A pesquisa realizada reflete e pondera para a necessidade de maior valorização por parte da sociedade e, principalmente do poder público, em dar atenção no atendimento à pessoa com insuficiência renal, além do suporte financeiro para os programas destinados a esses usuários, priorizando a formação e capacitação dos profissionais que atuam na área, como foi estudado.

Diante da relevância do tema estudado, sugere-se que o estudo seja alargado a outros, acredita-se que falta conhecimento as pessoas sobre as causas e o que é a doença renal, os níveis de atendimento se misturam e sobrecarrega as emergências e urgências, os investimentos parecem decair a cada ano, fazendo-se necessário que as escolas e faculdades debatam mais sobre o assunto como forma de disseminar o conhecimento. Percebeu-se também a importância do assistente social vinculado a espaços institucionais que visam à melhoria da qualidade de vida dos usuários, com a defesa dos seus direitos e informação, buscando ações de fortalecimento desses sujeitos na busca de emancipação, fazendo que o sujeito tenha autonomia para uma nova visão de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde Soc.**, v.14, n.3, p.30-50, 2005.

BEHRING, E. R. Fundamentos da Política Social. In: **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em www.senado.gov.br. Acessado em 15 de setembro de 2018.

BRAVO. M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Mota, A.E. (org) São Paulo. 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza, ANDREAZZI, Maria de Fátima, MENEZES, Juliana Souza Bravo. Organizações Sociais na atenção à saúde: Um debate necessário. Apresentação de trabalho VI jornada de políticas públicas, UFMA, 2013.

CAMPOS, C.G.P. et al. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **REV Gaúcha Enferm.** V. 36, n.2, p.106-112, 2015.

CASTAMANN, D. As reformas no Brasil. In: Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social / Ivete Simionatto, Vera Maria Ribeiro Nogueira (organizadoras). Florianópolis: Lagoa Editora, 2004

COMPAGNON, M., C. **O desenvolvimento da especialidade de enfermagem em nefrologia no município do Rio de Janeiro de 1995 a 2000: uma abordagem de intenção histórica.** 2004. 225f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CORREIA. M^a. V. C.A Influência do Banco Mundial na Orientação da Política de Saúde Brasileira. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz- MA, 2007

CHERCHIGLIA ML, Guerra Jr AA, Andrade EIG, Machado CJ, Acúrcio FA, Meira Jr W, et al. A construção da base de dados nacional em terapia renal substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: aplicação do método de linkage determinístico-probabilístico. *Rev Bras Estud Pop.* 2007;24(1):163-7. DOI:10.1590/S0102 - 30982007000100010

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: PEREIRA, P. A.P. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

KUSUMOTA, Luciana; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; MARQUES, Sueli. Idosos com Insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 12, nº 3. Ribeirão Preto, 2004

KRÜGER, Tânia Regina. **Serviço social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS.** *Serviço Social & Saúde*, v. 9, n. 10, p. 123-145, 2015.

LACOMBE, Francisco José Massel. **Recursos humanos: princípios e tendências.** São Paulo: Saraiva, 2005.

LOBATO.L.V.C. Seguridade social e saúde. In: SENNA.M.C.M.; ZUCCO.L. P; LIMA.A.B. R (org). **Serviço Social na saúde coletiva: reflexões e práticas.**: Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

MACHADO, L. R. C. e CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Revista Esc Enfermagem USP*, 2003. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/166.pdf>. Acessado em 15 de setembro de 2018.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** ABRASCO. Volume 6, nº 2, 2001.

PACHECO, Valdirene. **O Assistente Social como Profissional de Saúde.** Disponível em. Acesso em 06 de setembro de 2018.

PEREIRA, Potyara A. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.* São Paulo: Cortez, 2008.

PINTO, L. F. O Setor de Saúde Suplementar: Acesso e Cobertura Populacional. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_01_LFelipePinto_Cobertura> acessado em 29 de setembro de 2018.

POLANYI, K. **A Grande Transformação**: As origens da nossa época, 9ª edição, Editora Campus, Rio de Janeiro 2000.

PORTO, Eliane Olinda. **Representações Sociais sobre o diabetes mellitus a partir de seus portadores - uma contribuição para educação em saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.

QUADRANTE. Ana Catarina Rodrigues. **Doenças crônicas e o envelhecimento**. Disponível em <http://portaldoenvelhecimento.net/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>. Acessado em 03 de outubro de 2018.

RAMOS, L.R; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública vol.21 nº. 3**, São Paulo. June 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489101987000300006&script=sci_arttext&tlng=pt

ROMÃO, MAF. **Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em programas de hemodiálise: avaliação da qualidade de vida**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

SOARES, Raquel C. **A Contra-Reforma na Política de Saúde e o SUS hoje**: Impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. Tese de Doutorado, UFPE, Recife, 2010.

SOUZA; P, A; SOUZA, E; ANDRADE, E P. Qualidade de vida, para o idoso: Desafios e possibilidades. In VII Encontro Internacional de Formação de professores e IX Fórum Permanente de Inovação Educacional. Sergipe, v.8 n. 1, p.1-14; 2015.

SBN, SOBEN, ABCDT e Associação de Pacientes Renais Crônicos. **Perfil da Doença Renal Crônica: O Desafio Brasileiro**. 2007. Disponível em: www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em <<http://132.248.9.1:8991/hevila/Avaliacaopsicologica/2005/vol4/no1/6.pdf>>. Acesso em 25/09/2018.

VASCONCELOS, A. M de. **Serviço Social e prática reflexiva**. Em Pauta, Rio de Janeiro, n. 10, p. 131-181, 1997.

VIANNA, M. L. T. W. Reforma do Estado e Política Social: Notas à Margem do Tema. In: BRAVO et. al. (Org). Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e a Agenda para a Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, 48p.

VIEIRA, C. **A atuação do Serviço Social junto ao paciente renal crônico e sua família**, 2006. Disponível em: <<http://www.jornalorebate.com/colunistas/cris6.htm>>. Acesso em 21 de outubro de 2018.

WESTPHAL, Márcia F.; ALMEIDA, Eurivaldo S. **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.